



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**JULIANA MARIA CAVALCANTE RIBEIRO RAMOS**

**APOIO MATRICIAL EM HANSENÍASE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:  
POTENCIALIDADES PARA QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO EM FORTALEZA,  
CEARÁ**

**FORTALEZA-CE**

**2025**

JULIANA MARIA CAVALCANTE RIBEIRO RAMOS

**APOIO MATRICIAL EM HANSENÍASE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:  
POTENCIALIDADES PARA QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO EM FORTALEZA,  
CEARÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Epidemiologia e Vigilância de Doenças Transmissíveis.

Orientador: Prof. Dr. Alberto Novaes Ramos Jr.

FORTALEZA

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

- C364a Cavalcante Ribeiro Ramos, Juliana Maria.  
Apoio matricial em hanseníase na Atenção Primária à Saúde : potencialidades para qualificação do cuidado em Fortaleza, Ceará / Juliana Maria Cavalcante Ribeiro Ramos. – 2025.  
276 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2025.  
Orientação: Prof. Dr. Alberto Novaes Ramos Jr.
1. hanseníase. 2. doenças negligenciadas. 3. rede de cuidados saúde. 4. atenção primária à saúde. 5. educação permanente. I. Título.

CDD 610

---

JULIANA MARIA CAVALCANTE RIBEIRO RAMOS

APOIO MATRICIAL EM HANSENÍASE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:  
POTENCIALIDADES PARA QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO EM FORTALEZA,  
CEARÁ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Epidemiologia e Vigilância de Doenças Transmissíveis.

Aprovada em: 21/11/2025.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Alberto Novaes Ramos Jr (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Profa. Dra. Carmem Emmanuely Leitão Araújo  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Profa. Dra. Eliana Amorim de Souza  
Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Dedico essa dissertação de mestrado a todas as pessoas que carregam as marcas visíveis e invisíveis de um diagnóstico tardio de hanseníase, e que, apesar da dor experienciada, seguem firmes, com resiliência, nos ensinando lições de coragem e esperança.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, inteligência suprema, causa primeira de todas as coisas.

Ao meu pai Francisco Antônio Tomaz Ribeiro Ramos, médico dermatologista, a quem devo meu amor aos livros e o apreço pelo mundo acadêmico. À minha mãe Lenir Cavalcante Ribeiro Ramos (*in memoriam*), pelo exemplo de como conduzir a vida com coragem e leveza.

Ao meu esposo Nelson Canito Pimentel Júnior, pelo carinho, compreensão e incentivo diários para que eu concluísse mais esta etapa na minha vida e, aos meus filhos, luzes do meu caminho, cuja alegria e amor renovam em mim a força para seguir em frente.

Ao meu orientador Prof. Dr. Alberto Ramos Novaes Júnior pela oportunidade concedida, pelo exemplo de dedicação à Saúde Pública e pelo empenho em compartilhar conhecimentos contribuindo para minha formação profissional.

À minha amiga Aymée Medeiros da Rocha, por ter me ensinado com palavras e ações o verdadeiro significado de sororidade. Sem você, este sonho não teria se tornado realidade.

Aos meus colegas de mestrado, Rômulo Rocha, Nágila Nathaly e Anderson Fuentes. Meus agradecimentos sinceros pela parceria nas horas boas e ruins. Vocês foram fundamentais na construção do presente trabalho.

Às pessoas que tive oportunidade de cuidar como médica, alicerces sobre os quais construo diariamente meu conhecimento. Por vezes, recebo mensagens de gratidão pelo meu cuidado, mas, na verdade, sou eu quem agradece: vocês me curam ao me permitir ser uma pessoa melhor por meio do exercício da minha profissão!

Aos meus irmãos, Augusto, Rafael e Ramos Neto, companheiros nesta jornada da vida, e, em especial, a Rafael, geriatra e paliativista, com quem partilho não apenas as inquietudes diante das incertezas diagnósticas e das limitações da Medicina, mas também a crença no poder de conciliar Medicina e Espiritualidade.

Aos residentes de Medicina de Família e Comunidade que passaram por minha orientação - Géssica Kathelen, Renata Cruz, Carlos Arthur, Ana Clara Camarão, Beatriz Hyppolito e Hallana Lucena - e a todos os acadêmicos de medicina no internato da Universidade de Fortaleza - Unifor e da Universidade Federal do Ceará - UFC por me mostrarem e me ensinarem o potencial da Integração Ensino-Serviço na qualificação do

Sistema Único de Saúde - SUS. Sem vocês, meus dias de trabalho seriam muito mais árduos. Vocês transformam dias cinzentos em dias coloridos!

Aos colegas de trabalho Juliana Monteiro e Vagner Barbosa, gestora e diretor de nível intermediário, respectivamente, da UAPS Hélio Goés Ferreira. À Ariadna Abreu, da equipe técnica de hanseníase do município de Fortaleza. Obrigada pela amizade e parceria, especialmente, na construção do Serviço de Apoio Matricial (SAM) em hanseníase, inicialmente, denominado Ambulatório de hanseníase na APS.

À gestão municipal de Fortaleza, pelo apoio irrestrito e pela confiança depositada em meu trabalho. A ‘carta branca’ concedida para a implantação do processo de apoio matricial em hanseníase representou um passo fundamental na melhoria do atendimento às pessoas acometidas por essa doença negligenciada. Registro minha sincera gratidão pela confiança e parceria.

À Fundação *Netherlands Hanseniasis Relief* do Brasil (NHR Brasil), organização que por diferentes caminhos, vem há mais de trinta anos se dedicando à luta contra a hanseníase, pela parceria estabelecida e pelas inúmeras oportunidades concedidas. Agradeço também aos amigos conquistados por meio da Fundação, em especial Iasmym, Askânio e Thaís, pelos momentos felizes compartilhados no campo.

A todos os profissionais da área da saúde, aos colegas dermatologistas, hansenologistas e médicos de família e comunidade que, com coragem e compromisso, seguem acreditando e lutando em favor das pessoas acometidas pela hanseníase.

Às coordenações do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da UFC (PPGSP/UFC), Profs Carmem Leitão, Lisandra Damasceno, Shamyra Castro e Maxmíria Batista, pela condução das atividades do programa. À secretaria do PPGSP/UFC, em especial à Isabelle Azevedo, por todo o apoio disponibilizado.

“Senhor eu vou embora não sei pra onde vou.  
Será para Canafístula, oh, meu Deus, que horror!

Refrão: Choro, choro a minha sina de ser internada na Colônia Cristina.

O senhor Antônio Diogo nos prometeu asilar, lá na Colônia Cristina ele vai nos sustentar.

Refrão: Choro, choro a minha sina de ser internada na Colônia Cristina.

O senhor dono dos bondes que colocou a gasolina, vai fazer um leprosário, lá na Colônia Cristina.

Refrão: Choro, choro a minha sina de ser internada na Colônia Cristina.

Senhora e senhorita vendo este precário, vão vendendo suas flores tudo em prol do leprosário.

Refrão: Choro, choro a minha sina de ser internada na Colônia Cristina.

Adeus, praia adorada, adeus, porto Ceará, adeus, areia tão bela do Morro do Croata.

Refrão: Choro, choro a minha sina de ser internada na Colônia Cristina.

Adeus toda Fortaleza, hoje princesa do Norte, vão ficar livre do lázaro e também do mal da morte.

Refrão: Choro, choro a minha sina de ser internada na Colônia Cristina.”

(Versos entoados por D. Izabel Baraúna, chegou com quinze anos de idade e viveu durante 79 anos na Colônia Antônio Diogo)

## RESUMO

**Introdução:** A hanseníase é uma doença infecciosa crônica negligenciada, com significativas repercussões sociais, econômicas e psicológicas, tanto em nível individual quanto coletivo. O Brasil apresenta elevada carga da doença nas Américas e no mundo; entretanto, persistem falhas no acesso ao diagnóstico e ao tratamento oportunos, reflexo da falta de priorização e investimento em políticas públicas voltadas para seu efetivo enfrentamento. O Apoio Matricial (AM), articulado às equipes de saúde e aliado a ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) e à Integração Ensino-Serviço (IES), configura-se como estratégia promissora e fundamental para o fortalecimento das práticas de cuidado e para a consolidação das ações de vigilância, prevenção e controle da hanseníase no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Essa articulação favorece a qualificação dos processos de trabalho, a ampliação da capacidade resolutiva das equipes e a construção compartilhada de saberes, elementos indispensáveis para o enfrentamento da doença em contextos de alta endemicidade. **Objetivo:** Descrever o processo de implantação do AM em hanseníase na APS do município de Fortaleza considerando contextos epidemiológicos e operacionais de controle. **Métodos:** Estudo descritivo, com abordagem quantitativa e componente de relato técnico da implantação do Apoio Matricial em hanseníase, realizado no âmbito da APS de Fortaleza. O processo de implantação do AM teve início a partir do Programa PEP++ (NHR Brasil) e do Projeto de Fortalecimento da Temática da Hanseníase (UFC/SVSA-MS/ASTEF), integrando ações de EPS e de IES com internos de Medicina e residentes de Medicina de Família e Comunidade. A inauguração do primeiro Serviço de Apoio Matricial em hanseníase e a oferta de teleconsultoria assíncrona, via prontuário eletrônico *FastMedic*®, favoreceram a consolidação do AM, por meio da melhoria da comunicação entre especialista e profissionais da Estratégia Saúde da Família, fortalecendo a formação das equipes e a resolutividade do cuidado. Para a delimitação da etapa quantitativa, foram analisados os indicadores epidemiológicos e operacionais da hanseníase entre 2001 e 2024, obtidos a partir de dados oficiais do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). **Resultados:** Ao longo do processo de implantação do AM, as ações formativas e a estruturação do Serviço de Apoio Matricial em hanseníase ampliaram a capacidade de atuação da rede de atenção básica. A IES também foi fortalecida, com a abertura de campos de estágio para acadêmicos de Medicina no internato e para residentes de Medicina de Família e Comunidade. Como produtos concretos do processo, foram elaborados a Linha de Cuidado da Pessoa com Hanseníase em Fortaleza (Apêndice A)

e o Boletim de Saúde de Fortaleza: Hanseníase (2001-2024) (Apêndice B), consolidando fluxos de atenção e estratégias de vigilância. Do ponto de vista epidemiológico, observou-se mudança no perfil de casos novos diagnosticados por unidades notificadoras: anteriormente, a maioria dos diagnósticos era realizada na referência estadual; após a implantação do AM, a distribuição tornou-se equilibrada, com aproximadamente 50% dos casos diagnosticados na APS e 50% em unidades de referência, evidenciando melhoria na resolutividade do cuidado em nível de APS. Conclusão: A estruturação do AM na APS de Fortaleza demonstrou-se viável e sustentável, fortalecendo a Atenção Primária no cuidado à hanseníase de forma resolutiva e efetiva. Constitui uma estratégia inovadora e promissora de política pública, capaz de aprimorar o cuidado da pessoa acometida no SUS e de integrar de maneira efetiva as ações de vigilância epidemiológica. Como desafios, destaca-se a necessidade de formar novos matriciadores para ampliar a cobertura e consolidar o modelo. Além disso, a experiência com o AM em hanseníase pode servir de inspiração para outras áreas da saúde e para a implementação em diferentes municípios, contribuindo para a melhoria da resolutividade e da integração entre equipes e serviços.

**Palavras-chave:** hanseníase; doenças negligenciadas; rede de cuidados saúde; atenção primária à saúde; educação permanente.

## ABSTRACT

**Introduction:** Leprosy is a chronic neglected infectious disease with significant social, economic, and psychological impacts at both individual and collective levels. Brazil has one of the highest disease burdens in the Americas and worldwide; however, persistent gaps in timely diagnosis and treatment reflect limited prioritization and insufficient investment in public health policies aimed at effective control. Matrix Support (AM), integrated with primary care teams and strengthened by Continuing Education in Health (CEH) and teaching-service integration, represents a promising and essential strategy for enhancing care practices and consolidating surveillance, prevention, and control actions for leprosy within Primary Health Care (PHC). This approach promotes the improved work processes, increased problem-solving capacity among teams, and the shared construction of knowledge-key elements for addressing the disease in high-endemicity settings. **Objective:** To describe the implementation process of Matrix Support for leprosy care within the PHC system of Fortaleza, considering the epidemiological and operational contexts of disease control. **Methods:** This descriptive and documentary study, supported by quantitative data analysis, was conducted within the PHC system of Fortaleza. Implementation of AM began through the PEP++ Program (NHR Brazil) and the Leprosy Thematic Strengthening Project (UFC/SVSA-MS/ASTEF), integrating CEH initiatives and Teaching-Service Integration with medical interns and Family and Community Medicine residents. The establishment of the first Matrix Support Service for leprosy and the introduction of asynchronous teleconsultation via the FastMedic® electronic medical record contributed to the consolidation of AM by improving communication between specialists and Family Health Strategy professionals, thereby strengthening team training and the capacity to provide resolute care. For the quantitative component, epidemiological and operational indicators for leprosy from 2001 to 2024 were analyzed using official data from the Notifiable Diseases Information System (SINAN). **Results:** Throughout the AM implementation process, training activities and the structuring of the Matrix Support Service expanded the operational capacity of the primary care network. Teaching-service integration was strengthened through the expansion of internship and residency training sites for medical students and Family and Community Medicine residents. Two concrete technical products were developed: the Leprosy Care Pathway (Appendix A) and the Municipal Epidemiological Bulletin (Appendix B), which consolidated care flows and surveillance strategies. From an epidemiological perspective, a change was observed in the

profile of newly diagnosed cases across reporting units: previously, most diagnoses were made at the state referral center; after the implementation of the Matrix Support (AM), the distribution became more balanced, with approximately 50% of cases diagnosed in primary health care (PHC) and 50% in referral units, demonstrating improved care resolvability at the PHC level. Conclusion: The structuring of Matrix Support for leprosy in Fortaleza's PHC proved viable and sustainable, strengthening primary care in delivering effective and resolute management of the disease. AM emerges as an innovative and promising public health strategy capable of improving care for affected individuals within the Brazilian Unified Health System (SUS) while effectively integrating epidemiological surveillance actions. Remaining challenges include the need to train additional matrix supporters to expand coverage and consolidate the model. The experience may also serve as a reference for other health areas and municipalities, contributing to improved problem-solving capacity and greater integration among teams and services.

**Keywords:** leprosy; neglected tropical diseases; health-care networks; primary health care; continuing education in health; matrix support.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Crianças no Preventório Afrânio de Azevedo, em Goiânia.....	26
Figura 2 - Centro de Convivência Antônio Diogo, antigo leprosário, em Redenção-CE. ....	26
Figura 3 - Gerhard Henrik Amauer Hansen (1841-1912) .....	26
Figura 4 - Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase na população geral e menores de 15 anos por 100.000 hab. Fortaleza, 2001 a 2023. ....	30
Figura 5 - Hanseníase indeterminada. Mácula hipocrômica acompanhada de ausência de pilificação (disautonomia) no membro inferior de uma criança de 13 anos. ....	34
Figura 6 - Hanseníase tuberculoide. Placa com bordas eritematosas e circinadas localizada no dorso. ....	34
Figura 7 - Hanseníase dimorfa ou <i>boderline</i> . Padrão em “queijo suíço ou favos de mel”.....	35
Figura 8 - Nervo auricular direito espessado acompanhado de placa eritematoinfiltrada no pavilhão auricular e região zigomática homolateral.....	35
Figura 9 - Hanseníase Virchowiana. Infiltração importante da face e dos pavilhões auriculares. Presença de madarose. ....	36
Figura 10 - Hanseníase Neural Primária. Deformidades e sequelas irreversíveis, incluindo atrofia do primeiro espaço interósseo bilateral e hiperflexão das interfalangeanas dos quintos quirodáctilos. ....	36
Figura 11 - Exemplo de reação hansênica tipo 1 ou reação reversa: exacerbação de lesões pré-existentes. ....	38
Figura 12 - Exemplo de reação hansênica tipo 2: eritema nodoso hansênico .....	38
Figura 13 - Transição do modelo piramidal hierarquizado para o modelo de Rede de Atenção à Saúde (RAS), com a Atenção Primária como coordenadora do cuidado .....	39
Figura 14 - Secretarias Executivas Regionais, Fortaleza, Ceará. ....	55
Figura 15 - Organização do Apoio Matricial em hanseníase a partir do tripé: ações formativas contínuas, SAM-hanseníase e teleconsultorias assíncronas. ....	60
Figura 16 - Mandala representando os eixos constitutivos e os efeitos do Apoio Matricial em hanseníase.....	69
Figura 17 - Atendimento de contatos realizado em conjunto com internos de Medicina da UFC no âmbito do Programa PEP++ .....	70
Figura 18 - Atendimento de contatos realizado em conjunto com internos de Medicina da UFC no âmbito do Programa PEP++ .....	71

Figura 19 - Matriciamento em hanseníase realizado em parceria com a Fundação NHR Brasil, envolvendo profissionais de saúde, residentes de MFC e internos da Unifor e da UFC no Lar Torres de Melo. ....	74
Figura 20 - Reunião com a gestão da SMS Fortaleza para definição do plano de ações em hanseníase para 2025 .....	74
Figura 21 - Matriciamento em hanseníase na UAPS Liduina Maria com profissionais de saúde da APS e internos de Medicina.....	75
Figura 22 - Processo formativo teórico-prático em hanseníase para profissionais da APS (médicos e enfermeiros), desenvolvido no contexto das ações do Janeiro Roxo.....	75
Figura 23 - Capacitação com ACS sobre hanseníase com enfoque em estigma e QSH .....	76
Figura 24 - I Seminário Integração Ensino-Serviço em Hanseníase .....	76
Figura 25 - Exemplo de procedimento realizado no SAM-hanseníase na APS: raspado dérmico.....	78
Figura 26 - Exemplo de procedimento realizado no SAM-hanseníase na APS: biópsia de pele. ....	78
Figura 27 - Coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase na população geral por 100.000 hab. Fortaleza, 2001 a 2024. ....	85
Figura 28 - Coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos por 100.000 hab. Fortaleza, 2001 a 2024. ....	86
Figura 29 - Coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase em maiores de 60 anos por 100.000 hab. Fortaleza, 2001 a 2024. ....	87
Figura 30 - Proporção acumulada de casos novos de hanseníase por escolaridade e ano de diagnóstico. Fortaleza, 2001 a 2024. ....	88
Figura 31 - Frequência acumulada de casos novos segundo raça/cor. Fortaleza, 2001 a 2024 .....	89
Figura 32 - Frequência acumulada de casos novos, segundo sexo. Fortaleza, 2001 a 2024. ...	89
Figura 33 - Proporção de casos de hanseníase segundo classificação operacional entre os casos novos diagnosticados no ano. Fortaleza, 2001 a 2024.....	90
Figura 34 - Proporção de casos de hanseníase segundo classificação clínica entre os casos novos diagnosticados no ano. Fortaleza, 2001 a 2024. ....	91
Figura 35 - Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos nos anos das coortes. Fortaleza, 2001 a 2024.....	92
Figura 36 - Casos novos com GIF 2 ao diagnóstico na APS e nas referências. ....	93

Figura 37 - Proporção de casos novos, segundo Unidade Notificadora. Fortaleza 2001 a .....	94
Figura 38 - Avaliação do GIF ao diagnóstico por unidade notificadora: .....	95
Figura 39 - Avaliação do GIF no momento da alta por unidade notificadora.....	95
Figura 40 - Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados na APS .....	97
Figura 41 - Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados na referência estadual. ....	97

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação operacional da hanseníase:.....	33
Quadro 2 - Tabela comparativa entre os dois tipos principais de reações hansênicas: .....	36
Quadro 3 - Apoio Matricial: distinções entre a prática adequada e práticas equivocadas. ....	51
Quadro 4 - Indicadores epidemiológicos e operacionais de hanseníase no município de Fortaleza, durante o período de 2001 a 2024, analisados no presente estudo: .....	65
Quadro 5 - Comparativo dos indicadores operacionais de hanseníase na APS e no CDERM, antes e após a implantação do Apoio Matricial em Fortaleza, Ceará.....	66
Quadro 6 - Número de UAPS contempladas pelas ações formativas do PEP++ por Regional de Saúde.....	70
Quadro 7 - Número de UAPS contempladas pelas ações formativas do Projeto Fortalecimento da temática por Regional de Saúde.....	72
Quadro 8 - Comparativo “Antes e Após” da Implantação do Apoio Matricial em hanseníase em Fortaleza, Ceará. ....	80
Quadro 9 - Etapas para a implementação do Apoio Matricial em hanseníase .....	82

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AM	Apoio Matricial
ANS	Avaliação Neurológica Simplificada
APS	Atenção Primária à Saúde
BCG	Bacilo Calmette Guérin
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CDERM	Centro de Referência em Dermatologia Dona Libânia
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
EPAs	<i>Entrustable Professional Activities</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
ENH	Eritema Nodoso Hansênico
EPS	Educação Permanente em Saúde
HNP	Hanseníase Neural Primária
HSJ	Hospital São José
HUWC	Hospital Universitário Walter Cantídio
IES	Integração Ensino-Serviço
LPEP	<i>Leprosy Post-Exposure Prophylaxis Programme</i>
NHR/NLR	<i>Netherlands Hanseniasis Relief/ Netherlands Leprosy Relief</i>
PEP++	<i>Post-Exposure Prophylaxis</i> (Profilaxia Pós-Exposição)
PQT	Poliquimioterapia
PQT-U	Poliquimioterapia Única
PMMB	Programa Mais Médicos para o Brasil
QSH	Questionário de Suspeição de Hanseníase
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RDU	Rifampicina Dose-Única
SAM	Serviço de Apoio Matricial
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SESA	Secretaria de Saúde do Estado do Ceará
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNIFOR	Universidade de Fortaleza

## **SUMÁRIO**

<b>1 APRESENTAÇÃO</b> .....	21
<b>2 REFERÊNCIAS CONCEITUAIS</b> .....	24
<b>2.1 Contextualização histórica da hanseníase</b> .....	24
<b>2.2 Cenário epidemiológico: global, nacional, estadual e municipal</b> .....	28
<b>2.3 Revisando conceitos clínicos</b> .....	31
<b>2.4 A importância da Atenção Primária na Rede de Atenção à Saúde e o papel do médico de família e comunidade no cuidado à hanseníase</b> .....	39
<b>2.5 Integração Ensino-Serviço e Educação Permanente em Saúde na construção de saberes e práticas em hanseníase</b> .....	43
<b>2.6 Telessaúde e a sua aplicação no Apoio Matricial em hanseníase</b> .....	46
<b>2.7 Apoio Matricial e Método Paideia como estratégias para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde</b> .....	47
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	52
<b>3.1 Objetivo Geral</b> .....	52
<b>3.2 Objetivos Específicos</b> .....	52
<b>4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	54
<b>4.1 Desenho do estudo</b> .....	54
<b>4.2 Campo e local do estudo</b> .....	54
<b>4.3 Procedimentos para construção dos dados</b> .....	56
<b>4.3.1 Cenários de implantação e desenvolvimento do Apoio Matricial</b> .....	56
<i>4.3.1.1 Programa de quimioprofilaxia aprimorada para contatos de pessoas com hanseníase (Programa PEP++)</i> .....	56
<i>4.3.1.2 Projeto Fortalecimento da temática hanseníase na universidade - Ampliar e Fortalecer o diagnóstico e tratamento da hanseníase no estado do Ceará</i> .....	57
<b>4.3.2 Componentes do Apoio Matricial em hanseníase</b> .....	59
<i>4.3.2.1 Ações formativas contínuas</i> .....	59
<i>4.3.2.2 Serviço de Apoio Matricial em hanseníase (SAM-hanseníase)</i> .....	60
<i>4.3.2.3 Teleconsultoria assíncrona</i> .....	61
<b>4.3.3 Principais produtos técnicos do Apoio Matricial em hanseníase em Fortaleza</b> .....	62
<i>4.3.3.1 Linha de Cuidado da Pessoa em Hanseníase em Fortaleza</i> .....	62
<i>4.3.3.2 Boletim de Saúde de Fortaleza: Hanseníase (2001-2024)</i> .....	63
<b>4.3.4 Caracterização dos padrões epidemiológicos e operacionais da hanseníase</b> .....	63

4.4 Considerações finais .....	66
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>68</b>
<b>5.1 Apoio matricial em hanseníase em Fortaleza.....</b>	<b>68</b>
<i>5.1.1 Programa de quimioprofilaxia aprimorada para contatos de pessoas com hanseníase (Programa PEP+++)</i> .....	69
<i>5.1.2 Projeto Fortalecimento da temática hanseníase na universidade - Ampliar e Fortalecer o diagnóstico e tratamento da hanseníase no estado do Ceará</i> .....	71
<i>5.1.3 Serviço de Apoio Matricial em hanseníase na APS</i> .....	76
<i>5.1.4 Teleconsultoria</i> .....	78
<i>5.1.5 Principais produtos técnicos do Apoio Matricial em hanseníase em Fortaleza</i> .....	79
<i>5.1.6 Proposta de roteiro operativo para a implementação do Apoio Matricial em hanseníase</i> .....	80
<b>5.2 Análise epidemiológica espaço-temporal da hanseníase em Fortaleza (2001–2024)</b> .	84
<b>5.3 Análise dos indicadores operacionais por unidade notificadora: ênfase na comparação antes e após a implantação do Apoio Matricial em hanseníase</b> .....	92
<b>5.4 Estratégias de comunicação e produtos resultantes da dissertação</b> .....	98
<b>6 CONCLUSÕES</b> .....	100
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	102
<b>APÊNDICE A – LINHA DE CUIDADO DA PESSOA COM HANSENÍASE EM FORTALEZA</b> .....	109
<b>APÊNDICE B – BOLETIM DE SAÚDE DE FORTALEZA: HANSENÍASE (2001-2024)</b> .....	195

## 1 APRESENTAÇÃO

Falar sobre o processo de construção do Apoio Matricial (AM) no município de Fortaleza implica necessariamente em contextualizar minha trajetória profissional, até o presente momento, como mestranda em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

Ao concluir a residência médica em Dermatologia pelo Hospital Universitário Walter Cantídio da UFC, passei a dividir minha atuação entre a saúde pública e o consultório privado. As expectativas ao meu redor eram claras: investir na cosmiatria, no consultório particular, e colher os frutos do setor privado. Contudo, com o tempo, percebi que meu verdadeiro lugar estava em outro caminho. Afastei-me do privado e fui tecendo laços mais profundos com o Sistema Único de Saúde (SUS). Durante a pandemia, seguindo um movimento de autorreflexão, rompi definitivamente com o serviço privado e passei a me dedicar integralmente ao sistema público, buscando alinhar minha prática aos meus propósitos e valores.

Inicialmente, atuei como médica da Estratégia Saúde da Família (ESF) em uma recém-inaugurada Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) chamada Osmar Viana, localizada no bairro Jangurussu, região sul de Fortaleza. Antigamente, conhecido como “bairro do lixão” devido ao aterro sanitário inaugurado na década de 1970, o local reflete a complexidade social do território, marcada pela relação entre urbanização, desigualdade social, estigma e gestão inadequada de resíduos. Parte da população residente no Jangurussu migrou de bairros historicamente hiperendêmicos para a hanseníase, como Granja Lisboa, Granja Portugal e Bom Jardim, devido a programas habitacionais que reassentaram famílias em áreas de risco ou condições precárias.

Logo após minha chegada, observou-se um aumento no número de diagnósticos de hanseníase na região, chamando a atenção do serviço de vigilância epidemiológica da Regional VI. Assim, surgiram convites para atuar como facilitadora em oficinas para profissionais de saúde e prestar atendimento especializado como dermatologista, incluindo casos de hanseníase. Aos poucos, assumi o papel de referência em hanseníase da Regional VI.

Em 2021, estava em andamento o ensaio clínico multicêntrico de quimioprofilaxia aprimorada para contatos de hanseníase (Programa PEP++), realizado simultaneamente no Brasil, Índia, Nepal e Bangladesh. No Brasil, o estudo ocorreu em Fortaleza e Sobral. Em Fortaleza, foi desenvolvido em parceria entre a Fundação NHR Brasil e a Secretaria

Municipal de Saúde (SMS). Nesse contexto, a SMS formalizou minha liberação para atuar em todo o território municipal, expandindo minha atuação do nível regional para o municipal.

O contato com colegas da APS de Fortaleza ampliou-se gradativamente, e o AM começou a tomar forma. A avaliação dos contatos da pesquisa possibilitou atendimento conjunto e treinamento teórico-prático, “ombro a ombro”, embora ainda incipiente, pois nem sempre os profissionais tinham agendas bloqueadas para participar das atividades formativas. Paralelamente, obtive o título de hansenologista pela Sociedade Brasileira de Hansenologia, consolidando o processo contínuo de aprendizagem e contato com outros especialistas.

O Projeto Fortalecimento da Temática Hanseníase na Universidade - Ampliar e Fortalecer o Diagnóstico e Tratamento da Hanseníase no Estado do Ceará, financiado pelo Ministério da Saúde e executado em parceria pela UFC, SMS de Fortaleza e Fundação NHR Brasil, propiciou a consolidação do AM na APS, por meio de processos formativos semanais, Educação Permanente em Saúde (EPS) e oferta de campo de estágio para estudantes de Medicina da UFC e da Unifor, com integração de aulas teóricas sobre hanseníase.

Paralelamente, fui convidada a participar como dermatologista da teleconsultoria assíncrona, por meio do prontuário eletrônico FastMedic®, permitindo que médicos generalistas consultassem especialistas para esclarecer dúvidas sobre diagnóstico, condutas e encaminhamentos, promovendo qualificação do cuidado e um ambiente contínuo de ensino-aprendizagem.

Em fevereiro de 2024, com apoio da gestão municipal, surgiu o Serviço de Apoio Matricial (SAM) em hanseníase, inicialmente denominado Ambulatório de Hanseníase na APS, na UAPS Hélio Goés, bairro Sapiranga. O SAM constitui um espaço de cuidado compartilhado e humanizado, onde há atendimento a pessoas com suspeita ou acometidas pela doença, avaliação de contatos de casos novos, testes rápidos, vacinação com BCG, raspado dérmico para baciloscopia e biópsia de pele. O serviço funciona às terças-feiras e serve como campo de estágio para residentes de Medicina de Família e Comunidade e estudantes de internato de Medicina.

Por estar inserido na APS, o SAM contribui para superar as limitações do antigo modelo de referência e contrarreferência, marcado pela fragmentação do cuidado e comunicação insuficiente entre os níveis de atenção. Esse arranjo reforça o papel central da APS na coordenação do cuidado e na organização das redes de atenção à saúde.

Este cenário se insere em um contexto epidemiológico nacional preocupante. O Brasil é o segundo país no mundo em números absolutos de casos de hanseníase,

permanecendo como um importante desafio de saúde pública. Apesar da redução progressiva da prevalência nas últimas décadas, a doença apresenta distribuição desigual entre regiões e municípios, com maior concentração em áreas de vulnerabilidade social. A detecção precoce continua limitada em muitos territórios, mantendo a transmissão ativa e a ocorrência de incapacidades físicas evitáveis. Este panorama evidencia a necessidade de estratégias que fortaleçam a APS, qualifiquem o cuidado e promovam vigilância ativa e educação permanente dos profissionais.

O AM, inicialmente estruturado no Brasil na área de Saúde Mental, mostrou-se uma estratégia promissora e eficaz no enfrentamento à hanseníase em Fortaleza, especialmente na descentralização do cuidado, diagnóstico oportuno, vigilância ativa de contatos e acompanhamento qualificado dos casos.

Para compreender a necessidade e o conceito de descentralização, no atual contexto de matriciamento, torna-se fundamental retomar, mesmo que brevemente, o histórico da organização do cuidado à hanseníase em Fortaleza. Durante décadas, diagnóstico e tratamento estiveram concentrados quase exclusivamente no Centro de Referência em Dermatologia Dona Libânia, referência estadual e municipal. Essa centralização produziu distanciamento estrutural entre a hanseníase e a rotina da APS, gerando baixa suspeição diagnóstica e reforçando a dependência do nível especializado.

A descentralização representa, portanto, uma mudança paradigmática: aproximar o cuidado do território, fortalecer a capacidade clínica das equipes da APS e romper com o modelo verticalizado que dificultava o acesso, atrasava diagnósticos e invisibilizava a transmissão ativa. O Apoio Matricial emerge como resposta concreta, articulando conhecimento especializado, construção compartilhada de práticas, Educação Permanente em Saúde (EPS) e Integração Ensino-Serviço (IES).

Tendo em vista que o AM em hanseníase ainda é pouco desenvolvido e que não há, no Brasil, estudos que documentem seu processo de implantação de forma estruturada e detalhada, a presente dissertação de mestrado se justifica pela necessidade de descrever, analisar e sistematizar experiências que possam orientar futuras práticas. Ao compartilhar essa experiência, pretende-se contribuir para o aprimoramento das políticas públicas, oferecendo referências que possam ser adaptadas e aplicadas a outras áreas da saúde ou a ações relacionadas à hanseníase em diferentes municípios.

## 2 REFERÊNCIAS CONCEITUAIS

### 2.1 Contextualização histórica da hanseníase

A palavra “lepra” tem origem grega e foi introduzida na Bíblia, quando essa foi traduzida do hebraico para o grego pela primeira vez. A palavra hebraica “*tsara’at*” era uma categoria de impureza e significava maldição (Souza-Azevedo, 2007). A Torá ou Septuaginta, livro dos setenta em alusão aos setenta anciãos que a traduziram, simultaneamente, foi transcrita do judaico para o grego, durante a expansão do Império de Alexandre, o Grande, rei da Macedônia, para o Oriente quando esse Império invadiu e conquistou o Egito (Silva; Dimenstein, 2015). Naquela época, os sacerdotes eram os responsáveis por identificar e decidir se a pessoa era “impura” ou não, pois existiam poucos médicos. Nesse contexto, a saúde e a religião estavam profundamente entrelaçadas, e as doenças eram frequentemente vistas como manifestações de impureza ou punição divina (Pena, 2008).

No mundo grego, havia uma palavra “elefantíase”, descrita primeiramente pelo médico Aretaeus, atuante por volta de 150 a.C., que, provavelmente, era a doença hanseníase na Antiguidade. Ele atribuiu essa nomenclatura talvez porque a pele espessada das pessoas acometidas sugeria a pele de elefante, ou porque suas feições inchadas e desfiguradas causavam medo a outras pessoas da mesma forma que os elefantes de Aníbal, general cartaginês, despertavam pavor nos soldados inimigos cerca de 200 anos antes de Cristo (Curi, 2010).

Ao longo do tempo, o vocabulário usado para nomear a doença também se transformou. A antiga expressão acabou cedendo lugar ao termo grego *lepra*, cuja raiz remete à ideia de (Zacca, 2003). Entre os hebreus, porém, o significado atribuído à doença ultrapassava a dimensão corporal: tratava-se de um acontecimento carregado de implicações morais, frequentemente interpretado como sinal de falha, impureza ou castigo. Essa forma de compreender o adoecimento contrastava com a visão de outros povos do Oriente Próximo, como sumérios, babilônios e egípcios, que não vinculavam a condição a uma lógica tão marcada pela culpa (Bottéro, 2001).

Nesse contexto histórico e cultural, a hanseníase também aparece nos relatos bíblicos, em que a figura de Jesus rompe com o estigma e a exclusão social ao curar e purificar pessoas ‘leprosas’, conforme narrado nos evangelho:

Um leproso aproximou-se de Jesus, ajoelhou-se diante dele e disse: “Senhor, se quiser, pode me curar e me deixar limpo.” Jesus estendeu a mão e tocou nele. Eu quero, respondeu. Seja curado e fique limpo!” (Mt 8:1-4) e “Curai os enfermos, purificai os leprosos, ressuscitai os mortos, expulsai os demônios; de graça recebestes, de graça dai” (Mt 10:8-9.).

Nos relatos bíblicos, a condição denominada *tsara'at* não era compreendida como uma enfermidade no sentido atual, mas como um estado de impureza associado a punição ou transgressão moral. Esse entendimento reforçava o caráter simbólico, religioso e socialmente excludente atribuído à lepra na Antiguidade. Na passagem da Bíblia do hebraico para o grego e, posteriormente, para o latim, o termo *lepra* foi preservado como tradução de *tsara'at*, enquanto a designação *elefantíase*, que havia sido utilizada em outros períodos históricos para diferentes dermatoses, já não era mais empregada (Curi, 2010).

Na Idade Média, o uso da palavra lepra para hanseníase foi consolidado. Em uma época em que as doenças e as deficiências físicas eram consideradas sinais exteriores do pecado, causadas pela punição divina, era de se esperar que a Igreja tivesse grande domínio sobre elas. Assim, competia às autoridades eclesiásticas considerarem uma pessoa leprosa ou não. Em algumas regiões da Europa, o suspeito de ter lepra passava por um verdadeiro processo, no qual um júri de leprosos, supostos conhecedores da doença, decidia se ele de fato tinha ou não a enfermidade. Os médicos medievais consideravam a lepra simultaneamente uma doença contagiosa e hereditária, ou oriunda de uma relação sexual consumada durante a menstruação, período em que a mulher era considerada impura na tradição judaico-cristã (Pinto, 1995).

As pessoas “leprosas” andavam pelas ruas cobertas com uma manta marrom ou acinzentada e carregavam sinos, matracas ou chocalhos para sinalizar sua chegada para que os demais se afastassem, pois havia a crença de que o ar ao redor era impuro (Ducret, 1993). Ainda na Idade Média, existiam, basicamente, apenas três tipos de doenças: lepra, peste ou loucura. Interessante observar e refletir que não se utiliza mais as palavras “peste” ou “loucura”, mas ainda existem algumas pessoas que defendem a ideia de continuar usando a palavra lepra (Curi, 2010).

No final da Idade Média, a lepra começa a ser vista como doença justamente com o fortalecimento da Medicina, enquanto ciência. O júri de leprosos passou a ser um júri de médicos conferindo maior poder à Medicina. Para alguns estudiosos, isso representou o triunfo das universidades e da Medicina e a maior aproximação entre o poder e a razão. A grande maioria dos médicos propunha, como conduta para as pessoas enfermas, somente a

separação pela doença do restante da sociedade ou da comunidade. Havia um grande temor geral em relação à lepra o que foi chamado de “leprofobia” (Curi, 2010).

Na Idade Moderna, a colonização europeia e a descoberta do “Novo Mundo”, contribuiu para disseminação de várias doenças, incluindo a lepra, que antes lá não se encontravam. No Brasil, os primeiros casos de hanseníase foram identificados no século XVI (Bechler, 2024). No final do século XVIII e início do século XIX, o termo lepra era aplicado a uma gama variada de afecções dermatológicas como vitiligo, escabiose, psoríase, dermatite seborreica, sífilis, impetigo, dermatoses congênitas e outras configurando um termo amplo, impreciso e incerto (Curi, 2010).

Durante o século XIX, ocorreu um aumento da quantidade de pessoas acometidas pela doença, especialmente na Noruega, configurando um fenômeno chamado *Leprosaria Revival*. Na Noruega, a exclusão vira isolamento. Com isso, a exclusão aumenta e torna-se coercitiva e isso coincide com a maior atuação do médico (Olinto, 2014).

Nas viradas dos séculos XIX e XX, a questão era Isolamento Compulsório como política pública que gerou morte em massa em um contexto específico ao longo do século XX. No Brasil, o isolamento compulsório durou de 1924 a 1962 (Bechler, 2024). Criaram os leprosários para doentes e preventórios para filhos(as) (Figura 1). A ideia era que, em 30 anos, não teria mais hanseníase. Ainda no Brasil do século passado, a exclusão se torna isolamento e, em última instância, a pessoa acometida é uma prisioneira. Ela era “portadora do mal”, portanto, o medo sobre ela aumenta. Com o passar do tempo, observaram que o isolamento compulsório era uma política onerosa e ineficiente. Com o surgimento dos Direitos Humanos, somado à luta empreendida pelas pessoas acometidas, o isolamento tornou-se insustentável (Curi, 2010).

Figura 1 - Crianças no Preventório Afrânio de Azevedo, em Goiânia



Fonte: Foto de Heráclides César de Souza Araújo, em “História da Lepra no Brasil”, Imprensa Nacional, 1946.

Apesar de o Decreto nº 968, de 7 de maio de 1962, abolir o isolamento compulsório como medida preventiva contra hanseníase no Brasil, essa política não se dissolveu abruptamente, devido ao profundo vínculo, formado ao longo dos anos, entre internos e instituições ou leprosários (Figura 2). Além disso, o medo da dura realidade fora dos muros, sem apoio ou medidas de ressocialização por parte do governo brasileiro, fez com os internos permanecerem nos antigos leprosários (Bechler, 2024).

Figura 2 - Centro de Convivência Antônio Diogo, antigo leprosário, em Redenção-CE.



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, 2019.

O isolamento no Brasil foi interrompido em 1976 e, nesse mesmo ano, foi proposto o termo hanseníase para doença em homenagem ao bacteriologista dermatologista norueguês Gerard Hansen (Figura 3) que descobriu o agente etiológico *Mycobacterium leprae* ou bacilo de Hansen refutando a teoria da doença hereditária (Ghosh; Chaudhuri, 2015). Em 1995, por influência do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan), a palavra hanseníase foi definitivamente incorporada.

Figura 3 - Gerhard Henrik Armauer Hansen (1841-1912)



Fonte: Foto de Edgar Andresen. Universidade de Bergen, Noruega.

A trajetória histórica da hanseníase permite compreender o estigma, a complexidade e a dificuldade que giram em torno dessa doença milenar. O entendimento do passado revela-se fundamental para interpretar e contextualizar as questões que permeiam o presente.

## 2.2 Cenário epidemiológico: global, nacional, estadual e municipal

No mundo, desde a implementação da poliquimioterapia (PQT) como tratamento específico, a prevalência da hanseníase tem diminuído significativamente a nível global: em 1980, foram registrados mais de cinco milhões de casos, em 1990, três milhões, enquanto, em 2019, antes da pandemia, foram registrados pouco mais de 200 mil casos (WHO, 2019).

Globalmente, 6,4% dos casos notificados em 2021 foram em crianças e adolescentes menores de 15 anos de idade. No Brasil, 4,1% ocorreram nesta população, totalizando 10.322 casos em 2023 (Brasil, 2024). Ressalta-se que a ocorrência de detecção de casos novos em crianças e adolescentes com menos de 15 anos de idade indica transmissão ativa da doença, um *proxy* de gravidade epidemiológica nos territórios (Alencar *et al.*, 2008).

Como doença primariamente neural, resulta em neuropatia que pode causar deformidades e incapacidade física, quando não diagnosticada e tratada de modo oportuno. No mundo, o número de casos novos com grau 2 de incapacidade física no diagnóstico foi de 9.729 em 2023, sendo que Índia, Brasil (n=2.374) e Indonésia foram os países com maior número de casos nessa situação não reversível clinicamente. Este aumento no mundo foi de 1,8% enquanto no Brasil, foi de 16,0% em 2023 tendo como referência 2022 (WHO, 2024).

O Brasil representa 92,4% dos casos registrados na região das Américas, conferindo ao Brasil o primeiro lugar nessa região e o segundo lugar no mundo em número de casos novos (aproximadamente 15% dos casos em todo o mundo). O Brasil, juntamente com Índia e Indonésia, compõe 74,5% de toda a carga global da doença (WHO, 2024).

A nível nacional, durante o período 2014–2023, foram detectados e notificados 309.091 casos de hanseníase, sendo 80% casos novos, em média aproximadamente 30 mil novos casos da doença anualmente (Brasil, 2025). Em 2021 houve uma considerável redução da detecção de casos globalmente, chegando a pouco mais de 130 mil casos, provavelmente resultado do impacto da pandemia por SARS-CoV-2 (WHO, 2021).

Importante destacar que o período da pandemia também ocasionou redução na taxa de detecção de casos novos de hanseníase no Brasil. Estudo realizado por Da Paz e colaboradores (2022), demonstrou o impacto da pandemia da COVID-19 na redução do diagnóstico dos casos de hanseníase no nosso país em contexto endêmico da região Nordeste, contribuindo para a subnotificação e o pior prognóstico dos casos. Outro estudo desenvolvido na região nordeste demonstrou que a vigilância de contatos foi comprometida durante esse período, o que impacta em relação aos atrasos no diagnóstico (Rocha *et al.*, 2022).

A redução verificada em 2020 no Brasil foi estimada em 41,4% quando comparada aos últimos cinco anos anteriores à pandemia (Da Paz *et al.*, 2022). Em 2021, o País registrou continuidade da redução na detecção, com pouco mais de 18 mil casos novos. Esses dados refletem a necessidade premente de revisão das estratégias de prevenção, vigilância e controle adotadas. Essa queda significativa da detecção de casos novos em 2020 e 2021, foi seguida por lenta retomada na detecção nos anos seguintes, alcançando, em 2023, taxa de detecção de 10,68 casos novos por 100 mil habitantes (Brasil, 2025).

Também foi observado, no ano de 2023, aumento na proporção de casos novos detectados por meio do exame de contatos (7,3% em 2014 e 11,7% em 2023) (Brasil, 2025). Vale salientar que, em 2021, foi aprovada, pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) a incorporação dos novos testes rápidos imunocromatográficos para detecção qualitativa de anticorpos IgM anti-PGL1 ao Sistema Único de Saúde (SUS) para contatos.

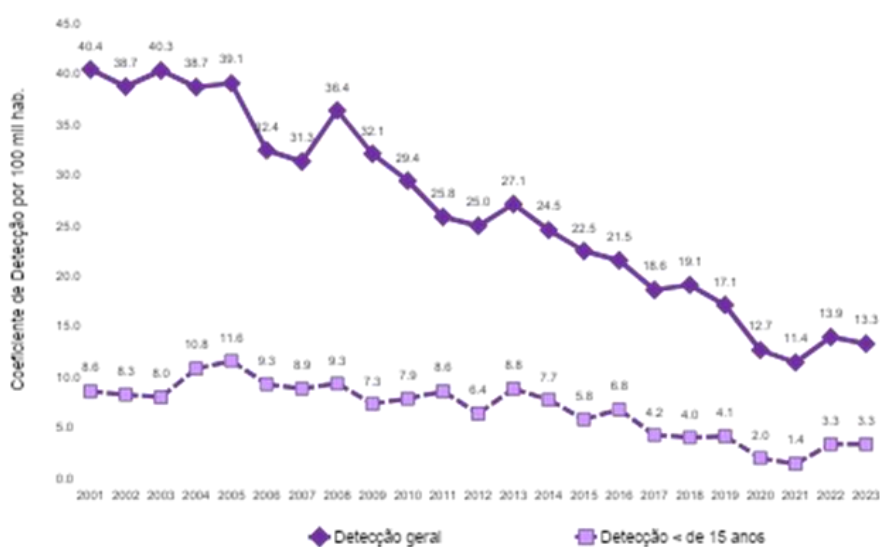
Outro dado importante a considerar é que, em 2023, houve aumento de 35,2% na proporção de casos novos em pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, comparado a 2014 (Brasil, 2025). O envelhecimento da população, no Brasil e no mundo, somado à complexidade que caracteriza a população idosa, como a presença frequente de polifarmácia e

multimorbidades, reforça a necessidade de estratégias específicas de enfrentamento da hanseníase nesse grupo etário. Em uma série histórica analisada de 2010-2021 foi possível identificar no Brasil uma redução da taxa de detecção de 17,9 por 100 mil habitantes no ano de 2010 para 8,6 por 100.000 habitantes em 2021, onde houve também mudança no parâmetro de alta para média endemicidade.

No Ceará, foram registrados 16.135 novos casos de hanseníase entre 2014 e 2024. Além disso, o estado geralmente figura entre os dez estados com maior número de casos do país. Em 2021, ocupou a sexta posição e, em 2022, ocupou a décima colocação. O Ceará apresenta *clusters* de alta endemicidade em áreas como o interior e regiões periféricas dos grandes municípios, indicando a necessidade de ações estratégicas direcionadas para o controle e eliminação da doença (Ceará, 2025).

Ao longo da série histórica de 2001 a 2024, houve uma importante redução na taxa de detecção geral de casos novos de hanseníase no município de Fortaleza, com uma média de 25,9 a cada 100 mil habitantes no período analisado (Figura 4). A partir do ano de 2017, o município passa a integrar pela primeira vez o parâmetro ‘Alto’ (10,00 a 19,99/100 mil hab.), segundo as diretrizes do Ministério da Saúde, mantendo-se, até o ano de 2016, no parâmetro ‘Muito alto’ (20,00 a 39,99/100 mil hab.), indicando uma redução gradual e constante na taxa de detecção de novos casos por 100 mil habitantes em Fortaleza.

Figura 4 - Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase na população geral e menores de 15 anos por 100.000 hab. Fortaleza, 2001 a 2023.



Fonte: SMS/COVIS/CEVEPI/SINAN \*Dados atualizados 06/01/2025.

Nos anos de 2021 e 2022, houve uma queda na taxa de detecção no município de Fortaleza, relacionada ao contexto da pandemia COVID-19, que resultou na imposição de diversas restrições e na sobrecarga dos serviços de saúde, à semelhança do que ocorreu a nível nacional e global. Esse impacto da pandemia na redução de casos novos reverbera pelos últimos anos de 2022, 2023 e 2024. Essa subnotificação compromete a precisão dos indicadores epidemiológicos e dificulta o acompanhamento eficiente das metas de controle da doença.

Diante desse cenário epidemiológico e considerando a complexidade clínica e social da doença, é fundamental debater novas estratégias de vigilância ativa a fim de promover o diagnóstico precoce e garantir o tratamento adequado em tempo oportuno.

### **2.3 Revisando conceitos clínicos**

A hanseníase é uma doença infecciosa crônica causada principalmente pelas bactérias intracelulares obrigatórias *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*) e *Mycobacterium lepromatosis* (*M. lepromatosis*), bacilos álcool-ácido resistentes com baixa patogenicidade que afetam predominantemente nervos periféricos e pele. Insere-se no grupo de doenças tropicais negligenciadas (DTN) da Organização Mundial da Saúde (OMS), estando fortemente vinculada à vulnerabilidade social, onde pobreza e acesso precário à moradia, alimentação, cuidados de saúde e educação representam elementos comuns (Ramos Jr. *et al.*, 2014).

O período de incubação é relativamente longo, variando de dois a sete anos, com média de cinco anos. A transmissão acontece de pessoa a pessoa, principalmente, por meio das vias respiratórias (gotículas emitidas pelas vias áreas superiores) como porta de entrada, pela eliminação do bacilo pelas vias aéreas superiores, a partir do contato frequente e próximo ao longo de anos com pessoas acometidas sem tratamento (Azulay *et al.*, 2022). O principal mecanismo de disseminação para pele, mucosas, nervos e outros tecidos humanos é pela via hematogênica (Belda Jr. *et al.*, 2014).

Pessoas acometidas pela hanseníase não tratadas e com alta carga bacilar representam a principal fonte de infecção (reservatório), embora tenham sido identificados reservatórios animais, como o tatu (*Dasypus novemcinctus*) e o esquilo vermelho (*Sciurus vulgaris*) da Escócia e das ilhas britânicas (Maymone *et al.*, 2020). Entretanto, estudos epidemiológicos indicam que a maioria das pessoas expostas não desenvolve a doença,

sugerindo uma resistência natural. Essa resistência é atribuída a uma resposta imune eficaz, especialmente da imunidade inata, que impede a progressão da infecção para a doença clínica (Mendonça *et al.*, 2008).

Durante muitos anos, utilizou-se a expressão doença dermatoneurológica para a hanseníase. Entretanto, há um consenso atual, entre hansenologistas, em utilizar o termo doença neurodermatológica, em virtude do acometimento primariamente neural da hanseníase.

O diagnóstico é eminentemente clínico. Deve-se suspeitar de hanseníase em pessoas com qualquer um dos seguintes sinais e sintomas: manchas ou placas hipocrômicas ou avermelhadas na pele, perda ou diminuição da sensibilidade em lesões(s) da pele, dormência ou formigamento de mãos/pés, dor ou hipersensibilidade em nervos, edema ou nódulos na face ou nos lóbulos auriculares, ferimentos ou queimaduras indolores nas mãos ou pés (Brasil, 2024).

De acordo com o Ministério da Saúde (2022), considera-se como caso confirmado de hanseníase qualquer pessoa que apresente um ou mais dos critérios abaixo:

1. Uma ou mais lesões de pele com alteração de sensibilidade (térmica, dolorosa e ou tátil)
2. Acometimento de nervo(s) periférico(s) com espessamento associado a alterações de sensibilidade, de motricidade e/ou autonômicas
3. Baciloscopia positiva do material obtido pelo raspado dérmico ou biópsia de pele evidenciando presença de bacilos álcool-ácidos-resistentes (*M. leprae* ou *M. lepromatosis*).

O Ministério da Saúde (2022) recomenda a classificação operacional da hanseníase em paucibacilar (PB) ou multibacilar (MB), baseada no número de lesões cutâneas, na presença e/ou quantidade de nervos acometidos e na identificação de bacilos no raspado dérmico. A visualização do bacilo, mediante coloração especial, ao histopatológico de biópsia de pele, também pode ser incorporado ao critério para classificação operacional (Quadro 1).

Quadro 1 - Classificação operacional da hanseníase:

<b>Paucibacilar</b>	<b>Multibacilar</b>
Até cinco lesões de pele	Mais do que cinco lesões de pele com alteração de sensibilidade*
Nenhum ou um tronco de nervo periférico acometido	Dois ou mais troncos de nervos periféricos acometidos**
Pesquisa negativa de bacilo álcool ácido resistente (BAAR) ao raspado dérmico ou ausência de bacilos ao exame histopatológico (colorações Ziehl-Neelsen ou Fite-Faraco)	Pesquisa positiva de BAAR ao raspado dérmico ou presença de bacilos ao exame histopatológico (colorações Ziehl-Neelsen ou Fite-Faraco)

Fonte: Adaptado pela autora, baseado nos critérios da OMS. Notas: \*A contagem de lesões pode levar ao erro na classificação operacional, pois lesões discretas ou em áreas cobertas podem passar despercebidas. \*\*O exame físico dos nervos periféricos é, normalmente, um desafio, uma vez que poucos profissionais de saúde possuem experiência na palpação de nervos, e pode haver subjetividade na interpretação quanto à presença de espessamento, tornando a análise dependente do examinador. Por esse motivo, e considerando o risco de insuficiência terapêutica, a presente autora recomenda que, caso haja dúvida quanto à classificação operacional, o caso deverá ser tratado como multibacilar.

O tratamento padrão para a hanseníase envolve o uso de múltiplos antibióticos e é conhecido como poliquimioterapia única (PQT-U): rifampicina, dapsona e clofazimina. A dosagem depende do peso corpóreo. A duração do tratamento e o número de doses dos antibióticos dependem da classificação operacional da hanseníase (PB ou MB). Pessoas classificadas como casos PB deverão ser tratadas por seis meses, enquanto aquelas com classificação MB receberão PQT-U por um período mínimo de doze meses.

Clinicamente, a hanseníase tem diferentes apresentações por ser uma doença de caráter espectral. Didaticamente, de acordo com a classificação de Havana e Madri (1953), que é a utilizada na Ficha de Notificação e Investigação Compulsória, classifica-se a doença nas seguintes formas clínicas: indeterminada, tuberculoide, dimorfa ou *borderline* e virchowiana. Essa classificação, apesar de ser a mais simples, é falha por não contemplar a forma clínica neural primária (HNP).

A hanseníase indeterminada (Figura 5) é considerada uma forma inicial da doença. A lesão elementar da forma clínica indeterminada é a mácula hipocrômica. Diagnósticos diferenciais seriam vitiligo em fase inicial, pitíriase versicolor, pitíriase alba, dermatite de contato hipocromiante e nevo anêmico ou acrômico.

Figura 5 - Hanseníase indeterminada. Mácula hipocrômica acompanhada de ausência de pilificação (disautonomia) no membro inferior de uma criança de 13 anos.



Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

A hanseníase tuberculoide (Figura 6) caracteriza-se por lesões de pele do tipo placas eritemato-infiltradas bem delimitadas com bordas elevadas e circinadas. Normalmente, a hanseníase tuberculoide é confundida com *tinea corporis*, sarcoidose ou granuloma anular. O principal achado que auxilia no diagnóstico diferencial é a presença da perda ou diminuição da sensibilidade.

Figura 6 - Hanseníase tuberculoide. Placa com bordas eritematosas e circinadas localizada no dorso.



Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2025.

A hanseníase dimorfa, também conhecida como *borderline*, as lesões de pele são do tipo placas infiltradas eritematosas com bordas externas mal delimitadas e bordas internas nítidas formando o padrão em “queijo-suíço” ou em “favos de mel” (Figura 7).

Figura 7 - Hanseníase dimorfa ou *boderline*. Padrão em “queijo suíço ou favos de mel”



Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

Classicamente, a assimetria do acometimento clínico é um caráter marcante podendo a pessoa acometida apresentar infiltração de um único lóbulo auricular e acometimento assimétrico dos nervos (Figura 8).

Figura 8 - Nervo auricular direito espessado acompanhado de placa eritematoinfiltrada no pavilhão auricular e região zigomática homolateral.



Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2025.

A hanseníase virchowiana é caracterizada por múltiplas lesões de pele do tipo placas infiltradas eritematosas disseminadas pelo corpo, acompanhada, por vezes, de infiltração bilateral dos lobos auriculares e da face (Figura 9).

Figura 9 - Hanseníase Virchowiana. Infiltração importante da face e dos pavilhões auriculares. Presença de madarose.



Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

A hanseníase neural primária (HNP) (Figura 10) é caracterizada pelo acometimento exclusivo do sistema nervoso periférico, sem lesões de pele evidentes e onde a análise do raspado dérmico geralmente é negativa para BAAR (Trave *et al.*, 2021). Geralmente, é um desafio diagnóstico e, por vezes, há necessidade de exames complementares como ultrassonografia dos nervos, eletroneuromiografia, biópsia ou raspagem do nervo, biologia molecular e/ou sorologia. Segundo a OMS (2019), o diagnóstico clínico é firmado quando há espessamento do nervo associado a alterações sensitivas e/ou autonômicas e/ou motoras. Estima-se que 10% dos casos diagnosticados apresentem essa forma clínica (Brasil, 2022).

Figura 10 - Hanseníase Neural Primária. Deformidades e sequelas irreversíveis, incluindo atrofia do primeiro espaço interósseo bilateral e hiperflexão das interfalangeanas dos quintos quirodáctilos.



Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

As reações hansênicas são complicações imunológicas agudas que podem ocorrer antes, durante ou após o tratamento da hanseníase (Azulay *et al.*, 2022). Elas representam uma resposta exacerbada do sistema imunológico da pessoa acometida ao bacilo, podendo causar danos significativos, especialmente aos nervos periféricos, se não forem prontamente reconhecidas e tratadas. Existem dois principais tipos de reações hansênicas: reação hansênica tipo 1 ou reação reversa (Figura 11) e reação hansênica tipo 2 (Figura 12) cujo principal exemplo é o eritema nodoso hansênico (ENH). As principais diferenças estão expostas no quadro a seguir (Quadro 2):

Quadro 2 - Tabela comparativa entre os dois tipos principais de reações hansênicas

<b>Característica</b>	<b>Reação Tipo 1 (RT1)</b>	<b>Reação Tipo 2 (RT2)</b>
<b>Mecanismo imunológico</b>	Hipersensibilidade tipo IV (celular)	Hipersensibilidade tipo III (complexos imunes)
<b>Formas clínicas associadas à hanseníase</b>	Hanseníase dimorfa ( <i>borderline</i> )	Hanseníase virchowiana
<b>Manifestações cutâneas</b>	Lesões antigas pioram; surgem novas lesões infiltradas. Podem ocorrer mãos e pés reacionais (acroedema)	ENH, eritema multiforme símile; orquite, uveíte anterior, nefrite
<b>Neurite</b>	Muito comum e acentuada	Pode ocorrer, mas é menos frequente
<b>Sintomas sistêmicos</b>	Raros ou ausentes	Febre, mal-estar, artralgia,

		linfadenopatia
<b>Gravidade</b>	Lesões locais com alto risco de dano neural	Pode afetar órgãos internos em casos graves
<b>Medicamento de escolha</b>	Corticoides (prednisona)	Talidomida (contraindicada em gestantes); corticoides, pentoxifilina
<b>População de risco</b>	Pacientes com resposta imune instável	Pacientes com alta carga bacilar
<b>Início</b>	Geralmente lento e localizado	Súbito e sistêmico
<b>Frequência</b>	Mais comum que RT2	Menos comum que RT1

Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

Figura 11 - Exemplo de reação hansênica tipo ou reação reversa: exacerbação de lesões pré-existentes.



Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

Figura 12 - Exemplo de reação hansênica tipo 2: eritema nodoso hansênico



Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2025.

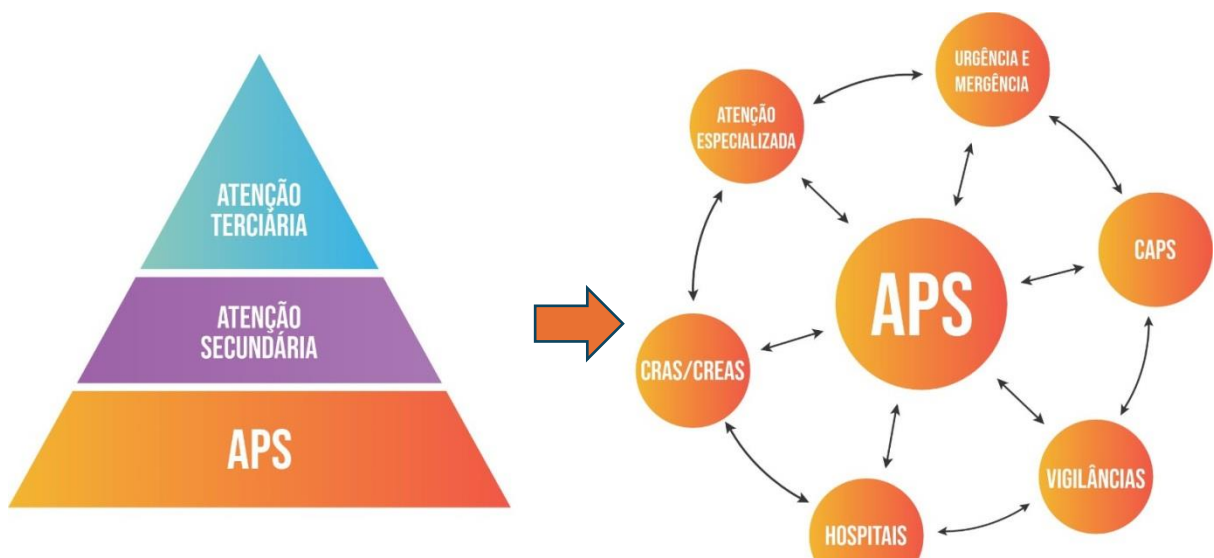
Pelo presente exposto, pode-se observar que a hanseníase possui uma ampla variabilidade e complexidade clínica, que depende diretamente da resposta imunológica da pessoa acometida ao bacilo, o que, por vezes, dificulta o reconhecimento, o diagnóstico e o manejo da doença justificando a necessidade de uma assistência pedagógico-assistencial através do matriciamento em saúde.

#### 2.4 A importância da Atenção Primária na Rede de Atenção à Saúde e o papel do médico de família e comunidade no cuidado à hanseníase

A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha papel estratégico na organização do cuidado em saúde no Brasil, sendo reconhecida como a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e a ordenadora do cuidado.

Historicamente, os serviços de saúde eram organizados segundo o modelo da pirâmide de atenção, com a APS na base, a atenção secundária no nível intermediário e a atenção terciária no topo. Esse modelo enfatizava a hierarquização dos serviços e a centralidade dos centros especializados, condicionando o fluxo de pacientes ao escalonamento dos níveis de atenção. Com a expansão do SUS e o avanço das políticas de saúde, surgiu a necessidade de uma abordagem mais integrada e articulada, levando à construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS), nas quais a APS permanece como eixo estruturante, mas em estreita articulação com os demais níveis de atenção (Figura 13). Essa mudança conceitual permite que a APS desempenhe funções de coordenação, continuidade e integralidade do cuidado, aproximando os serviços da realidade e das necessidades da população (Mendes, 2014).

Figura 13 - Transição do modelo piramidal hierarquizado para o modelo de Rede de Atenção à Saúde (RAS), com a Atenção Primária como coordenadora do cuidado



Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

Embora a Atenção Primária à Saúde (APS) constitua o nível preferencial para a detecção precoce e o acompanhamento de pessoas acometidas pela hanseníase, sua capacidade resolutiva permanece condicionada por desafios estruturais e formativos. A sobrecarga assistencial, a rotatividade de profissionais e a frágil articulação entre vigilância e cuidado limitam a efetivação da APS como coordenadora do cuidado (Starfield, 2002). Assim, mais do que um cenário organizado segundo diretrizes normativas, a APS se concretiza como um campo de tensões e disputas, permeado por diferentes projetos de saúde e racionalidades em confronto (Merhy *et al.*, 2019). Nesse contexto, dispositivos como o Apoio Matricial tornam-se estratégicos para qualificar a clínica, promover práticas colaborativas e reorientar o cuidado em direção à integralidade (Cunha; Campos, 2011).

No contexto da hanseníase, a descentralização do cuidado assume diferentes dimensões. Em termos gerais, a descentralização é uma diretriz das políticas públicas brasileiras, voltada para redistribuir responsabilidades administrativas e de gestão da esfera central para os serviços locais, promovendo autonomia municipal e melhor adequação às necessidades regionais (Brasil, 2017).

No caso específico da hanseníase, a descentralização assume um caráter mais operacional, relacionado à transferência do cuidado de centros de referência especializados, como o Centro de Referência em Dermatologia Dona Libânia, para as equipes de APS. Historicamente, a concentração de diagnósticos e tratamento nesse centro resultava em dificuldades de acesso, sobrecarga do serviço especializado e amplificação do estigma social. A descentralização do cuidado para a APS permite que as Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) realizem ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, aproximando o cuidado da população e contribuindo para a detecção precoce da doença (Brasil, 2016; 2022a).

A implementação do cuidado descentralizado exige o fortalecimento das equipes multiprofissionais e a capacitação contínua dos profissionais de saúde. A formação permanente, o suporte técnico-pedagógico e estratégias como o Apoio Matricial (AM) são

essenciais para garantir que a APS atue de forma resolutiva, mantendo a qualidade do cuidado mesmo com a transferência de responsabilidades dos centros de referência para as equipes locais (Campos, 2000; Brasil, 2011). No contexto da hanseníase, isso significa que profissionais de APS podem identificar precocemente sinais e sintomas, prescrever e acompanhar o tratamento com poliquimioterapia (PQT), monitorar efeitos adversos, orientar contatos e realizar ações educativas junto à comunidade, tudo dentro de uma abordagem integral e contínua.

No entanto, o processo de descentralização encontra entraves significativos, como a insuficiente formação dos profissionais de saúde, a ausência de apoio técnico-pedagógico contínuo, insegurança clínica, além da sobrecarga das equipes frente à multiplicidade de demandas (Mendes, 2011). Isso revela que a descentralização, embora necessária, não é um processo simples.

Um dos principais desafios no controle da hanseníase é o diagnóstico tardio, frequentemente associado à baixa suspeição clínica dos profissionais e ao desconhecimento da população. O cuidado descentralizado na APS permite superar essas barreiras por meio da escuta qualificada, do exame neurodermatológico e da vigilância ativa de contatos, contribuindo para reduzir a transmissão e prevenir incapacidades físicas. Além disso, o acesso facilitado aos serviços de APS favorece a adesão ao tratamento e fortalece o vínculo entre usuários e equipe, aspectos fundamentais para a efetividade das intervenções e para a promoção da saúde na comunidade (Silva *et al.*, 2020).

Outro aspecto relevante da APS no enfrentamento da hanseníase é o desenvolvimento de ações educativas e comunitárias. Ao atuar de forma territorial e comunitária, as equipes de Saúde da Família podem implementar atividades de educação popular em saúde, esclarecendo mitos, reduzindo o estigma e promovendo o reconhecimento precoce de sinais e sintomas (Brasil, 2022a). Essas ações, integradas a estratégias intersetoriais e de mobilização social, fortalecem o empoderamento da população, contribuem para o controle social e auxiliam na redução da discriminação, que ainda constitui uma das principais barreiras enfrentadas por pessoas acometidas pela doença (Campos; Domitti, 2007).

A APS, estruturada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, longitudinalidade e integralidade, assume a responsabilidade de articular os cuidados em toda a rede de atenção, garantindo que os casos de hanseníase recebam atendimento oportuno e integral (Starfield, 2002). A atuação da APS no manejo da hanseníase envolve não apenas a condução clínica, mas também a coordenação das ações de vigilância epidemiológica, a

educação em saúde e a integração com serviços especializados quando necessário (Brasil, 2016). Dessa forma, a APS não apenas trata a doença, mas promove uma abordagem centrada na pessoa e integrada à comunidade.

A atuação articulada em rede possibilita a integração entre ações de promoção, prevenção e atenção especializada, assegurando continuidade e integralidade do cuidado. A APS, como eixo estruturante das RAS, coordena o cuidado, implementa políticas públicas voltadas à redução da incidência da doença, previne incapacidades e promove a saúde na comunidade, consolidando a efetividade dos princípios do SUS: universalidade, integralidade, equidade e participação social (Mendes, 2014).

Dada a complexidade clínica e social da hanseníase, o cuidado na APS demanda suporte técnico especializado, o que torna o Apoio Matricial (AM) uma estratégia essencial. Por meio do AM, saberes especializados são compartilhados com as equipes da APS, promovendo formação continuada, suporte técnico-pedagógico e construção conjunta de Planos Terapêuticos Singulares (PTS). Essa articulação fortalece a integração entre serviços de referência e APS, garantindo que a descentralização do cuidado seja não apenas uma transferência de responsabilidades, mas um processo qualificado e resolutivo (Campos; Domitti, 2007).

O Médico de Família e Comunidade (MFC) desempenha papel central nesse contexto. Sua formação, orientada pelos princípios da APS, permite o cuidado integral, longitudinal e centrado na pessoa, sendo capaz de reconhecer precocemente sinais e sintomas da hanseníase, conduzir o tratamento diretamente na APS e articular o cuidado com outros níveis de atenção. O manejo da hanseníase está contemplado entre as *Entrustable Professional Activities* (EPAs) da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), reforçando a responsabilidade, a competência técnica e a autoridade do MFC na coordenação do cuidado dentro das RAS (Cunha; Caramori, 2025). As EPAs estruturam a formação em Medicina de Família e Comunidade, orientando o desenvolvimento das competências essenciais da especialidade, qualificando residentes e profissionais para atuar de forma segura e eficiente no enfrentamento da hanseníase, incluindo diagnóstico precoce, tratamento, acompanhamento de contatos e integração com serviços especializados. Essa formação ampliada torna o MFC apto a liderar o cuidado interdisciplinar, participar da construção de PTS e apoiar equipes menos experientes, garantindo qualidade e segurança do atendimento.

Portanto, a APS desempenha múltiplas funções no controle da hanseníase: acesso facilitado ao tratamento, diagnóstico precoce, acompanhamento longitudinal, ações educativas e comunitárias, integração com outros níveis de atenção e articulação com redes de apoio. O MFC, por sua formação, competências reforçadas pelas EPAs e atuação na construção compartilhada do cuidado, assume papel estratégico na condução do manejo da hanseníase, enquanto o AM garante suporte técnico, pedagógico e interdisciplinar. Dessa forma, a descentralização qualificada do cuidado à APS, articulada em rede e fortalecida pelo apoio matricial, configura-se como abordagem eficiente e resolutiva para o enfrentamento da hanseníase no Brasil.

## **2.5 Integração Ensino-Serviço e Educação Permanente em Saúde na construção de saberes e práticas em hanseníase**

A Integração Ensino-Serviço (IES) constitui uma parceria estreita entre espaços institucionais de ensino e serviços de saúde. No Brasil, a Portaria GM/MS nº 198, de 13/02/2004 instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia do SUS para formação e desenvolvimento de trabalhadores e trabalhadoras. Por sua vez, a Portaria GM/MS nº 1.996, de 20/08/2007 estabeleceu as diretrizes para a implementação da PNEPS (operacionalização, instâncias e financiamento). Mais recentemente, a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28/09/2017 consolidou as normas das políticas nacionais de saúde, incluindo a PNEPS; desta forma, as regras da 198/2004 e 1.996/2007 foram compiladas na consolidação de 2017. Essas normativas estabelecem diretrizes para o trabalho conjunto entre estudantes, professores, trabalhadores e gestores, visando à melhoria da formação profissional, da qualidade dos serviços e da atenção à saúde.

No passado, o processo de formação em Saúde no Brasil construiu uma prática desarticulada da realidade, mas a IES tem se mostrado potente diante desse problema. A reforma sanitária, no ordenamento de formação de trabalhadores(as), inovou ao promover a interface entre saúde, educação e trabalho. Essa aproximação objetivou incentivar mudanças na lógica de trabalho dos profissionais de saúde, para que busquem compreender e responder aos principais problemas de saúde da população (Rodrigues; Dalbello-Araújo; Lazarini, 2024).

Diante disso, a IES emergiu como um dos principais elos no processo de reorientação do SUS, entendendo que é preciso pensar o trabalho em saúde não como mera

capacidade de executar procedimentos biomédicos, mas como campo de invenção e experimentação de atos cuidadores (Rodrigues; Dalbello-Araújo; Lazarini, 2024).

O ensino nas graduações em saúde precisa priorizar os problemas mais prevalentes e relevantes que impactam a situação de saúde dos territórios (Silva, 2022). No caso da hanseníase, observa-se que as matrizes curriculares, em geral, não contemplam de maneira suficiente essa temática, o que acarreta uma formação deficitária e, por conseguinte, a atuação de profissionais com insegurança e limitada formação para o manejo adequado de pessoas acometidas pela doença.

Com as mudanças trazidas pelas novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), espera-se que a formação em saúde avance na superação histórica do distanciamento entre teoria e prática. Nesse sentido, a intensificação da IES ganha centralidade ao promover maior familiaridade dos estudantes com o diagnóstico precoce da hanseníase, desenvolver habilidades clínicas e neurológicas essenciais, favorecer a compreensão das ações de vigilância epidemiológica e estimular maior sensibilidade social diante das vulnerabilidades associadas à doença. A presença estruturada e contínua nos serviços do SUS, desde o início da formação, tende a produzir profissionais mais seguros, capacitados e comprometidos com o cuidado integral. Dessa forma, a recente reformulação das DCNs representa oportunidade ímpar para reconfigurar o ensino da hanseníase no país. Para que esse potencial formativo se concretize, é fundamental que instituições de ensino, gestores e serviços de saúde se articulem de modo estratégico, utilizando esse momento como catalisador de mudanças estruturais. A consolidação da Integração Ensino-Serviço pode contribuir, em última instância, para a qualificação da assistência às pessoas acometidas, reduzindo incapacidades, promovendo diagnóstico oportuno e fortalecendo o enfrentamento da doença no Brasil.

Nesse cenário, a IES apresenta-se como estratégia fundamental para superar essas limitações, ao aproximar o processo formativo das reais necessidades do sistema de saúde e da população. Por intermédio da inserção de estudantes nos serviços da APS, especialmente em territórios endêmicos, torna-se possível articular teoria e prática, possibilitando a vivência de situações concretas de cuidado no contexto real. Esse processo favorece a construção de competências clínicas e relacionais, além de estimular uma visão ampliada e crítica sobre a hanseníase, incorporando dimensões individuais, familiares, comunitárias, sociais e culturais no cuidado. Assim, a IES contribui não apenas para o fortalecimento da formação acadêmica, mas também para a qualificação da rede de atenção no SUS, promovendo maior resolutividade e integralidade na condução dos casos de hanseníase.

A condução do cuidado e a abordagem de pessoas com hanseníase no âmbito da APS revelam-se essenciais, uma vez que este nível de atenção está mais próximo da pessoa usuária, favorecido pela sua capilaridade e pelo processo de territorialização. Além disso, a APS possui atributos como a abordagem familiar e comunitária, bem como a competência cultural, que ampliam a compreensão das necessidades de saúde. Nesse sentido, torna-se necessário adotar novas estratégias de ensino-aprendizagem que contribuam para a construção de conhecimentos sobre a hanseníase em uma perspectiva ampliada, considerando a pessoa acometida em seu contexto familiar, comunitário e social mais amplo.

Frequentemente, como médica matriciadora e preceptora da área de Saúde Coletiva em duas grandes universidades de Fortaleza, deparo-me com relatos de colegas médicos(as) e enfermeiros(as) que afirmam nunca terem tido a oportunidade de observar um diagnóstico durante a graduação, o que reflete diretamente na qualidade do cuidado prestado à população.

Assim, a IES e o AM constituem estratégias potenciais complementares para a qualificação do cuidado em saúde, especialmente no contexto da hanseníase. Enquanto a IES promove a articulação entre instituições de ensino e serviços de saúde, permitindo que estudantes, residentes e docentes participem da prática assistencial, o AM oferece suporte técnico especializado às equipes da APS, orientando o manejo clínico, discutindo casos complexos e fortalecendo a capacidade resolutiva do serviço para o cuidado longitudinal e integral.

Nesse processo, a Educação Permanente em Saúde (EPS) desempenha um papel central ao favorecer que trabalhadores(as) reflitam sobre suas práticas, identifiquem necessidades reais de aprendizagem e construam soluções coletivas nos próprios cenários de trabalho. A EPS parte da problematização do cotidiano, assumindo que o aprender e o ensinar são processos indissociáveis do fazer em saúde, e que a transformação das práticas depende da participação ativa dos sujeitos envolvidos (Paim; Almeida Filho, 2021). Conforme destaca Ceccim, a EPS rompe com modelos tradicionais de educação bancária, promovendo espaços de diálogo, cogestão e construção compartilhada de saberes no SUS (Ceccim, 2005; Ceccim; Feuerwerker, 2004). Essas abordagens se mostram fundamentais no cuidado à hanseníase, uma vez que exigem atualização constante, capacidade de análise contextual e compreensão ampliada da clínica e dos determinantes sociais da doença.

No contexto da hanseníase, essa perspectiva possibilitaria que o cuidado à população seja simultaneamente uma oportunidade de ensino, aprendizado prático e

qualificação do serviço, promovendo a formação de profissionais com formação adequada que garanta atenção integral às pessoas acometidas pela doença.

O presente estudo parte da perspectiva da implantação do AM em hanseníase no contexto da APS do município de Fortaleza, no Ceará, considerando os contextos epidemiológicos e operacionais de controle da doença. Integra ainda aspectos relacionados à IES como elemento dinamizador da qualificação da atenção à saúde, articulados à EPS como estratégia fundamental de transformação das práticas profissionais e sustentação do acesso ao diagnóstico e tratamento no SUS.

## **2.6 Telessaúde e a sua aplicação no Apoio Matricial em hanseníase**

A Telessaúde constitui uma estratégia estruturante para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, especialmente no que diz respeito à qualificação do processo de trabalho, ao apoio clínico-pedagógico e à ampliação do acesso a práticas colaborativas entre diferentes pontos da rede. Instituída pela Portaria GM/MS nº 2.546/2011, a iniciativa organiza-se em diferentes modalidades que, em conjunto, viabilizam a comunicação entre profissionais, o suporte assistencial e a EPS mediada por tecnologias digitais.

Entre essas modalidades, destaca-se a teleconsultoria, definida como a consulta registrada entre profissionais de saúde e gestores, realizada por meios síncronos ou assíncronos, com o objetivo de esclarecer dúvidas relacionadas a procedimentos clínicos, condutas assistenciais, ações de saúde e questões do processo de trabalho. No âmbito do Apoio Matricial, a teleconsultoria assume papel estratégico ao permitir o compartilhamento de saberes, a discussão de casos e a tomada de decisão apoiada, mesmo quando equipes matriciadoras e equipes de referência não estão presentes no mesmo território ou turno assistencial.

O telediagnóstico constitui outra modalidade relevante, caracterizada pela realização remota de exames e posterior emissão de laudos por especialistas vinculados aos serviços de Telessaúde. Embora não seja o componente central do Apoio Matricial em hanseníase na APS de Fortaleza, integra o conjunto de dispositivos capazes de reduzir barreiras geográficas e ampliar o acesso a avaliação especializada. A tele-educação, por sua vez, envolve atividades formativas à distância, como cursos, aulas e conferências, destinadas à qualificação de profissionais e estudantes da área da saúde.

Por fim, a teleconsultoria assíncrona constitui uma resposta sistematizada baseada nas melhores evidências disponíveis, organizada em formato pergunta–resposta e produzida a partir de demandas provenientes das teleconsultorias. As teleconsultorias têm caráter educativo e ampliam o alcance das discussões clínicas ao transformarem dúvidas individuais em instrumentos de aprendizagem coletiva, frequentemente disponibilizados em repositórios como a Biblioteca Virtual em Saúde da APS.

No contexto do Apoio Matricial em hanseníase na APS de Fortaleza, a teleconsultoria assíncrona emerge como um dos pilares fundamentais do modelo, compondo, ao lado das ações formativas e do Serviço de Apoio Matricial (SAM-hanseníase), o tripé organizador da intervenção. Esse dispositivo possibilita respostas ágeis e qualificadas aos profissionais da rede, favorece a continuidade das práticas colaborativas e sustenta a lógica do cuidado compartilhado entre as equipes de referência e a equipe matriciadora, reforçando a integralidade, a resolutividade e a capacidade clínica da APS.

## **2.7 Apoio Matricial e Método Paideia como estratégias para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde**

Matriciamento ou AM é considerado nova forma de produzir saúde onde, pelo menos, duas equipes, equipe matriciadora e equipe referência, conectam-se, no intuito de ofertar um serviço de qualidade e eficaz por meio do processo técnico-pedagógico e da corresponsabilização entre as equipes (Brasil, 2011).

Essa estratégia de gestão e organização dos processos de trabalho nas redes de atenção à saúde promove à ampliação da resolubilidade da APS por meio do compartilhamento de saberes entre especialistas e generalistas. Desenvolvido no contexto do SUS, este modelo busca fortalecer a interdisciplinaridade, a integralidade do cuidado e a EPS (Brasil, 2010).

O AM visa tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Trata-se de uma metodologia de trabalho alternativa ou complementar àquela mais antiga, prevista em sistemas hierarquizados, que envolve conceitos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação (Campos; Domitti, 2007).

A estratégia do AM foi desenvolvida no Brasil, na década de 1990, por Gastão Wagner de Sousa Campos, médico sanitarista e professor titular da Universidade Estadual de Campinas, militante da Reforma Sanitária, referência notória no campo da Saúde Coletiva no

país (Campos *et al.*, 2015). Sua implantação inicial ocorreu no município de Campinas, São Paulo, como parte de uma proposta de reorganização dos serviços de saúde baseada na cogestão e na ampliação da clínica (Campos; Domitti, 2007).

O termo “Paideia” origina-se da Grécia Antiga, significando “educação” ou “formação integral do ser humano”. Na filosofia grega, *paideia* referia-se a um processo educativo abrangente, que visava o desenvolvimento ético, cultural, intelectual e social do indivíduo, preparando-o para a vida em comunidade e para o exercício da cidadania plena (Campos, 2003).

No campo da Saúde Coletiva, o Método Paidéia foi desenvolvido como abordagem metodológica para a gestão do trabalho em saúde, EPS e fortalecimento da APS. Essa metodologia busca integrar três dimensões fundamentais: poder, saber e afetos, reconhecendo que as práticas de saúde são influenciadas por essas esferas e devem ser abordadas de forma articulada (Campos, 2014).

O Método Paidéia propõe uma cogestão democrática nos processos de trabalho, enfatizando a corresponsabilização entre profissionais de saúde, gestores(as) e usuários(as). Ele promove a integração de saberes, a reflexão crítica sobre as práticas e a construção coletiva de soluções, visando a transformação das relações de trabalho e a melhoria da qualidade do cuidado (Campos, 2003).

Essa abordagem tem sido aplicada em diversas experiências no Brasil, especialmente na implementação do AM na APS, onde profissionais especializados atuam junto às equipes de saúde da família, oferecendo suporte técnico-pedagógico e promovendo a Educação Permanente. O Método Paidéia, nesse contexto, serve como referencial para a formação de sujeitos críticos e comprometidos com a transformação das práticas de saúde (Campos, 2014).

O AM tem sido adotado por programas do Ministério da Saúde desde 2003, como HumanizaSUS, Saúde Mental e APS/Saúde da Família. Porém, somente em 2008 o apoio matricial foi incorporado pelo Ministério da Saúde para fundamentar a criação do antigo Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF (Campos; Domitti, 2007).

Segundo Viana e Campos (2018), o AM é uma metodologia de trabalho interdisciplinar que visa ampliar a capacidade de resposta das equipes de APS por meio de suporte técnico-pedagógico especializado. Essa abordagem promove a integração entre especialistas e generalistas, facilitando a troca de saberes e a corresponsabilização no cuidado à saúde. O AM busca romper com a lógica fragmentada de atenção, incentivando práticas

colaborativas e a construção de projetos terapêuticos singulares (PTS). Esse último refere-se a um plano de cuidado individualizado, construído coletivamente por equipe multiprofissional, com a participação ativa do(a) usuário(a) e, quando possível, de seus familiares (Baptista *et al.*, 2020).

Segundo o Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2023), a 17ª Conferência Nacional de Saúde destacou a defesa do SUS, da vida e da democracia como eixos centrais do debate. A conferência enfatizou a importância da inclusão de representantes de grupos populacionais em situação de maior vulnerabilidade e a realização de conferências temáticas que garantem a participação de diversidades populacionais e culturais. Entre as diretrizes aprovadas, destaca-se: “XVI - A incorporação de tecnologias assistenciais necessárias à resolutividade em cada rede assistencial, inclusive ações de matriciamento e educação permanente em saúde entre os serviços, assim como ações de inclusão digital e telessaúde” (Brasil, 2023, p. 125).

Essa diretriz reforça a relevância do Apoio Matricial como estratégia de fortalecimento das equipes e ampliação da qualidade da atenção à hanseníase, legitimando a implementação de práticas de matriciamento em Fortaleza como alinhadas às políticas e recomendações nacionais. Vale destacar que esta recomendação da CNS foi citada previamente durante a I Conferência Livre de DTNs, realizada em Fortaleza (CE) no dia 2 de fevereiro de 2023, evidenciando a articulação entre as instâncias nacionais e locais na promoção de estratégias de EPS e IES (Fortaleza, 2023).

Apesar do AM ter surgido há mais de trinta anos e embora tenha um potencial transformador, ele ainda é pouco explorado de forma plena e sistemática na prática clínica da APS e, quando aplicado, costuma estar mais concentrado na área da Saúde Mental. Diversos estudos apontam que sua aplicação ocorre de forma fragmentada, com ênfase quase exclusiva na área da Saúde Mental (De Oliveira *et al.*, 2018; Oliveira *et al.*, 2019).

O campo da saúde mental se consolidou como um terreno especialmente fértil para o desenvolvimento do AM na APS no Brasil por uma combinação de fatores históricos, políticos e institucionais. Uma das principais razões é a longa tradição de articulação entre serviços de saúde mental, especialmente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e a APS, processo que teve início com a Reforma Psiquiátrica brasileira. Essa reforma propôs uma mudança no modelo assistencial, substituindo o hospital psiquiátrico por dispositivos comunitários, nos quais a lógica do cuidado se orienta pela integralidade, territorialidade e interdisciplinaridade. A articulação entre CAPS e UBS foi favorecida por políticas públicas

que estimularam práticas colaborativas entre os diferentes pontos da rede de atenção, criando um ambiente propício para surgimento do AM como estratégia de integração e qualificação do cuidado (Brasil, 2014).

A institucionalização do apoio matricial em saúde mental também foi facilitada pelo reconhecimento, nas diretrizes do SUS, da importância de apoiar tecnicamente as equipes de saúde da família diante das demandas crescentes por atenção psicossocial. Essa estratégia permitiu que profissionais especializados atuassem conjuntamente com as equipes de APS, contribuindo com a discussão de casos, intervenções compartilhadas e processos formativos, como forma de fortalecer a resolutividade e a autonomia clínica (Chazan *et al.*, 2019).

Além disso, a saúde mental apresenta uma complexidade de demandas que exige um olhar ampliado e ações interdisciplinares, características que se alinham diretamente aos pressupostos do apoio matricial. Diversos estudos apontam que, por essas razões, o apoio matricial foi mais prontamente acolhido e estruturado na saúde mental do que em outras áreas, tornando-se uma das poucas experiências sistematizadas de atuação conjunta entre especialistas e equipes da APS (Silva; Dimenstein, 2015).

Portanto, ainda que o apoio matricial possa e deva ser ampliado a outras áreas da saúde, é inegável que a saúde mental foi o espaço onde essa estratégia encontrou maior receptividade e desenvolvimento até o momento.

A aplicação do AM em áreas da saúde distintas da saúde mental, tal qual a hanseníase, ainda se encontra em estágio incipiente, configurando-se como estratégia inovadora e com elevado potencial de impacto no fortalecimento das ações em saúde pública. Embora existam experiências pontuais já documentadas que evidenciem a viabilidade e os benefícios da utilização do AM no manejo da hanseníase, tais iniciativas concentram-se majoritariamente em ações específicas de formação profissional ou em modalidades de apoio remoto, como as teleconsultorias.

Adicionalmente, observa-se que grande parte dos profissionais que atuam como matriciadores é formada por especialistas vinculados aos níveis secundário ou terciário de atenção, o que frequentemente os distancia das dinâmicas cotidianas, dos saberes e das especificidades do trabalho na APS. Esse afastamento territorial e profissional constitui um desafio significativo tanto para a articulação e comunicação interprofissional quanto para a apreensão das singularidades do território e das populações nele inseridas.

Ademais, observa-se que, frequentemente, os termos “apoio matricial” ou “matriciamento” são empregados de forma imprecisa, sendo utilizados para designar ações pontuais, como atividades formativas isoladas ou a simples resolução de dúvidas eventuais entre profissionais, o que descaracteriza os fundamentos conceituais e operacionais dessa estratégia (Tabela 2).

A incorporação de profissionais matriciadores na APS contribui para a promoção de uma troca horizontal de saberes entre os diferentes núcleos profissionais, favorecendo a construção compartilhada de PTS e fortalecendo a corresponsabilização no cuidado aos usuários. A presença do especialista no contexto da APS amplia sua compreensão acerca das dimensões sociais, culturais e territoriais que permeiam a vida de pessoas e famílias acompanhados. De forma concomitante, possibilita que os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) tenham acesso aos conhecimentos técnicos especializados, promovendo troca contínua de saberes, vivências e experiências entre os diferentes atores envolvidos no matriciamento.

Tal inserção territorial revela-se particularmente estratégica no enfrentamento da hanseníase, uma condição que, além de sua complexidade clínica, é profundamente influenciada por determinantes sociais, econômicos e culturais, sendo historicamente permeada por estigmas e preconceitos. Diante disso, impõe-se a necessidade de uma abordagem integral, que considere os contextos familiar e comunitário no cuidado.

Quadro 3 - Apoio Matricial: distinções entre a prática adequada e práticas equivocadas

<b>É apoio matricial</b>	<b>Não é apoio matricial</b>
Construção conjunta de planos de ação e PTS	Consulta médica com especialista
Corresponsabilização pela pessoa acometida: equipe matriciadora e equipe de referência compartilham o cuidado	Tirar uma dúvida pontual com o especialista
Horizontalidade entre equipes: o diálogo horizontal favorece o trabalho colaborativo, sem hierarquias rígidas	Verticalidade: especialistas ditam condutas, equipe da APS é receptora passiva
Retaguarda técnico-pedagógica: formação em serviço e estratégia de EPS	Formações isoladas ou focalizadas, sem continuidade
Trabalho inter-multidisciplinar, envolvendo diferentes saberes e profissões	Trabalho médico isolado, sem envolver outras profissões de saúde

Profissionais complementam, e não substituem, o trabalho da equipe de saúde da família	Profissionais especialistas substituem o trabalho da equipe de saúde da família
Apoio longitudinal, contínuo e sustentado ao longo do tempo	Apoio pontual, sem seguimento ou acompanhamento processual
Vínculo com a gestão e articulação com a rede de atenção: atuação integrada, com foco na superação de barreiras	Profissionais com expertise na temática, mas sem vínculo com a rede e sem compreensão dos fluxos institucionais
Forte integração da atenção com ações de vigilância	Limitada integração da atenção com ações de vigilância

Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 Objetivo Geral

- Caracterizar o processo de implantação do Apoio Matricial (AM) em hanseníase na Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Fortaleza, articulando elementos epidemiológicos, formativos e operacionais envolvidos no controle da doença.

#### 3.2 Objetivos Específicos

- Descrever como a Integração Ensino-Serviço (IES) e as ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) foram incorporadas ao processo de implantação do Apoio Matricial;

- Descrever os indicadores epidemiológicos e os indicadores operacionais da hanseníase no município de Fortaleza no período de 2001 a 2024;
- Descrever os indicadores operacionais antes e após a implantação do Apoio Matricial em hanseníase na APS;
- Apresentar produtos técnicos desenvolvidos no âmbito da pesquisa, voltados ao fortalecimento da atenção à hanseníase no município de Fortaleza, incluindo a Linha de Cuidado da Pessoa com Hanseníase em Fortaleza e o Boletim de Saúde de Fortaleza: Hanseníase (2001-2024).

## 4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

### 4.1 Desenho do estudo

O presente estudo possui natureza descritiva, integrando uma abordagem quantitativa com um componente de relato técnico sobre a implantação pioneira do Apoio Matricial em hanseníase, realizado no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) de Fortaleza, Ceará. Para fins de organização, o estudo está estruturado em dois eixos metodológicos principais:

Eixo 1 – Descrição do processo de implantação do Apoio Matricial (AM) em hanseníase na APS de Fortaleza:

- Inclui a sistematização dos elementos formativos, operacionais e organizacionais envolvidos na implantação do AM, com especial atenção às ações de Integração Ensino-Serviço (IES), Educação Permanente em Saúde (EPS), e aos produtos técnicos produzidos no âmbito da pesquisa: Linha de Cuidado da Pessoa com hanseníase em Fortaleza e Boletim de Saúde de Fortaleza: Hanseníase (2001-2024).

Eixo 2 – Análise dos indicadores epidemiológicos e operacionais da hanseníase de Fortaleza:

- Abrange a análise retrospectiva dos indicadores de 2001 a 2024 e a comparação dos indicadores operacionais entre APS e referência estadual com ênfase nos períodos pré e pós-implantação do AM, visando identificar tendências e avanços iniciais no processo de fortalecimento da APS no cuidado à hanseníase.

### 4.2 Campo e local do estudo

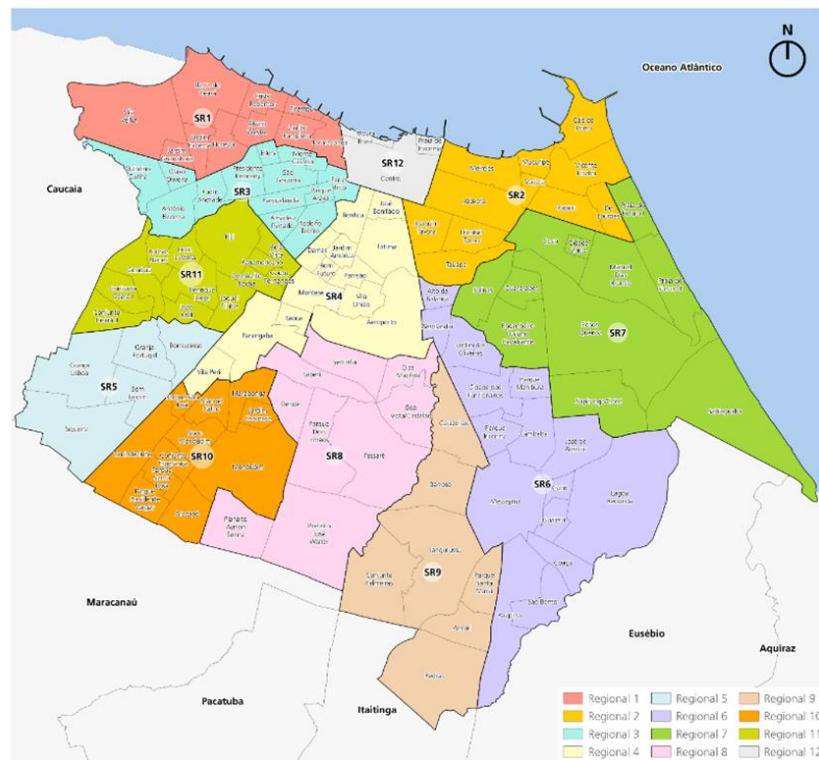
O presente estudo foi conduzido no município de Fortaleza. Fortaleza é a capital do Estado do Ceará, localizada no litoral Atlântico, no norte do estado do Ceará. O município de Fortaleza tem uma população total de 2.428.708 habitantes, configurando-se como a cidade mais populosa do Ceará e apresenta uma densidade populacional de 7.775,52 habitantes por km<sup>2</sup>, segundo o último censo de 2022.

Sua população apresenta um valor médio mensal de 2,7 salários-mínimos e Produto Interno Bruto (PIB) per capita de 27.164,45 reais. A taxa de escolarização na população de 6 a 14 anos de idade foi de 96,1%, enquanto o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), de 0,754 (IBGE, 2024). Está dividida administrativamente em

12 Secretarias Executivas Regionais, e fazem parte da Secretaria Municipal da Gestão Regional. Essas regionais compõem atualmente 121 bairros que, no passado, eram vilas isoladas ou mesmo municípios antigos que foram incorporados à Fortaleza devido à expansão dos limites do município (Fortaleza, 2024a).

Apesar de administrativamente o município ser dividido em 12 coordenadorias regionais (Figura 14), o setor saúde segue dividido em seis regionais de saúde. Cada regional possui uma rede de atenção à saúde composta por Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), hospitais de atenção secundária e terciária, Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), CAPS Infantil, Geral e Álcool e Drogas, Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), Centrais de Distribuição de Medicamentos no Terminal (CDMT), equipes de consultórios de rua e espaços destinados ao desenvolvimento de práticas integrativas e complementares em saúde. Ao todo, o município conta com 134 UAPS (Fortaleza, 2024b).

Figura 14 - Secretarias Executivas Regionais, Fortaleza, Ceará.



Fonte: Fortaleza (2021)

A implantação e o desenvolvimento das ações avaliadas neste estudo ocorreram em todo o território municipal. As atividades formativas realizadas no âmbito do PEP++ e do Projeto de Fortalecimento da Temática da Hanseníase contemplaram todas as Unidades de

Atenção Primária à Saúde (UAPS) de Fortaleza, bem como todas as seis Equipes Consultório de Rua (ECRs) assegurando abrangência territorial. Adicionalmente, o serviço de teleconsultoria assíncrona possui cobertura municipal, e o Serviço de Apoio Matricial em Hanseníase (SAM-hanseníase) atende usuários provenientes de todas as regiões da cidade.

Dessa forma, o local do estudo compreende a totalidade do município de Fortaleza.

### **4.3 Procedimentos para construção dos dados**

#### ***4.3.1 Cenários de implantação e desenvolvimento do Apoio Matricial***

O processo de implantação do AM em hanseníase em Fortaleza foi estruturado a partir de dois programas principais:

##### ***4.3.1.1 Programa de quimioprofilaxia aprimorada para contatos de pessoas com hanseníase (Programa PEP++)***

O Programa de Quimioprofilaxia Aprimorada Pós-Exposição ao *M. leprae* para contatos de pessoas com hanseníase (PEP++) é um ensaio clínico randomizado e multicêntrico, iniciado em 2020 e coordenado pela NLR (*Netherlands Leprosy Relief*). O estudo ocorre na Índia, Nepal, Bangladesh e Brasil, neste último, especificamente nos municípios de Fortaleza e Sobral. O programa estabeleceu condições favoráveis ao desenvolvimento de práticas de IES e de EPS dos profissionais, além de estimular o fortalecimento da vigilância ativa de contatos.

Durante o desenvolvimento do PEP++, diversas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de Fortaleza foram visitadas. Nesses momentos, a equipe do programa realizava uma atividade expositivo-dialogada sobre hanseníase, Avaliação Neurológica Simplificada (ANS) e quimioprofilaxia pós-exposição, dirigida aos profissionais da unidade. A participação variou entre as UAPS: todos os trabalhadores eram convidados, mas a adesão dependia da disponibilidade de cada serviço. Em algumas unidades, estiveram presentes apenas o gestor e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), em outras, participaram profissionais de diferentes categorias, incluindo, em determinados casos, a incluir até trabalhadores de apoio administrativo.

Além dessas ações, foram organizados processos formativos específicos para os ACS, com foco na identificação de sinais e sintomas, no enfrentamento do estigma e na condução de estratégias de vigilância de contatos.

Durante as avaliações clínicas dos contatos com suspeita de hanseníase, conduzidas pela médica matriciadora do projeto, os estudantes do internato de Medicina da UFC tiveram a oportunidade de participar das atividades. Em alguns atendimentos, profissionais da própria unidade eram convidados a integrar a avaliação, fortalecendo a prática colaborativa e a IES.

#### *4.3.1.2 Projeto Fortalecimento da temática hanseníase na universidade - Ampliar e Fortalecer o diagnóstico e tratamento da hanseníase no estado do Ceará*

Projeto financiado pelo Ministério da Saúde, executado em parceria pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza e Fundação NHR Brasil, por intermédio da Fundação de Apoio a Serviços Técnicos, Ensino e Fomento a Pesquisas (ASTEFP).

O projeto teve como objetivo articular a promoção e o fortalecimento da formação e EPS em hanseníase com foco na interface de IES para avanço nas ações de atenção, vigilância e controle em áreas prioritárias no estado do Ceará, com padrões elevados de endemicidade para a hanseníase. Além disso, buscou objetivar o fortalecimento da inserção da temática da hanseníase em universidades e potencializar a identificação e formação de agentes multiplicadores para ações de formação e educação permanente em hanseníase.

De modo ainda mais específico, o Projeto Fortalecimento englobou três ações principais:

##### 1. Processos formativos de Agentes Comunitários de Saúde:

Os processos formativos destinados aos ACS eram realizados às sextas-feiras e, em geral, reuniam profissionais de duas a três UAPS. As atividades eram conduzidas por dois pós-graduandos do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará (PPGSP/UFC). Durante os encontros, abordavam-se os principais sinais de suspeição clínica da hanseníase, sua classificação clínica e operacional, formas de transmissão, tratamento e a utilização do Questionário de Suspeição de Hanseníase (QSH).

Além disso, incorporaram discussões sobre o conceito de estigma, seu percurso histórico e estratégias de enfrentamento da discriminação no território. Após esse momento, os ACS realizavam busca ativa no território com aplicação do QSH e convidavam as pessoas com suspeita clínica a comparecerem no dia D ou dia de processo formativo com os profissionais de nível superior realizado pela médica matriciadora.

## 2. Processos formativos de profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros) da APS:

Duas semanas após a formação dos ACS, a médica matriciadora passou a realizar visitas semanais às UAPS, sempre às sextas-feiras, para atendimento das pessoas identificadas como suspeitas pelos ACS durante a busca ativa com uso do QSH. Esses atendimentos eram conduzidos de forma conjunta com o médico e a enfermeira da unidade, configurando um processo de EPS baseado no modelo ombro a ombro, no qual a prática clínica se torna espaço de aprendizagem e qualificação profissional.

Nesses mesmos momentos, havia participação de estudantes do internato de Medicina da UFC e da Unifor e de residentes de Medicina de Família e Comunidade, caracterizando efetiva IES. Os internos, em geral, assumiam atividades iniciais da consulta, como a coleta da história clínica, enquanto os residentes e profissionais de nível superior participavam da avaliação clínica e da discussão dos casos.

As ações formativas voltadas a médicos e enfermeiros foram realizadas em diferentes UAPS, previamente selecionadas em pactuação com a gestão municipal e com as articuladoras responsáveis pela hanseníase em cada regional. Os critérios de escolha incluíam territorialização, nível de endemicidade e demandas identificadas a partir da abordagem comunitária. Para garantir a participação dos profissionais, estabeleceu-se acordo com as equipes para o bloqueio da agenda de ao menos um(a) médico(a) e um(a) enfermeiro(a) em cada unidade contemplada.

No dia da atividade formativa, frequentemente denominado “Dia D da Hanseníase”, eram avaliadas as pessoas encaminhadas pelos ACS, contando-se com a presença de médicos e enfermeiros de três unidades de saúde, além de internos de Medicina e residentes de MFC. As atividades também incluíam o apoio de enfermeiros(as), inicialmente vinculados à Fundação NHR Brasil e, posteriormente, da própria gestão municipal, especialmente no treinamento para aplicação adequada da Avaliação Neurológica Simplificada (ANS).

Na condição de médica parceira do projeto, especialista em Dermatologia, em Hanseníase e Médica de Família e Comunidade, a médica matriciadora atuou como mediadora clínica e ‘professora extramuros’, conduzindo discussões teórico-práticas sobre epidemiologia, diagnóstico, tratamento, manejo das reações hansênicas e atualizações na área. Entre essas atualizações, houve especial destaque para a incorporação dos novos testes rápidos qualitativos anti-*M. leprae* ao SUS, destinados ao acompanhamento de contatos no âmbito da APS. Dessa forma, os processos formativos configuraram-se como práticas concretas de IES e EPS.

### 3. Ações de formação universitária:

Para além das ações formativas *in loco*, o Projeto Fortalecimento promoveu aulas com a temática hanseníase voltada para alunos da graduação em Medicina que estavam no rodízio do internato em Saúde Coletiva. As aulas aconteciam uma vez por mês e eram ministradas por alunos da pós-graduação da PPGSP-UFC e também por profissionais da Fundação NHR Brasil.

Além das atividades formativas nas UAPS, foram realizados eventos e encontros científicos ao longo do período. Destaca-se o evento do janeiro Roxo, promovido em janeiro de 2024 no auditório da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Fortaleza, direcionado para profissionais de nível superior da APS e estudantes da área da saúde. A programação foi organizada em dois momentos: o primeiro dedicado à discussão de aspectos teóricos sobre hanseníase e o segundo constituído por uma oficina teórico-prática, que contemplou a análise de casos clínicos e a apresentação dos novos testes rápidos.

Também foram conduzidos seminários com a participação de professores, estudantes e outros atores relevantes no cenário da hanseníase, incluindo encontros acadêmicos de ligas, atividades de IES e ações voltadas à formação de multiplicadores da temática.

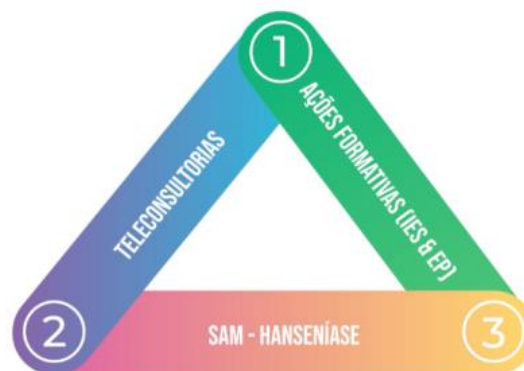
#### **4.3.2 Componentes do Apoio Matricial em hanseníase**

##### **4.3.2.1 Ações formativas contínuas**

As ações formativas referem-se às iniciativas de EPS voltadas aos profissionais da APS, com treinamentos teórico-práticos, e às estratégias de IES. Essas ações foram iniciadas no âmbito do Programa PEP++ e desenvolvidas no Projeto Fortalecimento, e vêm sendo continuadas pela gestão municipal de saúde em parceria com instituições universitárias.

Para além dos programas que subsidiaram as ações formativas de EPS e de IES, o Apoio Matricial em hanseníase em Fortaleza é composto pelo Serviço de Apoio Matricial em hanseníase (SAM-hanseníase) e pelas teleconsultorias assíncronas. Assim, podemos dizer que o AM se estrutura a partir de um tripé interdependente, composto pelas ações formativas contínuas, SAM-hanseníase e teleconsultorias. Esses três componentes articulam-se de maneira complementar, fortalecendo a prática colaborativa entre os diferentes pontos da rede e consolidando a APS como coordenadora do cuidado e espaço privilegiado para a gestão compartilhada dos casos (Figura 15).

Figura 15 - Organização do Apoio Matricial em hanseníase a partir do tripé: ações formativas contínuas, SAM-hanseníase e teleconsultorias assíncronas.



Fonte: Elaborada pela autora, 2025.

#### 4.3.2.2 Serviço de Apoio Matricial em hanseníase (SAM-hanseníase)

A implantação do Serviço de Apoio Matricial (SAM) em hanseníase na APS de Fortaleza constituiu um eixo estruturante para o desenvolvimento das ações matriciais no município. Inicialmente concebido como “Ambulatório de Hanseníase na APS”, o serviço foi criado para oferecer um espaço de cuidado compartilhado, humanizado e centrado na clínica ampliada, possibilitando que os profissionais previamente capacitados nas atividades

formativas pudessem encaminhar casos suspeitos ou confirmados para atendimento conjunto com a equipe matriciadora.

A disponibilidade desse espaço clínico especializado favoreceu a integração entre os profissionais da APS e a equipe de apoio matricial, na medida em que permitiu a construção de planos terapêuticos compartilhados e o fortalecimento do vínculo entre os diferentes atores envolvidos no cuidado. Um elemento central dessa integração foi o uso do mesmo prontuário eletrônico pela equipe matriciadora e pelas equipes de referência das UAPS, o que eliminou barreiras tradicionais do processo de referência e contrarreferência, ampliou a transparência das condutas e possibilitou que os profissionais acompanhassem, em tempo real, as decisões clínicas e a evolução dos pacientes. Dessa forma, o serviço assumiu caráter formativo contínuo, pois cada caso atendido se convertia também em oportunidade de aprendizagem sobre diagnóstico, manejo clínico e seguimento.

A criação do serviço foi orientada tanto pela experiência prévia na função de referência técnica municipal em Dermatologia na APS quanto pela formação especializada em Medicina de Família e Comunidade, elementos que permitiram articular a prática clínica à lógica do Apoio Matricial e da EPS. Antes da institucionalização do SAM, já existia um turno semanal voltado ao atendimento de dermatoses de interesse sanitário, cuja demanda era majoritariamente composta por casos de hanseníase. Com a expansão das ações do Programa PEP++ e do Projeto de Fortalecimento da Temática Hanseníase, observou-se um incremento significativo no número de encaminhamentos, o que reforçou a necessidade de instituir um turno exclusivo para o cuidado às pessoas acometidas pela doença.

Atualmente, o serviço funciona às terças-feiras pela manhã, na UAPS Hélio Goés, no bairro Sapiranga, configurando-se também como um importante campo de práticas de ensino. O espaço acolhe estudantes do internato em Medicina da Universidade de Fortaleza (Unifor) e da Universidade Federal do Ceará (UFC), além de médicos residentes de Medicina de Família e Comunidade, contribuindo para a formação de profissionais capazes de reconhecer e manejar a hanseníase no âmbito da APS.

#### *4.3.2.3 Teleconsultoria assíncrona*

A teleconsultoria assíncrona foi utilizada como um dos dispositivos do AM em hanseníase em Fortaleza, integrando-se às ações formativas e ao SAM. No município de Fortaleza, esse recurso é operacionalizado pelo prontuário eletrônico *FastMedic®*, que

permite o envio de mensagens clínicas estruturadas entre profissionais da APS e consultores especializados.

Embora não exista, até o momento, uma teleconsultoria assíncrona específica para hanseníase, a ferramenta é disponibilizada na categoria de Dermatologia, que reúne três profissionais responsáveis por responder às demandas clínicas. A autora deste estudo passou a integrar a equipe de teleconsultoria em setembro de 2024, contribuindo para a análise e discussão de casos dermatológicos encaminhados pelas equipes da APS.

As teleconsultorias consistem no envio de textos clínicos e imagens anexadas, prática facilitada pela natureza visual das dermatoses. A ferramenta permite que profissionais da rede solicitem orientações diagnósticas, terapêuticas e relacionadas ao manejo de casos suspeitos ou confirmados de hanseníase. As interações são registradas no próprio prontuário eletrônico, assegurando rastreabilidade das recomendações e integração com o cuidado prestado nas unidades de saúde.

### ***4.3.3 Principais produtos técnicos do Apoio Matricial em hanseníase em Fortaleza***

#### *4.3.3.1 Linha de Cuidado da Pessoa em Hanseníase em Fortaleza*

A elaboração da primeira Linha de Cuidado da Pessoa com Hanseníase, em Fortaleza, teve como objetivo principal sistematizar o percurso assistencial da pessoa com hanseníase na Rede de Atenção à Saúde (RAS), descrevendo fluxos, responsabilidades e interfaces intersetoriais desde a suspeição do caso na Atenção Primária à Saúde (APS) até o seguimento pós-alta e a reabilitação.

Sua construção ocorreu de forma colaborativa, interinstitucional e participativa, em consonância com os princípios da Educação Permanente em Saúde e do Método Paideia (Campos, 2000; Campos; Domitti, 2007). Foram conduzidas oficinas e reuniões presenciais com representantes das seis Regionais de Saúde de Fortaleza, apoiadores matriciais, profissionais da Vigilância Epidemiológica, gestores da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), docentes e discentes das universidades parceiras e residentes do Programa de Medicina de Família e Comunidade. Também participaram profissionais de saúde responsáveis pela pasta de hanseníase da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA-CE), a diretoria da referência estadual, o Centro de Referência em Dermatologia Dona Libânia (CDERM), e profissionais do Hospital São José (HSJ), referência estadual em Infectologia.

A participação de integrantes do movimento social de pessoas atingidas pela hanseníase foi fundamental para incorporar a perspectiva dos usuários e reforçar os princípios da integralidade e da humanização do cuidado.

O processo metodológico incluiu:

- revisão de protocolos e fluxos assistenciais existentes,
- mapeamento da rede e dos pontos de atenção,
- identificação de gargalos na referência e contrarreferência,
- discussão de casos clínicos e operacionais complexos, e
- pactuação de diretrizes operacionais de cuidado integral e longitudinal.

As atividades foram conduzidas de forma dialógica e horizontal, reforçando a cogestão e a corresponsabilidade entre os diferentes níveis assistenciais e instituições envolvidas.

#### *4.3.3.2 Boletim de Saúde de Fortaleza: Hanseníase (2001-2024)*

O Boletim de Saúde de Fortaleza: Hanseníase (2001-2024) foi desenvolvido como ferramenta técnica e pedagógica de monitoramento, gestão e devolutiva dos dados epidemiológicos relacionados à hanseníase. A necessidade de sua criação emergiu durante o processo de implantação do Apoio Matricial (AM), diante da importância de consolidar indicadores atualizados e acessíveis para orientar o planejamento e a avaliação das ações.

A elaboração foi coordenada pelo Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará (PPGSP/UFC), com apoio técnico gestão municipal de saúde, da Vigilância Epidemiológica da SMS, da Fundação NHR Brasil, representantes das Regionais de Saúde e de profissionais de saúde municipais referência na temática. O boletim integrou informações oriundas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) referentes ao município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará com o objetivo de oferecer uma análise abrangente dos indicadores epidemiológicos e operacionais do município.

A análise dos dados epidemiológicos foi realizada de forma semelhante à etapa quantitativa desta dissertação, que será detalhada a seguir.

#### *4.3.4 Caracterização dos padrões epidemiológicos e operacionais da hanseníase*

A análise quantitativa foi conduzida em duas etapas complementares. A primeira consistiu em uma análise descritiva, de caráter retrospectivo, dos indicadores epidemiológicos e operacionais de hanseníase no município de Fortaleza no período de 2001 a 2024 (Quadro 4). A segunda etapa envolveu a comparação dos indicadores operacionais pelas principais unidades notificadoras do município: APS e Centro de Referência em Dermatologia Dona Libânia (CDERM). A análise teve ênfase nos períodos antes e após a implantação do Apoio Matricial (AM) em hanseníase (Quadro 5). As unidades hospitalares foram excluídas da análise por apresentarem número reduzido de notificações e padrão temporal estável ao longo dos anos, não sofrendo influência direta da implantação do AM e, portanto, não contribuindo para a avaliação comparativa entre a APS e o serviço de referência estadual.

Assim como, o indicador “proporção de cura de hanseníase entre os casos novos de diagnóstico” não foi incluído na análise comparativa entre APS e CDERM, pois a implantação do Apoio Matricial ocorreu recentemente. Considerando que o tempo de tratamento da hanseníase varia de 6 a 12 meses, podendo chegar a 18 meses em alguns casos, ainda não é possível comparar este indicador entre os períodos antes e após a intervenção, evitando interpretações equivocadas sobre seu impacto.

Os dados secundários foram obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), por meio do SINAN Net local. As bases utilizadas correspondem aos bancos da rotina da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, previamente submetidos a processo de qualificação e revisão, podendo apresentar pequenas divergências em relação a sistemas eletrônicos de acesso público, como o Sistema de Monitoramento Diário de Agravos (SIMDA). A organização das tabelas foi realizada no software *TabWin*® (versão 4.15), e a elaboração de gráficos e sínteses descritivas foi conduzida no Microsoft Excel®.

Foram incluídos todos os casos novos de hanseníase notificados em residentes de Fortaleza entre 2001 e 2024, definidos como indivíduos que nunca haviam recebido tratamento específico para a doença. Também foram considerados os casos de recidiva, caracterizados como novos episódios clínicos decorridos mais de cinco anos após alta por cura. Foram excluídos os registros classificados como “erro diagnóstico”. O cálculo do coeficiente de detecção geral foi realizado por 100 mil habitantes, utilizando-se estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) correspondentes ao período analisado.

Além das taxas gerais, foram avaliados dados sociodemográficos (sexo, faixa etária, escolaridade e raça/cor) com o objetivo de caracterizar o perfil epidemiológico da

população acometida. A seleção dos indicadores segue recomendações do Ministério da Saúde e contempla medidas destinadas a monitorar a magnitude, a tendência temporal, a transmissão ativa e a qualidade da atenção à hanseníase no município.

Quadro 4 - Indicadores epidemiológicos e operacionais de hanseníase no município de Fortaleza, durante o período de 2001 a 2024, analisados no presente estudo

<b>Indicador</b>	<b>Objetivo</b>
<b>Coefficiente de detecção geral de casos novos</b>	Medir a força de morbidade, a magnitude e a tendência da endemia.
<b>Coefficiente de detecção de casos novos em menores de 15 anos</b>	Avaliar a força da transmissão recente da endemia e sua tendência temporal.
<b>Coefficiente de detecção de casos novos em maiores de 60 anos*</b>	Monitorar a carga da doença em idosos e identificar vulnerabilidades específicas.
<b>Proporção de casos novos segundo escolaridade</b>	Identificar a distribuição dos casos por nível de escolaridade.
<b>Proporção de casos novos segundo raça/cor da pele</b>	Identificar a distribuição dos casos segundo raça/cor da pele.
<b>Proporção de casos novos segundo sexo</b>	Avaliar força de morbidade, magnitude e tendência da endemia segundo sexo.
<b>Proporção de casos novos segundo classificação operacional</b>	Identificar casos sob maior risco de complicações e orientar o adequado reabastecimento da poliquimioterapia.
<b>Proporção de casos novos segundo classificação clínica*</b>	Caracterizar o perfil clínico da doença para fins de planejamento de ações.
<b>Proporção anual de cura entre casos novos</b>	Avaliar a qualidade da atenção, o acompanhamento dos casos das coortes e a efetividade do tratamento.

Nota: \*Embora relevantes para compreensão do perfil epidemiológico local, o coeficiente de detecção em maiores de 60 anos e a proporção por classificação clínica não compõem o conjunto oficial de indicadores de hanseníase do Ministério da Saúde.

Quadro 5 – Comparativo dos indicadores operacionais de hanseníase na APS e no CDERM, antes e após a implantação do Apoio Matricial em Fortaleza, Ceará.

<b>Indicador</b>	<b>Objetivo</b>
<b>Proporção de detecção anual de casos novos por unidade notificadora</b>	Avaliar a capacidade diagnóstica da Atenção Primária à Saúde (APS) e monitorar o processo de descentralização do diagnóstico de hanseníase
<b>Proporção de casos novos com grau 2 de incapacidade física no diagnóstico por unidade notificadora</b>	Avaliar a efetividade da detecção precoce na APS em comparação ao serviço de referência, identificando diferenças na oportunidade diagnóstica entre os serviços nos períodos pré e pós-Apoio Matricial.
<b>Proporção de avaliação do Grau de Incapacidade Física (GIF) no diagnóstico por unidade notificadora</b>	Comparar a qualidade da avaliação clínica inicial realizada pela APS e pelo serviço de referência, analisando avanços após a implantação do Apoio Matricial.
<b>Proporção de avaliação do Grau de Incapacidade Física (GIF) na alta por unidade notificadora</b>	Avaliar e comparar a integralidade do acompanhamento clínico na APS e no serviço de referência, verificando a capacidade dos serviços de completar o ciclo de cuidado ao longo do tempo.
<b>Proporção de contatos examinados por unidade notificadora</b>	Comparar a efetividade das ações de vigilância epidemiológica (busca e exame de contatos) entre APS e serviço de referência, identificando o impacto do Apoio Matricial no desempenho de cada serviço.

#### 4.4 Considerações finais

Trata-se de um estudo que integra duas vertentes metodológicas: uma etapa descritiva por análise documental, referente ao processo de implantação do AM em hanseníase no município de Fortaleza e uma etapa analítica descritiva, baseada em dados secundários de domínio público e em formato agregado, não vinculado a pessoas individualmente.

De acordo com as Resoluções CNS nº 510/2016 e nº 466/2012, que regulamentam a ética em pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais e na área da Saúde, respectivamente, estudos que utilizam dados secundários de acesso público, sem possibilidade de identificação direta ou indireta de pessoas, estão isentos de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Considerando que a etapa quantitativa deste estudo foi realizada a partir de dados públicos do SINAN e que a etapa qualitativa, referente à descrição da implantação do Apoio Matricial em hanseníase e da Linha de Cuidado da Pessoa com Hanseníase em Fortaleza, não envolveu coleta de informações individuais identificáveis, não se fazendo necessária a submissão do presente estudo ao CEP.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Apoio matricial em hanseníase em Fortaleza

O processo de implantação e desenvolvimento do Apoio Matricial (AM) em hanseníase no município de Fortaleza ocorreu de maneira gradual, articulada e planejada, alinhando-se às diretrizes da Atenção Primária à Saúde (APS) e à lógica do cuidado compartilhado. Como mencionado anteriormente, sua origem está diretamente vinculada ao Programa PEP++ e ao Projeto “Fortalecimento da temática hanseníase na universidade – Ampliar e fortalecer o diagnóstico e tratamento da hanseníase no estado do Ceará”, os quais ampliaram o escopo das ações previamente iniciadas, conferindo maior consistência e sustentabilidade ao processo.

Ambas as iniciativas apresentaram importantes convergências em seus objetivos, estratégias e produtos, destacando-se o fortalecimento da APS, a qualificação dos serviços de saúde, a promoção da EPS e a IES como eixos fundamentais para a melhoria da atenção às pessoas acometidas pela hanseníase. As ações priorizaram a formação e o apoio clínico-pedagógico de gestores, agentes comunitários de saúde (ACS), enfermeiros e médicos da Estratégia Saúde da Família (ESF), fomentando práticas colaborativas e a corresponsabilização entre os diferentes níveis de atenção.

A estrutura do Apoio Matricial em hanseníase consolidou-se a partir de um tripé organizador, composto pelo Serviço de Apoio Matricial em hanseníase (SAM-hanseníase), pelas ações formativas presenciais e em serviço e pelas teleconsultorias assíncronas, dispositivo este que possibilitou o suporte clínico à distância e a continuidade do diálogo entre as equipes da APS e os consultores especializados. Essa articulação viabilizou um diálogo horizontal entre as equipes matriciadoras e de referência, fortalecendo o cuidado integral e longitudinal das pessoas afetadas e a capacidade da rede em responder de forma resolutiva às demandas do território.

Ao somar as ações dos dois projetos, observou-se que todas as Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de Fortaleza, bem como as seis equipes dos Consultórios na Rua (eCRs), foram contempladas em algum momento pelas atividades de matriciamento. O êxito e a abrangência dessa experiência configuram o Apoio Matricial em hanseníase como um modelo inspirador para outras áreas da saúde, demonstrando o potencial transformador dessa estratégia na consolidação de uma APS mais forte, qualificada e capaz de garantir o

cuidado integral, contínuo e humanizado às pessoas em situação de vulnerabilidade (Figura 16).

Figura 16 – Mandala representando os eixos constitutivos e os efeitos do Apoio Matricial em hanseníase.



Fonte: Elaborada pela autora, 2025.

### ***5.1.1 Programa de quimioprevenção aprimorada para contatos de pessoas com hanseníase (Programa PEP+++)***

Entre 2016 e 2020, foram realizadas 32 oficinas de hanseníase, resultando na formação de 628 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). No âmbito do Programa PEP++, as Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de Fortaleza contempladas com vivências práticas em hanseníase totalizaram 68 unidades, distribuídas por todas seis regionais de saúde do município (Quadro 6).

Durante o PEP++, participaram dos atendimentos aos contatos aproximadamente três internos de Medicina por turno, provenientes da UFC e da Unifor, totalizando cerca de 90 estudantes no período de novembro de 2021 a dezembro de 2023. Nesse momento, ainda não havia pactuação formal com a gestão municipal para liberação sistemática dos profissionais de nível superior para atividades de Educação Permanente em hanseníase, de modo que a participação de médicos e enfermeiros dependia da organização interna de cada unidade, considerando o fluxo assistencial e a disponibilidade de pessoal no dia do treinamento.

Quadro 6 - Número de UAPS contempladas pelas ações formativas do PEP++ por Regional de Saúde.

<b>Regional (CORES)</b>	<b>Nº de UAPS treinadas</b>
CORES I	1
CORES II	5
CORES III	3
CORES IV	16
CORES V	26
CORES VI	17
<b>Total</b>	<b>68</b>

Fonte: Elaborada pela autora, 2025

Para fins de ilustração, apresentam-se a seguir registros fotográficos das ações realizadas no contexto do Programa PEP++:

Figura 17 - Atendimento de contatos realizado em conjunto com internos de Medicina da UFC no âmbito do Programa PEP++



Fonte: Acervo pessoal da autora, 2024.

Figura 18 - Atendimento de contatos realizado em conjunto com internos de Medicina da UFC no âmbito do Programa PEP++



Fonte: Acervo pessoal da autora, 2024.

Conforme evidenciado previamente, o PEP++ constituiu um marco inicial para o surgimento do AM como estratégia de cuidado no enfrentamento da hanseníase, enquanto o projeto “Fortalecimento da temática hanseníase na universidade – Ampliar e Fortalecer o diagnóstico e tratamento da hanseníase no estado Ceará” atuou como catalisador desse processo, como será detalhado a seguir.

### ***5.1.2 Projeto Fortalecimento da temática hanseníase na universidade - Ampliar e Fortalecer o diagnóstico e tratamento da hanseníase no estado do Ceará***

Entre 2024 e 2025, foram desenvolvidos processos formativos que alcançaram 645 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 73 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) (Quadro 7) e mais de 300 profissionais da rede municipal, incluindo médicos, enfermeiros. Além disso, participaram mais de 400 alunos do internato de Medicina e mais de 60 residentes de Medicina de Família e Comunidade. Nesse mesmo período, também foram treinadas as seis novas equipes do Consultório na Rua, uma em cada regional de saúde, ampliando a capilaridade territorial e a integração das ações no município.

Quadro 7 - Número de UAPS contempladas pelas ações formativas do Projeto Fortalecimento da temática por Regional de Saúde

<b>Regional</b>	<b>Nº de UAPS treinadas</b>
I	18
II	14
III	20
IV	4
V	9
VI	8
<b>Total</b>	<b>73</b>

Fonte: Elaborada pela autora, 2025.

A partir dessas iniciativas, consolidou-se um movimento expressivo de articulação entre profissionais e gestores dos serviços de saúde, bem como docentes e estudantes de instituições de ensino superior públicas e privadas. Para viabilizar essas ações, foram mobilizadas UAPS de gestão direta e unidades sob gerência de Organizações Sociais (OS), ampliando a abrangência das estratégias formativas.

Considerando o conjunto das ações de EPS e IES realizadas tanto no âmbito do Programa PEP++ quanto do Projeto Fortalecimento, 134 UAPS e seis equipes de Consultório na Rua foram beneficiadas com processos formativos em hanseníase conduzidos sob a metodologia ombro a ombro. Esse arranjo metodológico representa uma ruptura com o modelo tradicional de capacitações centradas em aulas expositivas, ao incorporar uma abordagem teórico-prática realizada diretamente no território, promovendo aprendizagem situada e conectada às demandas reais dos serviços.

Um aspecto que diferencia esse período da fase inicial do PEP++ diz respeito à organização institucional das formações. No Projeto Fortalecimento, profissionais de saúde da ESF/APS eram previamente informados da data do processo formativo com a médica matriciadora, o que permitia o bloqueio formal das agendas assistenciais. Essa medida representou um avanço significativo para a EPS, pois garantiu a participação efetiva dos profissionais e evitou interrupções no processo de trabalho. Além disso, houve apoio direto da gestão municipal, que atuou como interlocutora junto aos gestores locais, assegurando condições organizacionais para a realização das atividades.

Importa destacar que esses processos formativos não constituíram iniciativas pontuais. Ao contrário, foram estruturados dentro da lógica de continuidade do cuidado e da qualificação permanente das equipes. A formação presencial articulava-se com dispositivos de suporte clínico-assistencial, como a possibilidade de solicitar teleconsultorias assíncronas à médica matriciadora e o encaminhamento de casos para o Serviço de Apoio Matricial em hanseníase (SAM-hanseníase). Dessa forma, os profissionais passaram a dispor de apoio longitudinal, ampliando a capacidade de manejo clínico e de tomada de decisão no cotidiano das UAPS.

Os atendimentos clínicos a contatos com suspeita de hanseníase configuraram-se como espaços formais de Educação em Serviço, funcionando também como campo de estágio para internos de Medicina da UFC e da Unifor. Esse arranjo, ao integrar estudantes e profissionais em atividades assistenciais reais, reforçou a perspectiva da Integração Ensino-Serviço, aproximando formação, trabalho e necessidades do território. Para médicos e enfermeiros da ESF, os atendimentos compartilhados tornaram-se oportunidades de qualificação prática em diagnóstico, manejo clínico e vigilância epidemiológica.

Os resultados positivos dessas ações motivaram a SMS de Fortaleza a institucionalizar parte dos processos formativos, sobretudo aqueles desenvolvidos *in loco*, por meio de atendimentos conjuntos entre a equipe matriciadora e as equipes de referência. Essas atividades passaram a compor a rotina de cuidado, alinhando-se aos princípios da EPS e às diretrizes de qualificação da APS.

Como desdobramento, delineou-se um conjunto robusto de metas e ações estratégicas, incluindo a formação de ACS e profissionais de saúde de nível superior; a realização de seminários e encontros acadêmicos; a articulação de projetos de extensão nas universidades parceiras; a produção de documentos técnicos e científicos, como o Boletim de Saúde de Fortaleza: Hanseníase (2001-2024) e a Linha de Cuidado da Pessoa com Hanseníase em Fortaleza; a implantação do Apoio Matricial em hanseníase na rede municipal; e a incorporação do tema hanseníase no Internato em Saúde Coletiva da UFC e da Unifor.

A seguir, apresentam-se registros fotográficos que ilustram ações realizadas durante o Projeto Fortalecimento da Temática Hanseníase na Universidade - Ampliar e Fortalecer o Diagnóstico e Tratamento da Hanseníase no Estado do Ceará.

Figura 19 - Matriciamento em hanseníase realizado em parceria com a Fundação NHR Brasil, envolvendo profissionais de saúde, residentes de MFC e internos da Unifor e da UFC no Lar Torres de Melo.



Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

Figura 20 - Reunião com a gestão da SMS Fortaleza para definição do plano de ações em hanseníase para 2025.



Fonte: Acervo pessoal da autora, 2024.

Figura 21 - Matriciamento em hanseníase na UAPS Liduina Maria com profissionais de saúde da APS e internos de Medicina.



Fonte: Acervo pessoal da autora, 2024.

Figura 22 - Processo formativo teórico-prático em hanseníase para profissionais da APS (médicos e enfermeiros), desenvolvido no contexto das ações do janeiro Roxo.



Fonte: Acervo pessoal da autora, 2024.

Figura 23 - Capacitação com ACS sobre hanseníase com enfoque em estigma e QSH.



Fonte: Acervo pessoal da autora, 2024.

Figura 24 - I Seminário Integração Ensino-Serviço em Hanseníase.



Fonte: Acervo pessoal da autora, 2024.

### 5.1.3 Serviço de Apoio Matricial em hanseníase na APS

O Serviço de Apoio Matricial (SAM) em hanseníase foi inaugurado em fevereiro de 2024 na UAPS Hélio Goés e funciona às terças-feiras pela manhã. Constitui um espaço de cuidado humanizado e compartilhado, além de servir como campo de estágio para estudantes de Medicina e residentes de Medicina de Família e Comunidade (MFC). O SAM também

funciona como um espaço de continuidade das ações formativas, uma vez que os médicos treinados podem encaminhar pacientes para atendimento no serviço, e o prontuário utilizado é o mesmo adotado nas demais UAPS, facilitando o diálogo horizontal entre a equipe matriciadora e a equipe de referência. Desde sua implantação, atendemos em média cinco pacientes por sessão, totalizando aproximadamente 445 atendimentos até novembro de 2025.

Antes da criação do SAM, os residentes realizavam seu estágio prático específico na unidade de referência estadual, o Centro de Referência em Dermatologia Dona Libânia (CDERM). Com a implantação do serviço na APS, esses profissionais passaram a vivenciar o manejo clínico da hanseníase de forma integrada ao território, alinhada aos atributos da APS, como orientação familiar, abordagem comunitária e competência cultural. Essa experiência também favoreceu a aplicação dos princípios da Medicina de Família e Comunidade, incluindo a prática de uma clínica qualificada, a influência da comunidade na formação profissional, o cuidado voltado para uma população definida e a valorização da relação médico-pessoa como eixo central do atendimento.

A formação combinada em Dermatologia e MFC, associada à atuação na hanseníase, possibilitou o compartilhamento de saberes técnicos especializados e uma compreensão ampliada dos desafios cotidianos da APS. Essa abordagem integrativa estimulou o diálogo entre profissionais e estudantes, contemplando tanto aspectos clínicos específicos quanto os contextos organizacionais e territoriais característicos da APS.

Inicialmente, o serviço ofertava exclusivamente consultas clínicas para pessoas acometidas pela hanseníase e seus contatos. Gradualmente, novos procedimentos foram incorporados, como administração da vacina BCG (imunoprofilaxia para contatos), baciloscopia (raspado dérmico), biópsia de pele, preenchimento da Avaliação Neurológica Simplificada (ANS) e pesquisa de resistência medicamentosa à Rifampicina, Dapsona e Ofloxacino, viabilizada após o credenciamento da UAPS Hélio Goés como Unidade Sentinela, em parceria com a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA).

Apesar dos avanços promovidos pelo SAM na descentralização qualificada do cuidado à hanseníase na APS, ainda persistem desafios estruturais e operacionais, incluindo limitação do espaço físico e a alta rotatividade dos profissionais de saúde.

Figura 25 - Exemplo de procedimento realizado no SAM-hanseníase na APS: raspado dérmico.



Fonte: Arquivo pessoal da autora 2024.

Figura 26 - Exemplo de procedimento realizado no SAM-hanseníase na APS: biópsia de pele.



Fonte: Arquivo pessoal da autora 2024.

#### **5.1.4 Teleconsultoria**

A SMS de Fortaleza implantou, a partir de julho de 2023, um serviço de teleconsultoria assíncrona, popularmente denominado “Segunda Opinião Formativa”. O serviço configura-se como intervenção estratégica de supervisão e suporte clínico, destinada a qualificar atendimentos na atenção primária à saúde (APS) e reduzir a fila de espera por especialistas. Por meio do prontuário eletrônico *FastMedic*®, médicos e cirurgiões-dentistas da Estratégia de Saúde da Família (ESF) podem encaminhar casos e acessar especialistas de forma assíncrona. Até o momento, foram realizadas mais de cinco mil teleconsultorias assíncronas na área de Dermatologia, sendo que uma parcela significativa abordou casos de hanseníase, embora não haja a quantidade exata disponível. O modelo permite a troca de

saberes técnicos e a construção conjunta de planos terapêuticos, promovendo a corresponsabilização clínica diante de casos complexos ou dúvidas diagnósticas.

O formato adotado pela SMS-Fortaleza está alinhado ao conceito de teleconsultoria clínica, previsto no escopo de telessaúde, no qual ocorre o compartilhamento de conhecimento técnico e suporte à decisão clínica. A pandemia por COVID-19 acelerou a expansão da telemedicina no Brasil, a partir da Portaria nº 467/2020, autorizando temporariamente sua prática no SUS. Após o período pandêmico, a regulamentação foi consolidada pela Lei nº 14.510/2022, pela Resolução CFM nº 2.314/2022 e pela Portaria nº 3.691/2024, formalizando a Estratégia Digital do SUS – TeleSaúde.

Nesse contexto, a teleconsultoria assíncrona da SMS-Fortaleza funciona como um mecanismo de EPS e suporte ao apoio matricial, fortalecendo a resolução clínica nas equipes da ESF sem necessidade de deslocamento de pacientes. A quantidade expressiva de teleconsultorias realizadas evidencia o potencial do serviço na qualificação do cuidado primário, especialmente em áreas como Dermatologia e hanseníase, além de promover a formação contínua de profissionais.

Estudos apontam que a telemedicina, durante e após a pandemia, contribuiu significativamente para a ampliação da cobertura, redução de desigualdades regionais e melhoria do acesso ao cuidado especializado, corroborando o impacto observável na prática da APS (Freire *et al.*, 2023). A teleconsultoria assíncrona favorece, ainda, a integração entre equipes matriciadoras e de referência, fortalecendo o diálogo clínico horizontal e a corresponsabilização pelo cuidado, aspectos fundamentais para a consolidação de práticas clínicas complexas, como o manejo da hanseníase, na APS.

### ***5.1.5 Principais produtos técnicos do Apoio Matricial em hanseníase em Fortaleza***

A análise dos produtos desenvolvidos evidenciou avanços importantes na organização do cuidado à hanseníase em Fortaleza. A Linha de Cuidado da Pessoa com Hanseníase em Fortaleza permitiu identificar lacunas e oportunidades de integração entre os diferentes níveis de atenção, destacando fluxos mais claros para diagnóstico, seguimento clínico e articulação com referência especializada. Observou-se que a sistematização desses processos contribui para reduzir fragmentações no atendimento e melhora a coordenação entre equipes da atenção primária e serviços especializados.

O Boletim de Saúde de Fortaleza: Hanseníase (2001-2024) evidenciou tendências e padrões na distribuição da doença, permitindo visualizar áreas com maior carga de casos, identificar indicadores de atenção precária e fornecer subsídios para planejamento e priorização de ações de saúde. A disponibilização regular desses dados fortalece o monitoramento contínuo e a tomada de decisão baseada em evidências.

Para mais detalhes sobre esses produtos técnicos, consultar os Apêndices A e B, onde estão apresentados, respectivamente, a Linha de Cuidado e o Boletim de Saúde de Fortaleza: Hanseníase (2001-2024) na íntegra.

### ***5.1.6 Proposta de roteiro operativo para a implementação do Apoio Matricial em hanseníase***

Para ilustrar o impacto do Apoio Matricial na APS de Fortaleza, o quadro a seguir compara a situação antes e após sua implantação nas unidades de atenção primária (Quadro 8). Com base na experiência desenvolvida no município de Fortaleza e nas diretrizes que orientam o Apoio Matricial e o Método Paideia, foi elaborado um roteiro operativo que sintetiza as etapas essenciais para a implantação do Apoio Matricial em hanseníase (Quadro 9).

Quadro 8 - Comparativo das ações estratégicas antes e após a implantação do Apoio Matricial em hanseníase em Fortaleza, Ceará (continua)

<b>Aspectos avaliados</b>	<b>Antes do Apoio Matricial</b>	<b>Após o Apoio Matricial</b>
Oferta de procedimentos	Raspado dérmico indisponível na rotina da APS	Implantação do raspado dérmico nas UAPS qualificadas, ampliando a resolutividade diagnóstica
Modelo de cuidado compartilhado	Ausência de um serviço estruturado para acompanhamento compartilhado de casos de hanseníase na APS. Modelo antigo de referência-contrarreferência	Criação do SAM-hanseníase, oferecendo cuidado compartilhado, diálogo horizontal, discussão de casos entre equipe referência e equipe

		matriciadora
--	--	--------------

Quadro 9 - Comparativo das ações estratégicas antes e após a implantação do Apoio Matricial em hanseníase em Fortaleza, Ceará (continuação)

<b>Aspectos avaliados</b>	<b>Antes do Apoio Matricial</b>	<b>Após o Apoio Matricial</b>
Teleconsultorias	Não havia canal formalizado de teleconsultoria para dúvidas clínicas de hanseníase	Implantação da teleconsultoria assíncrona com cobertura municipal, ampliando acesso ao suporte clínico especializado, EPS e integração com as equipes de ESF
Educação Permanente em Saúde	Atividades pontuais, não sistematizadas e restritas a poucas equipes	Integração de ações sistemáticas de EPS em todas as UAPS, utilizando metodologias ativas, dispositivos Paideia e o SAM-hanseníase como espaço formativo contínuo
Integração Ensino-Serviço	Participação esporádica de instituições formadoras; atividades não integradas à rede	Fortalecimento da IES, com participação de residentes, estudantes, supervisores e docentes nas ações de formação e cuidado em hanseníase
Estomaterapia	Atendimento limitado e direcionado apenas para pés diabéticos	Oferta do serviço de estomatoterapia para pessoas com feridas secundárias à neuropatia hanseníase

Fonte: Elaborada pela autora, 2025.

Esse roteiro busca traduzir a experiência prática em orientações aplicáveis a diferentes contextos, reconhecendo as singularidades de cada território. A proposta enfatiza a Educação Permanente dos profissionais, a IES e o uso de tecnologias de apoio, como o Telessaúde, de modo a fortalecer o cuidado compartilhado, a clínica ampliada e a

resolutividade da Atenção Primária à Saúde (APS). As etapas apresentadas a seguir constituem um passo a passo flexível, que pode ser adaptado conforme a estrutura, os recursos e as prioridades de cada gestão municipal.

Quadro 10 - Etapas para a implementação do Apoio Matricial em hanseníase (continua)

Etapa	Descrição	Principais atores	Ferramentas / estratégias
1. Diagnóstico situacional	Levantamento da situação da hanseníase no território, identificação de fluxos, unidades sentinelas, recursos humanos disponíveis e demandas formativas.	Coordenação municipal de hanseníase, Vigilância Epidemiológica, profissionais da APS, equipe eMulti, Universidades parceiras (apoio técnico-científico)	Análise de dados do SINAN, reuniões intersetoriais, mapeamento participativo, levantamento de recursos e infraestrutura.
2. Sensibilização e pactuação	Apresentação da proposta de Apoio Matricial para gestão, equipes e atores-chave, com pactuação de papéis, metas e indicadores.	Coordenação municipal de hanseníase, gestão municipal, profissionais da APS, equipe eMulti, Universidades parceiras (suporte conceitual e mediação)	Oficinas de sensibilização, reuniões ampliadas, pactuações formais, definição de indicadores locais.
3. Oficina para formação de matriciadores	Capacitação inicial dos futuros apoiadores matriciais, abordando fundamentos teóricos e práticos do Apoio Matricial e do Método Paideia.	Coordenação municipal, apoiadores matriciais, Universidades parceiras (coordenação pedagógica), instituições colaboradoras	Metodologias participativas, estudos de caso, rodas de diálogo, simulações práticas.

Quadro 11 - Etapas para a implementação do Apoio Matricial em hanseníase (continua)

Etapa	Descrição	Principais atores	Ferramentas / estratégias
4. Definição dos apoiadores matriciais e plano de ação	Seleção dos profissionais que exercerão o apoio matricial, definição das equipes apoiadas, frequência dos encontros e metas de acompanhamento.	Coordenação municipal, apoiadores matriciais, equipe eMulti, Universidades parceiras (assessoria técnico-pedagógica, quando aplicável)	Elaboração de plano de apoio, cronograma conjunto, uso de Telessaúde, definição de indicadores de acompanhamento.
5. Processos formativos contínuos (Educação Permanente e Integração Ensino-Serviço)	Desenvolvimento de ações formativas integradas às práticas, incluindo discussão de casos, construção conjunta de PTS, visitas compartilhadas, supervisões pedagógicas e reflexões sobre o processo de trabalho.	Profissionais da APS, apoiadores matriciais, coordenação municipal, Universidades parceiras (Integração Ensino-Serviço, apoio formativo e articulação pedagógica)	Rodas de apoio, oficinas de campo, PTS, Telessaúde (teleconsultorias síncronas e assíncronas, teleinterconsultas), SAM-hanseníase como espaço de formação e acompanhamento de casos complexos.
6. Implementação e acompanhamento do apoio	Início das atividades matriciais, agendas regulares, discussão de casos complexos e acompanhamento conjunto dos usuários.	Apoiadores matriciais, equipe eMulti, coordenação da APS, Universidades parceiras (quando vinculadas a estágios, extensões ou programas PET-Saúde)	Planos de ação compartilhados, relatórios de encontros, registro em prontuário eletrônico, integração com SAM-hanseníase.

Quadro 12 - Etapas para a implementação do Apoio Matricial em hanseníase (continuação)

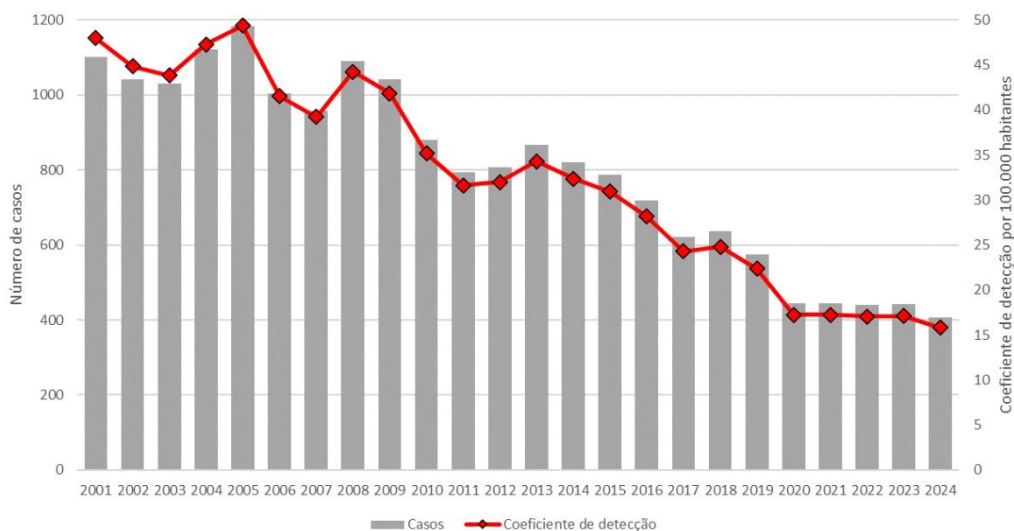
Etapa	Descrição	Principais atores	Ferramentas / estratégias
7. Avaliação e retroalimentação	Monitoramento e avaliação periódica dos resultados, devolutivas às equipes e ajustes no processo de trabalho.	Coordenação municipal de hanseníase, apoiadores matriciais, profissionais da APS, Universidades parceiras (pesquisa, avaliação e análise de indicadores)	Reuniões avaliativas, construção de indicadores locais, relatórios de acompanhamento, análise do impacto das teleconsultorias e do SAM-hanseníase.

Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

## 5.2 Análise epidemiológica espaço-temporal da hanseníase em Fortaleza (2001–2024)

Ao longo da série histórica apresentada na Figura 27 (2001–2024), foram registrados mais de 15 mil casos novos de hanseníase no município de Fortaleza. Durante esse período, observou-se uma redução significativa na taxa de detecção geral, com média de 25,9 casos novos por 100 mil habitantes. Até 2016, o município permanecia classificado no parâmetro “Muito alto” (20,00 a 39,99 casos novos/100 mil hab.), passando, a partir de 2017, a integrar pela primeira vez o parâmetro “Alto” (10,00 a 19,99 casos novos/100 mil hab.), conforme os parâmetros de endemicidade definidos pelo Ministério da Saúde. Ressalta-se que, nos últimos cinco anos analisados (2020–2024), a tendência de queda iniciada em 2005 sofreu interrupção, mantendo-se o nível de detecção relativamente estabilizado, mesmo durante a pandemia de COVID-19, período em que seria esperado um declínio no número de diagnósticos.

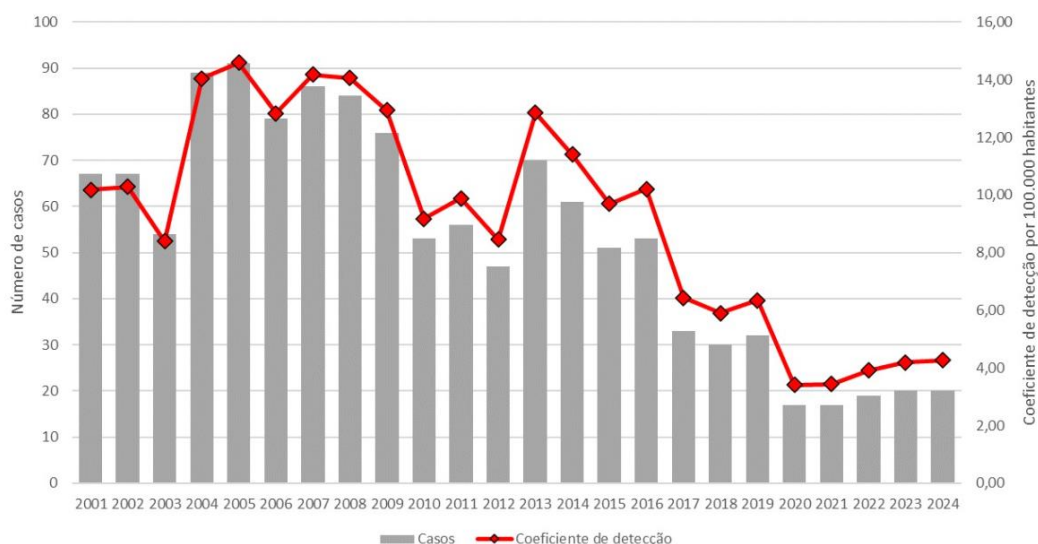
Figura 27 - Coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase na população geral por 100.000 hab. Fortaleza, 2001 a 2024.



Fonte: SMS/COVIS/CEVEPI/SINAN. Dados atualizados em junho de 2025.

A ocorrência de hanseníase em pessoas com menos de 15 anos é considerada um indicativo de transmissão ativa da doença. Por esse motivo, a redução de casos nessa faixa etária constitui uma das prioridades do Plano Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) do MS (Brasil, 2025). Considerando que a hanseníase apresenta um período de incubação prolongado, a manifestação da doença em crianças e adolescentes sugere a presença de elevada carga bacilar circulante na comunidade (Schneider; Freitas, 2018). Em Fortaleza, o coeficiente de detecção de hanseníase em menores de 15 anos seguiu a tendência de redução ao longo dos anos assim como na população em geral. Entretanto, no ano de 2020, houve maior redução na taxa de detecção quando comparado a anos anteriores e em relação à população em geral. Isso pode ter ocorrido devido ao contexto da pandemia por COVID-19. Observa-se um aumento gradual da detecção nos anos seguintes com tendência a estabilização do indicando falhas na interrupção da transmissão (Figura 28).

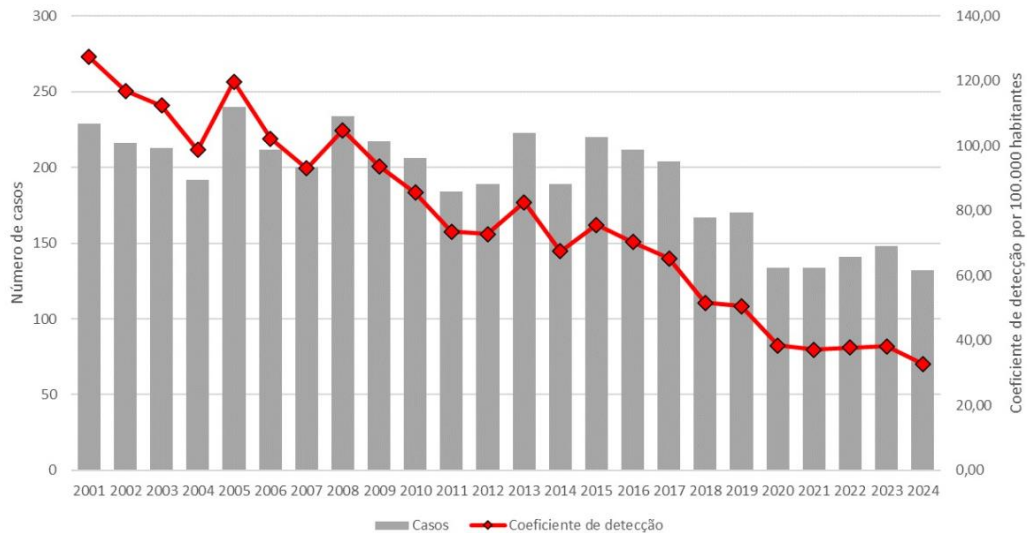
Figura 28 - Coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos por 100.000 hab. Fortaleza, 2001 a 2024



Fonte: SMS/COVIS/CEVEPI/SINAN. Dados atualizados em junho de 2025.

Adicionalmente, a hanseníase na terceira idade representa um desafio por estar associada à multimorbidades, polifarmácia, maior risco de incapacidade física, baixa qualidade de vida, restrição à participação social, estigma e limitações no acesso a serviços do SUS. Durante o período do estudo, foram notificados 4.606 casos novos em pessoas idosas, correspondendo a 23,9% do total de casos novos diagnosticados. O coeficiente médio de detecção nessa população foi de 79,7 casos novos/100.000 habitantes (Figura 29), quase o dobro do parâmetro verificado nacionalmente para o mesmo período, na mesma população (aproximadamente, 40,0 casos novos/100.000 habitantes). A elevada ocorrência de hanseníase nessa população tem sido amplamente discutida na comunidade científica, podendo estar relacionada tanto ao processo de envelhecimento populacional, decorrente da inversão da pirâmide etária, quanto à persistência da transmissão ativa em períodos anteriores. Além disso, pode refletir atrasos no diagnóstico na atualidade, expressando, em última instância, a soma de diferentes vulnerabilidades acumuladas ao longo da vida. Essa última explicação corrobora com o achado de proporção de casos com Avaliação do Grau de Incapacidade Física igual a 2 no momento do diagnóstico nessa população de 10,3%, valor superior ao da população em geral, de 7,0%.

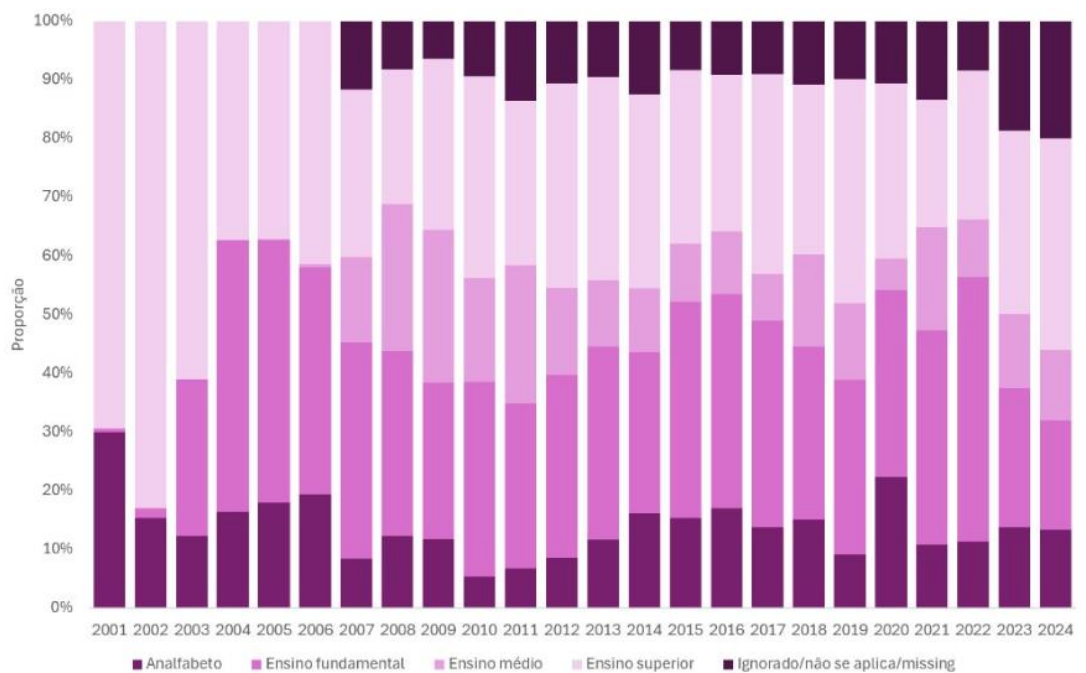
Figura 29 - Coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase em maiores de 60 anos por 100.000 hab. Fortaleza, 2001 a 2024.



Fonte: SMS/COVIS/CEVEPI/SINAN. Dados atualizados em junho de 2025.

Digno de destaque para a vigilância epidemiológica é o elevado percentual de notificações com o campo “escolaridade” em branco ou ignorado, que corresponde a 46,0% (n=7.004) dos casos novos acumulados (Figura 30). Esse achado evidencia fragilidade na qualificação dos registros, possivelmente relacionada à desatenção no momento do preenchimento das fichas ou à sobrecarga de tarefas enfrentada por profissionais de saúde durante o diagnóstico. Ressalta-se, ainda, a relevância desse indicador para o planejamento e a execução das ações de vigilância em saúde no município. Entretanto, observa-se um avanço recente: a partir do presente ano, 2025, foi inserido o preenchimento das Fichas de Notificação por intermédio do prontuário eletrônico *FastMedic*®, que passa a permitir a coleta eletrônica dos dados, substituindo o processo manual. Essa mudança tende a contribuir para a melhoria da completude e da qualidade das informações registradas nas fichas de notificação compulsória.

Figura 30 - Proporção acumulada de casos novos de hanseníase por escolaridade e ano de diagnóstico. Fortaleza, 2001 a 2024.

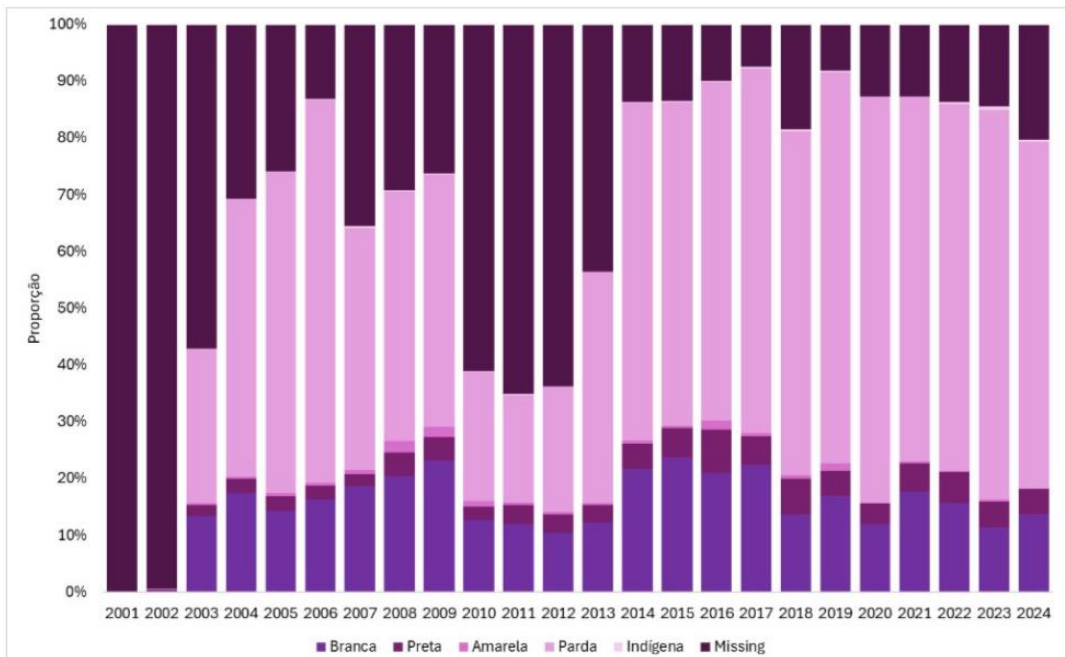


Fonte: SMS/COVIS/CEVEPI/SINAN. Dados atualizados em junho de 2025.

Também foi observada fragilidade no preenchimento do campo “raça/cor” da Ficha de Notificação e Investigação, com 37,1% dos registros classificados como branco ou ignorados (Figura 31). Essa lacuna compromete a precisão das análises epidemiológicas e restringe a elaboração de estratégias mais equitativas para o enfrentamento da hanseníase. Na análise da série temporal, observa-se predominância de casos entre pessoas que se autodeclararam pardas, seguidas das de raça/cor branca. O reconhecimento desse perfil sociodemográfico é fundamental para subsidiar estratégias específicas de enfrentamento, considerando as intersecções entre a condição de saúde, o estigma e as formas de preconceito vivenciadas por determinados grupos.

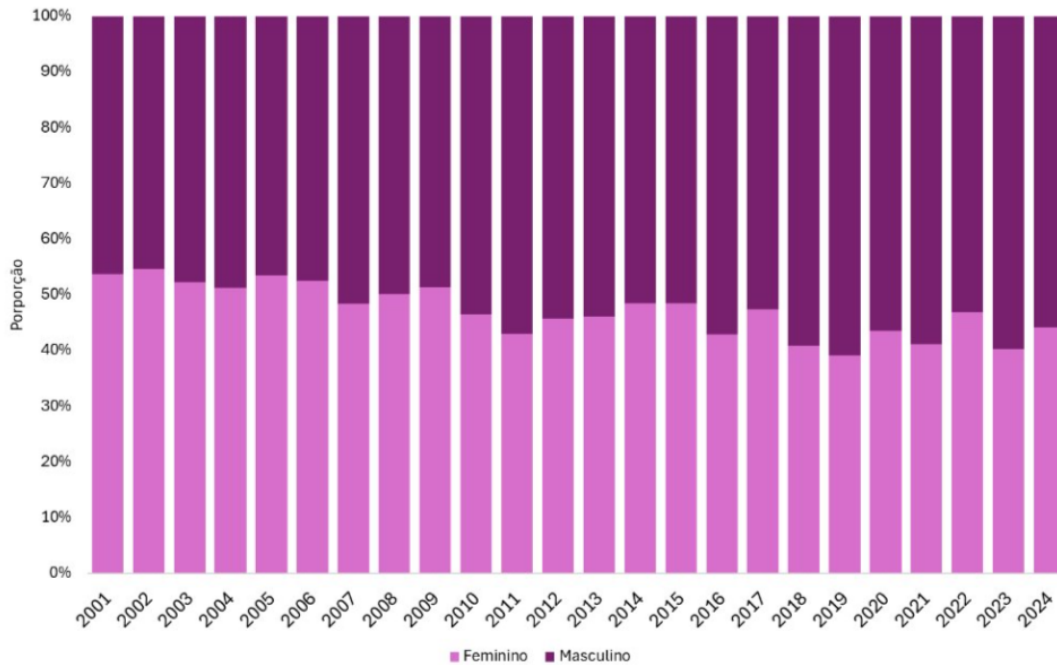
No período analisado, dos 15.228 casos novos de hanseníase diagnosticados em Fortaleza, a maioria ocorreu em homens ( $n=7.859$ ; 51,6%), com maior concentração nas faixas etárias de 20 a 64 anos e acima de 65 anos, conforme a frequência acumulada (Figura 32).

Figura 31 - Frequência acumulada de casos novos segundo raça/cor. Fortaleza, 2001 a 2024



Fonte: SMS/COVIS/CEVEPI/SINAN. Dados atualizados em junho de 2025.

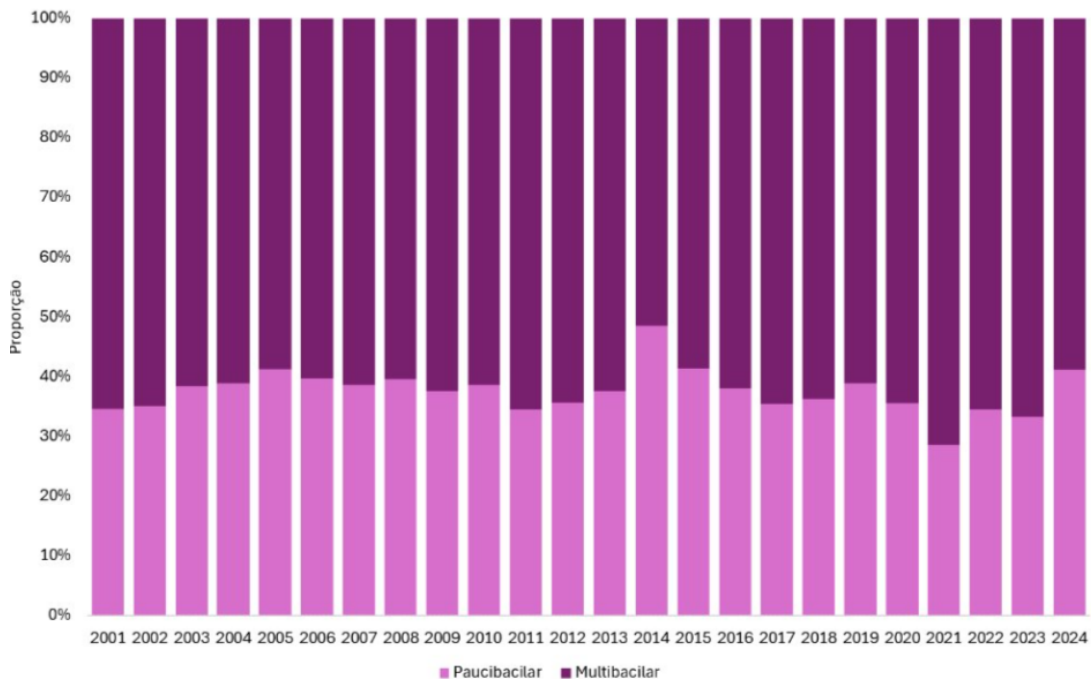
Figura 32 - Frequência acumulada de casos novos, segundo sexo. Fortaleza, 2001 a 2024.



Fonte: SMS/COVIS/CEVEPI/SINAN. Dados atualizados em junho de 2025.

A classificação operacional dos casos novos no município de Fortaleza, durante a série temporal, demonstra consonância com os padrões epidemiológicos nacionais, onde se observou crescimento de 25% na proporção de casos novos MB entre 2014 e 2023, pois, nesse período, os casos MB passaram de 65,9% dos diagnósticos em 2014 para 82,4% em 2023. O município de Fortaleza segue essa tendência, apresentando predominância dessa classificação operacional. Conforme demonstrado na Figura 33, em todos os anos analisados a proporção de casos MB superou a de PB, evidenciando padrão consistente ao longo do período estudado.

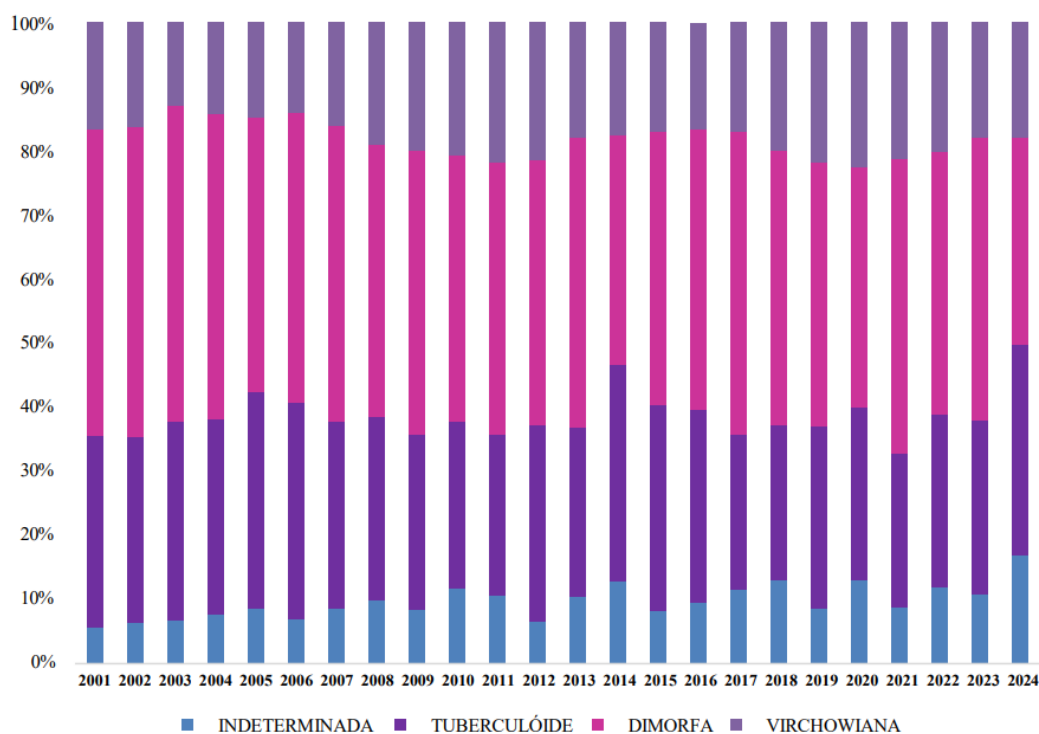
Figura 33 - Proporção de casos de hanseníase segundo classificação operacional entre os casos novos diagnosticados no ano. Fortaleza, 2001 a 2024.



Fonte: SMS/COVIS/CEVEPI/SINAN. Dados atualizados em junho de 2025.

Do ponto de vista da classificação clínica, observou-se maior proporção de casos de hanseníase dimorfa ao longo da coorte. Esse achado coincide com os dados nacionais apresentados no Boletim de Saúde de Fortaleza: Hanseníase (2001-2024), que também apontam maior percentual da forma clínica *borderline* ou dimorfa (Figura 34).

Figura 34 - Proporção de casos de hanseníase segundo classificação clínica entre os casos novos diagnosticados no ano. Fortaleza, 2001 a 2024.



Fonte: SMS/COVIS/CEVEPI/SINAN \*Dados atualizados abril/2025

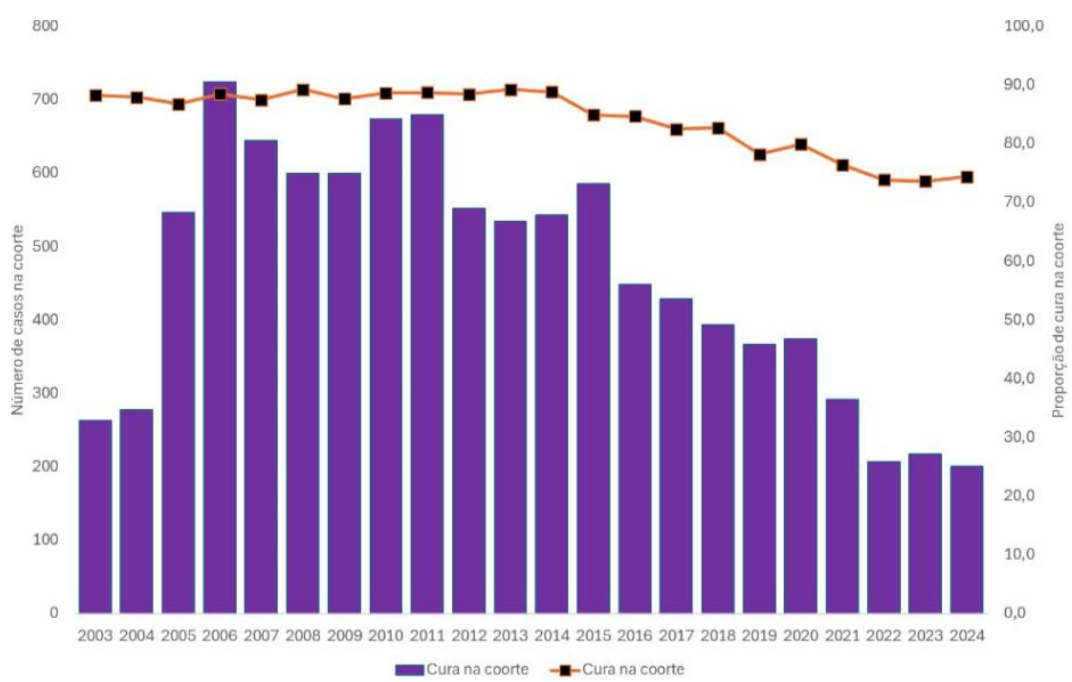
O indicador de alta por cura é fundamental na vigilância epidemiológica da hanseníase, pois reflete não apenas a efetividade do tratamento, mas também a capacidade do Sistema Único de Saúde (SUS) de acompanhar os casos diagnosticados até a conclusão do esquema terapêutico. Uma proporção elevada sugere adesão satisfatória ao tratamento, monitoramento regular e menor risco de transmissão residual. Por outro lado, a queda observada em Fortaleza ao longo do tempo — de 88,3% em 2003 para 74,4% em 2023 — pode indicar dificuldades no seguimento clínico, descontinuidade do cuidado ou desafios na gestão do tratamento, impactando diretamente o controle da doença e o planejamento das ações de saúde pública (Figura 35).

Entretanto, é necessário problematizar o conceito de “alta por cura”, que, embora adotado oficialmente, nem sempre corresponde à realidade clínica e funcional das pessoas acometidas. A conclusão do esquema de poliquimioterapia (PQT) marca o encerramento do tratamento medicamentoso, mas não necessariamente o fim das necessidades de cuidado. Muitos pacientes finalizam o tratamento apresentando incapacidades físicas, neuropatias e

limitações que demandam acompanhamento contínuo por equipe multiprofissional. O uso do termo “cura”, portanto, pode ser considerado impreciso e até contraproducente, pois induz parte dos profissionais a compreender que o cuidado pode ser encerrado após a alta, o que contribui para a fragmentação e a descontinuidade da atenção.

Sob a perspectiva da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, a alta por cura deveria ser entendida como uma transição de fase, e não como o término do acompanhamento, exigindo o fortalecimento das práticas de reabilitação, autocuidado e reinserção social. Repensar a terminologia e os fluxos assistenciais é, portanto, um passo essencial para assegurar que o fim do tratamento medicamentoso não signifique o abandono da pessoa com hanseníase, mas a continuidade de um cuidado humanizado e integral.

Figura 35 - Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos nos anos das coortes. Fortaleza, 2001 a 2024.



Fonte: SMS/COVIS/CEVEPI/SINAN. Dados atualizados em junho de 2025.

### 5.3 Análise dos indicadores operacionais por unidade notificadora: ênfase na comparação antes e após a implantação do Apoio Matricial em hanseníase

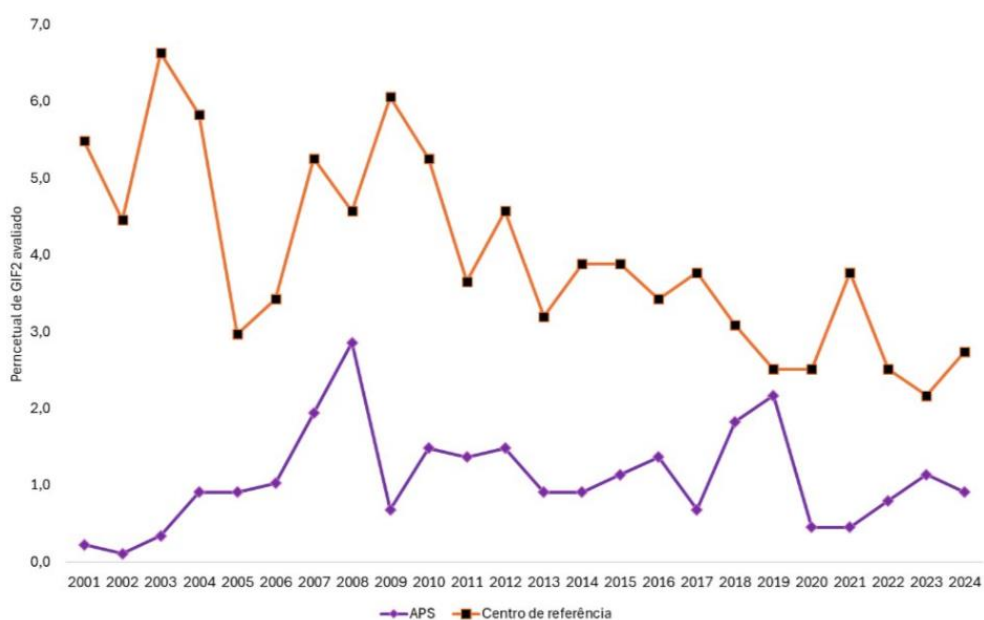
Historicamente, observa-se que os centros de referência concentram maior número de diagnósticos de pessoas com GIF-2 em comparação às UAPS (Figura 36). Essa concentração ocorre, em parte, porque muitas pessoas acometidas pela hanseníase buscam

atendimento apenas quando já apresentam manifestações clínicas avançadas, resultado de fatores como o estigma social, a desinformação e as barreiras de acesso aos serviços de saúde.

No entanto, essa não é a única explicação possível. Diversos casos demonstram que o diagnóstico tardio também decorre de fragilidades no reconhecimento clínico da doença por parte dos profissionais de saúde, o que leva muitos pacientes a percorrerem vários serviços e especialidades, durante meses ou até anos, antes de receberem o diagnóstico correto.

Essa realidade aponta para lacunas na formação e na EPS das equipes, com impacto direto na capacidade da rede em identificar precocemente a doença e prevenir incapacidades físicas. Assim, reforça-se a necessidade de fortalecer o papel da APS no cuidado à hanseníase, por meio da descentralização das ações, da ampliação do matriciamento e da qualificação clínica dos profissionais. O diagnóstico precoce, o manejo oportuno e o acompanhamento longitudinal no território são fundamentais para a redução das incapacidades irreversíveis e para a consolidação de uma rede de atenção mais resolutiva e integrada à vigilância.

Figura 36 - Casos novos com GIF 2 ao diagnóstico na APS e nas referências.

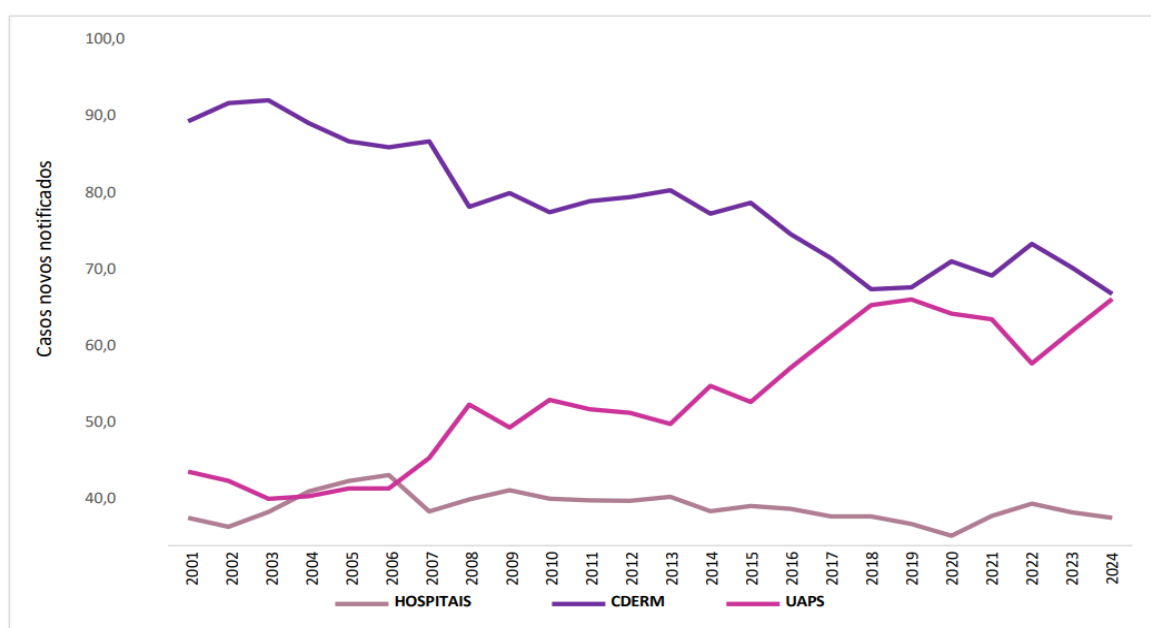


Fonte: SMS/COVIS/CEVEPI/SINAN. Dados atualizados em junho de 2025.

Como estratégia de monitoramento da descentralização do cuidado para APS pode-se utilizar a identificação das unidades responsáveis pelo diagnóstico da doença. Entre

2001 e 2023, observa-se uma mudança progressiva no perfil dessas unidades, com destaque para o crescimento da participação das UAPS, que aumentaram o percentual de diagnósticos de 13,9% para 43,1%. Em contrapartida, houve uma redução na participação do CDERM, que passou de 84,3% para 50,3%, além de uma contribuição ainda menos expressiva dos hospitais ao longo do período (Figura 37).

Figura 37 - Proporção de casos novos, segundo Unidade Notificadora. Fortaleza 2001 a 2024.



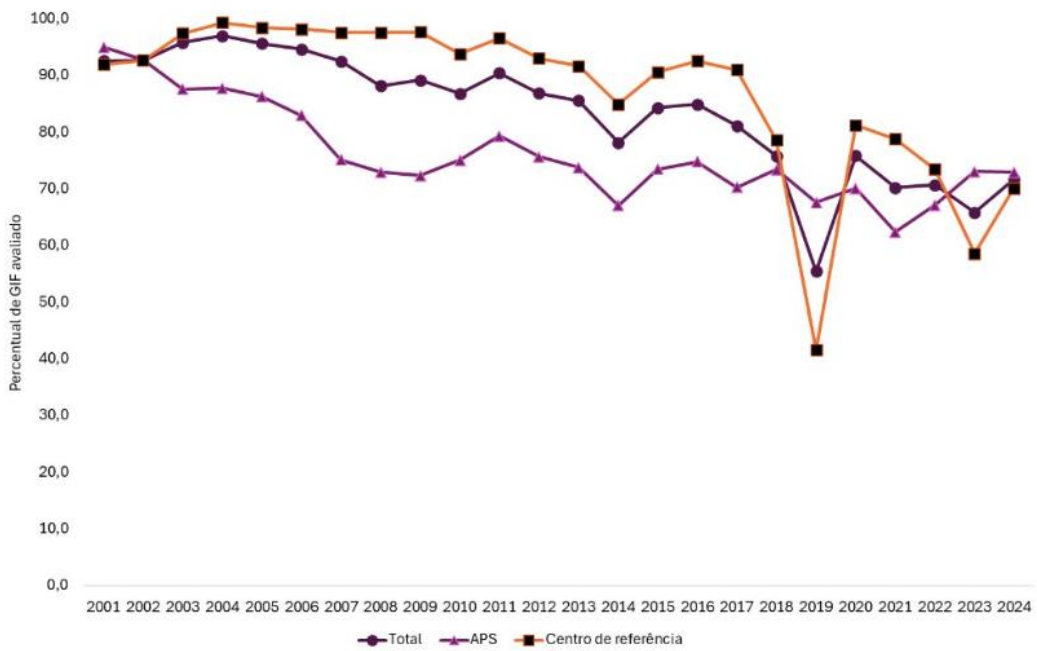
Fonte: SMS/COVIS/CEVEPI/SINAN. Dados atualizados em junho de 2025.

A proporção de casos novos de hanseníase com avaliação do GIF no momento do diagnóstico e da cura constitui um importante indicador da qualidade da atenção prestada pelos serviços de saúde. Esses parâmetros são considerados bons quando o percentual de avaliação é igual ou superior a 90%, regulares quando situados entre 75% e 89,9%, e precários quando inferiores a 75%.

Conforme ilustrado nas Figuras 38 e 39, tanto a Atenção Primária à Saúde (APS) quanto o serviço de referência estadual apresentam, nos últimos anos, valores classificados como precários na avaliação do GIF ao diagnóstico e na cura. Observa-se um impacto expressivo da pandemia de COVID-19, com redução acentuada desses indicadores, seguida de retomada gradual das avaliações nos anos subsequentes. Essa dinâmica evidencia a necessidade de qualificação das práticas clínicas e do registro de informações em ambos os

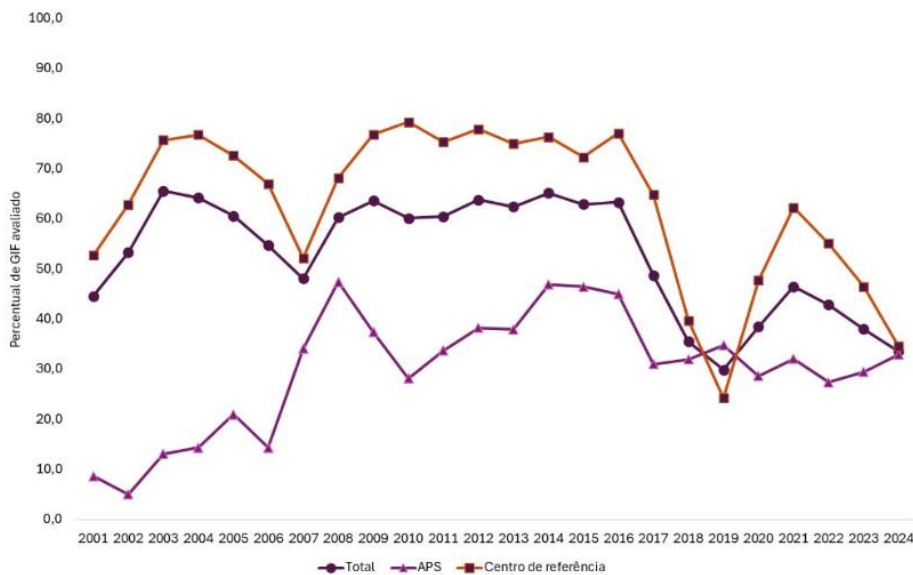
níveis de atenção. Ainda assim, nota-se uma tendência de melhora recente, com trajetória ascendente dos indicadores. É relevante destacar, por fim, que os valores da APS, historicamente inferiores aos do serviço de referência, atingiram equivalência, no último ano analisado.

Figura 38 - Avaliação do GIF ao diagnóstico por unidade notificadora



Fonte: SMS/COVIS/CEVEPI/SINAN. Dados atualizados em junho de 2025.

Figura 39 - Avaliação do GIF no momento da alta por unidade notificadora



Fonte: SMS/COVIS/CEVEPI/SINAN. Dados atualizados em junho de 2025.

Um dos principais pilares no enfrentamento da hanseníase é a vigilância de contatos, uma vez que esses indivíduos apresentam maior risco de adoecimento. A proporção de contatos examinados constitui um indicador importante da capacidade dos serviços de saúde em realizar a vigilância dos casos novos, favorecendo a detecção precoce da doença. Esse parâmetro é classificado como bom quando o percentual de avaliação é igual ou superior a 90%, regular quando se situa entre 75% e 89,9%, e precário quando inferior a 75%.

Cabe destacar, contudo, uma limitação intrínseca ao indicador “proporção de contatos examinados”, que reduz sua sensibilidade para captar a efetividade real das ações de vigilância. A métrica considera apenas se o contato foi examinado ao menos uma vez, sem contemplar o seguimento longitudinal necessário, dado o risco de adoecimento tardio, mesmo após a primeira avaliação. Além disso, apenas os contatos de casos novos são contabilizados, desconsiderando-se aqueles vinculados a pacientes considerados curados, grupo que, sob o ponto de vista epidemiológico, permanece relevante para o monitoramento da transmissão. Tais limitações revelam uma incongruência entre o indicador oficial e a lógica clínica e epidemiológica do cuidado continuado, demandando revisão conceitual e metodológica para que a vigilância de contatos reflita, de fato, a dinâmica da endemia.

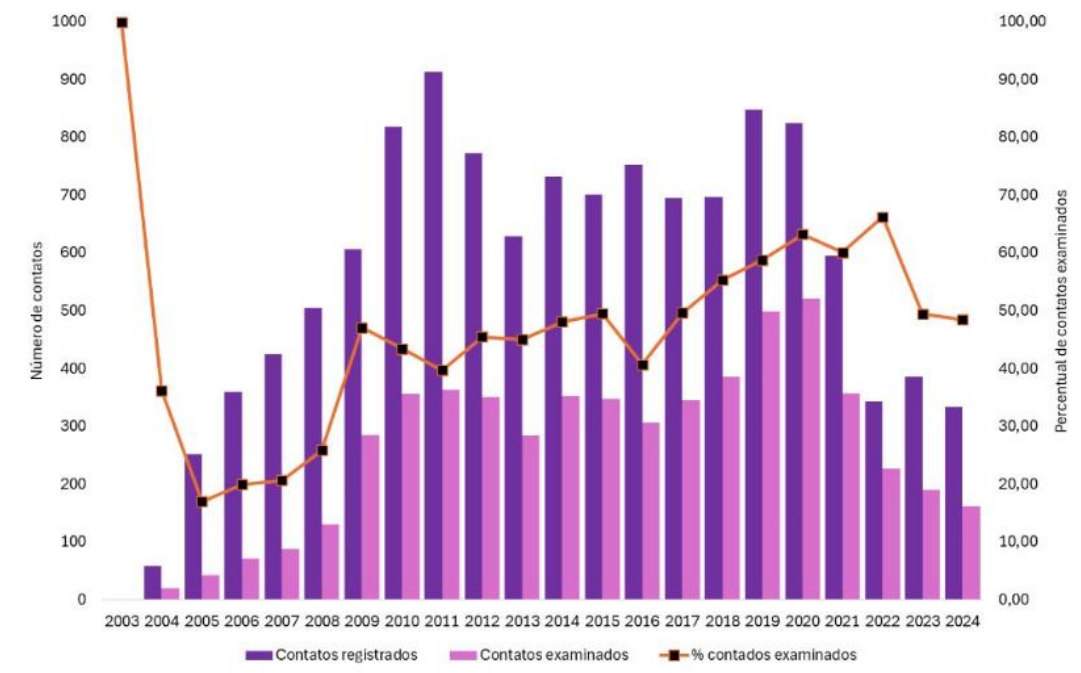
Observa-se uma melhoria dos indicadores de vigilância de contatos nos anos de 2021 e 2022, período que coincide com a fase de intervenção do Programa PEP++, o qual desenvolveu ações significativas voltadas à qualificação dessa prática nos serviços de saúde, refletindo positivamente na ampliação da detecção e no acompanhamento de contatos.

Considerando a capilaridade, a territorialização e a acessibilidade da Atenção Primária à Saúde (APS), espera-se que a vigilância de contatos seja mais efetiva nesse nível de atenção. No entanto, conforme demonstram as Figuras 40 e 41, tanto a APS quanto o serviço de referência estadual apresentam valores enquadrados na categoria precária, indicando que ainda há importantes desafios a serem superados nesse campo. Observa-se, contudo, um discreto desempenho superior da APS em relação à referência, sugerindo avanços graduais na vigilância realizada no território.

Essa constatação reforça a importância de priorizar a vigilância de contatos nas próximas etapas do Apoio Matricial em hanseníase, cujas ações previstas para o próximo ano

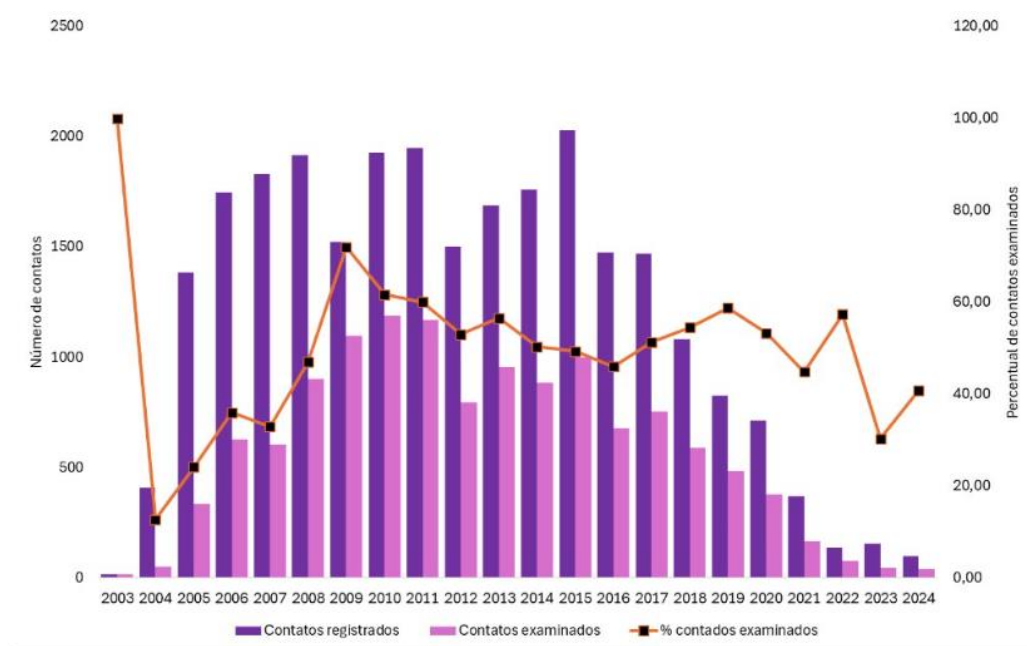
estarão voltadas ao fortalecimento desse indicador nos territórios, buscando consolidar os avanços observados e superar as lacunas ainda existentes.

Figura 40 - Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados na APS



Fonte: SMS/COVIS/CEVEPI/SINAN. Dados atualizados em junho de 2025.

Figura 41 - Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados na referência estadual.



Fonte: SMS/COVIS/CEVEPI/SINAN. Dados atualizados em junho de 2025.

#### 5.4 Estratégias de comunicação e produtos resultantes da dissertação

Como estratégias de comunicação dos resultados e de ampliação do alcance social e científico do estudo, a presente dissertação de mestrado resultou na elaboração de diferentes produtos técnicos, científicos e de divulgação do conhecimento, voltados ao fortalecimento das ações de cuidado, vigilância e EPS em hanseníase no município de Fortaleza e no estado do Ceará.

Os principais produtos gerados foram:

1. Documento “Linha de Cuidado da Pessoa com Hanseníase em Fortaleza”, elaborado em parceria com a SMS de Fortaleza, com o objetivo de orientar a rede de atenção quanto aos fluxos assistenciais, responsabilidades e diretrizes clínicas. O arquivo completo encontra-se disponível no Apêndice A.
2. “Boletim de Saúde de Fortaleza: Hanseníase (2001-2024)”, que apresenta uma análise atualizada dos indicadores epidemiológicos, operacionais e programáticos da doença, com vistas ao aprimoramento das ações de vigilância e planejamento. O documento encontra-se integralmente disponível no Apêndice B.
3. Capítulo “Cuidado às pessoas com hanseníase na Atenção Primária à Saúde”, publicado em 28 de outubro de 2025 no volume 3, ciclo 20, do livro Programa de

Atualização em Medicina de Família e Comunidade (PROMEF), da Editora Artmed/Secad. O capítulo integra material de formação continuada de alcance nacional voltado a médicos de família e comunidade.

4. Capítulos de livro no prelo: “Apoio Matricial em Hanseníase” e “Importância da APS no cuidado à hanseníase”, ambos integrantes do livro Integração Ensino, Pesquisa e Extensão em Hanseníase: perspectivas e desafios para o cuidado, prevenção, vigilância e controle no SUS, resultante do Projeto Fortalecimento da Temática Hanseníase na Universidade — Ampliar e Fortalecer o Diagnóstico e Tratamento da Hanseníase no Estado do Ceará.
5. Artigo científico 1 (em construção): “Apoio Matricial em hanseníase em município endêmico: estratégia inovadora para a descentralização qualificada e resolutiva do cuidado”, que tem como objetivo analisar o processo de implantação e os efeitos do apoio matricial sobre a rede de atenção municipal.
6. Artigo científico 2 (em construção): “Análise epidemiológica espaço-temporal da hanseníase no município de Fortaleza de 2001 a 2024”, voltado à compreensão da distribuição territorial e temporal dos casos e à identificação de áreas prioritárias para intervenção.
7. Artigo científico 3 (em construção): “Hanseníase na população geriátrica em Fortaleza: análise de série temporal de 2001 a 2024”, com enfoque nas especificidades do envelhecimento e na vulnerabilidade dessa população ao adoecimento e às incapacidades decorrentes da doença.

Esses produtos, em suas diferentes naturezas, técnica, científica e educacional, configuram desdobramentos concretos da pesquisa, reafirmando o compromisso da dissertação com a produção de conhecimentos aplicáveis e com a disseminação de boas práticas em hanseníase no âmbito do SUS.

## 6 CONCLUSÕES

Os resultados demonstraram que a implantação do AM em hanseníase na APS de Fortaleza contribuiu para a construção coletiva de fluxos assistenciais, o fortalecimento da Educação Permanente em Saúde (EPS) dos profissionais e da Integração Ensino-Serviço (IES), além de ampliar a articulação entre especialista e generalistas. Ressalta-se, ainda, o diferencial de a médica matriciadora estar inserida diretamente na APS, o que favoreceu a continuidade da troca de saberes, bem como o monitoramento e o assessoramento sistemático e próximo às equipes.

A elaboração do Boletim de Saúde de Fortaleza: Hanseníase (2001-2024) e a construção da Linha de Cuidado da Pessoa com Hanseníase em Fortaleza são produtos concretos dessa iniciativa, reafirmando o potencial do AM para qualificar a atenção e aproximar a rede de saúde das necessidades da população.

A análise dos resultados iniciais permitiu compreender que o AM se apresenta como estratégia viável para descentralizar o cuidado, apoiar as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e ampliar a capacidade de diagnóstico precoce, vigilância ativa e acompanhamento dos casos.

Por outro lado, apesar dos avanços incipientes, há desafios para consolidar a estratégia, como necessidade de formação de novos profissionais matriciadores, padronização de protocolos, continuidade das ações e a superação do estigma ainda presente em torno da doença. Soma-se a isso o desafio de avançar e qualificar os indicadores operacionais, cuja

melhoria depende diretamente do engajamento das equipes e da efetiva integração das práticas no cotidiano dos serviços. Além disso, destaca-se a necessidade de maior comprometimento da gestão municipal com a Educação Permanente em Saúde, assegurando sempre o bloqueio adequado das agendas para que os profissionais possam participar efetivamente dos processos formativos, condição fundamental para o fortalecimento da estratégia no âmbito da APS.

Destaca-se, ainda, entre esses desafios, a importância de avançar da atuação de uma médica matriciadora isolada para a constituição de uma equipe matriciadora multiprofissional, incorporando outros saberes e práticas, como, por exemplo, os da Enfermagem, Fisioterapia e Psicologia, o que ampliaria a capacidade de resposta e a integralidade do cuidado ofertado.

Conclui-se, portanto, que o AM em hanseníase constitui uma contribuição relevante para o fortalecimento da APS em Fortaleza e pode servir de referência para outras realidades, reforçando o papel da APS como eixo central na organização do cuidado e no enfrentamento de doenças negligenciadas.

## REFERÊNCIAS

- ALENCAR, C. H. M. D. *et al.* Hanseníase no município de Fortaleza, CE, Brasil: aspectos epidemiológicos e operacionais em menores de 15 anos (1995-2006). **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 6, p. 694–700, 2008.
- AZULAY, R. D.; AZULAY, D. R.; AZULAY-ABULAFIA, L. **Dermatologia**. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2022. ISBN 97885277377917.
- BAPTISTA, J. A. *et al.* Projeto terapêutico singular na saúde mental: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, p. e20180508, 2020.
- BECHLER, R. G. **Hanseníase e poder do Estado**: isolamento compulsório como política pública na virada do século XIX. Fortaleza: Fundação NHR Brasil, 2024.
- BELDA JUNIOR, W.; CHIACCHIO, N. D.; CRIADO, P. R. **Tratado de dermatologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2014.
- BÍBLIA. **Bíblia Sagrada**. Tradução de João Ferreira de Almeida. Edição Revista e Atualizada. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 1993.
- BOTTÉRO, J. **Mesopotâmia**: a invenção da cidade. São Paulo: EDUSP, 2001.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 17ª Conferência Nacional de Saúde**: Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia — amanhã vai ser outro dia. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. 472 p. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br>. Acesso em: 27 out. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Telessaúde Brasil Redes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 28 out. 2011. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546\\_27\\_10\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html). Acesso em: 28 ago. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico de hanseníase: número especial – jan. 2025**. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2025/boletim-epidemiologico-de-hanseniase-numero-especial-jan-2025.pdf>. Acesso em: 14 set. 2025.
- BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.124, de 28 de maio de 2015. Dispõe sobre a organização e implementação da Educação Permanente em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 mai. 2015.
- BRASIL. Portaria nº 1.996, de 17 de agosto de 2007. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o Apoio Matricial em Saúde Mental na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Organizado por Dulce Helena Chiaverini *et al.* Brasília: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_mental\\_atencao\\_basica\\_vinculo.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_atencao_basica_vinculo.pdf).

Acesso em: 28 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**, Número Especial, jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Hanseníase 2023**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Roteiro para uso do Sinan Net Hanseníase e manual para tabulação dos indicadores de hanseníase** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/hanseniaze/roteiro-para-uso-do-sinan-net-hanseniaze-e-manual--para-tabulacao-dos-indicadores-de-hanseniaze/view>. Acesso em: 18 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.436/GM/MS, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). **Diário Oficial da União**, seção 1, 21 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização. **Instrução Normativa do Calendário Nacional de Vacinação 2025**. Brasília, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude\\_fortalecimento.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf). Acesso em: 22 jun. 2025.

BRASIL. Lei n.º 14.510, de 24 de novembro de 2022. Dispõe sobre a continuidade da prestação de serviços de telemedicina no Brasil. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 467, de 20 de março de 2020. Dispõe sobre a utilização excepcional da telemedicina como ferramenta para ações de enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente da COVID-19. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 3.691, de 2024**. Institui a Estratégia Digital do SUS – TeleSaúde. Brasília, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 2.546, de 27 de outubro de 2011. Institui o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 28 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 13 fev. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos da Saúde**. Brasília: MS/MEC, 2023.

CABRAL, A. A. S. *et al.* Integração da Atenção Primária à Saúde no manejo multidisciplinar da hanseníase: um caminho para o cuidado holístico. **Revista CPAQV**, [S.l.], v. 16, n. 1, p. 3, 2024.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: o Método da Roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paideia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.l.], v. 16, n. 2, p. 399-407, 2007.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**,

[S.l.], v. 12, n. 1, p. 219–227, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000100022>. Acesso em: 30 maio 2025.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.l.], v. 23, p. 399-407, 2007.

CAMPOS, G. W. S. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.l.], v. 18, supl. 1, p. 983-995, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2014.v18suppl1/983-995/>. Acesso em: 6 set. 2025.

CAMPOS, G. W. S. *et al.* Entrevista com o Professor Gastão Wagner de Sousa Campos. **Saúde em Debate**, [S.l.] v. 39, p. 338-339, 2015.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Boletim Epidemiológico**: Hanseníase – nº 01, 21 jan. 2025. Fortaleza: SESA, 2025. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/Boletim-Hans-2025.pdf>. Acesso em: 29 maio 2025.

CHAZAN, L. F. *et al.* O apoio matricial na Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro: uma percepção dos matriciadores com foco na Saúde Mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 29, n. 2, e290212, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/YzWgq8rR3KX5cm8MRhGCZ3y>. Acesso em: 28 maio 2025.

CONITEC. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Exclusão da rifampicina para quimioprofilaxia de contatos de pacientes com hanseníase**. Brasília, DF: CONITEC, 2020. Disponível em: [https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2020/relatorio\\_rifampicina\\_quimioprofilaxia\\_hansenase\\_525\\_2020\\_final.pdf/view](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2020/relatorio_rifampicina_quimioprofilaxia_hansenase_525_2020_final.pdf/view). Acesso em: 22 jul. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução nº 2.314, de 20 de abril de 2022. Define e regulamenta a prestação de serviços através da Telemedicina. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 227, 5 maio 2022.

CUNHA, A. T. R.; CARAMORI, U. **EPAs Nacionais em Medicina de Família e Comunidade**: Marco Zero. 1. ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2025. ISBN 978-65-01-39144-1. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2025/06/EPAs-Nacionais-em-Medicina-de-Familia-e-Comunidade-Marco-Zero-SBMFC-2025.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2025.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. **Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde**. Saúde e Sociedade, v. 20, n. 4, p. 961–970, 2011.

CURL, L. M. **Excluir, isolar e conviver**: um estudo sobre a lepra e a hanseníase no Brasil. 2010. 394 f. Tese (Doutorado em História) – Programa de Pós-Graduação em História (PPGHIS), Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FAFICH), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

DA PAZ, W. S. *et al.* Impact of the COVID-19 pandemic on the diagnosis of leprosy in Brazil: An ecological and population-based study. *The Lancet Regional Health – Americas*, [S.l.], v. 9, 2022.

DE OLIVEIRA, A. B. *et al.* Contribuições do Apoio Matricial em Saúde Mental na Atenção Primária: revisão integrativa da literatura. **ID on line – Revista de Psicologia**, [S.l.], v. 12, n. 41, p. 1033-1047, 2018.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2001, p. 113-126.

DHARMAWAN, Y. *et al.* Measuring leprosy case detection delay and associated factors in Indonesia: a community-based study. **BMC Infectious Diseases**, [S.l.], v. 23, n. 1, p. 555, 2023.

DUCRET, A. **História da lepra**: da Antiguidade aos dias de hoje. São Paulo: Editora UNESP, 1993.

FREIRE, M. P. *et al.* Telemedicine in healthcare access during the COVID-19 pandemic: a scoping review. **Revista de Saúde Pública**, [S.l.], v. 57, p. 4s, 2023.

FORTALEZA. **Mapa** – Novas regionais. Fortaleza: Prefeitura de Fortaleza, 2021. Disponível em: [https://www.Fortaleza.ce.gov.br/images/0001/07\\_01\\_2021\\_MAPA-NOVAS-REGIONAIS.pdf](https://www.Fortaleza.ce.gov.br/images/0001/07_01_2021_MAPA-NOVAS-REGIONAIS.pdf). Acesso em: 26 ago. 2025.

FORTALEZA. PPGSP/UFC; Fundação NHR Brasil; MORHAN. **Relatório da I Conferência Livre de Doenças Tropicais Negligenciadas (DTNs)**. Fortaleza: PPGSP/UFC, 2023. Disponível em: [https://drive.google.com/file/d/1y\\_hOPNqe07PSyIiqs9biT2ONh9wiNw9h/view](https://drive.google.com/file/d/1y_hOPNqe07PSyIiqs9biT2ONh9wiNw9h/view). Acesso em: 27 out. 2025.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Hanseníase em Fortaleza – 2013 a 2023**. Fortaleza-CE: Secretaria Municipal de Saúde, 2024a.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal de Fortaleza. **A cidade**. Fortaleza-CE: Prefeitura Municipal de Fortaleza, 2024b.

GHOSH, S.; CHAUDHURI, S. Chronicles of Gerhard-Henrik Armauer Hansen's life and work. **Indian Journal of Dermatology**, [S.l.], v. 60, n. 3, p. 219-221, 2015.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP. **Telemedicine in Brazil**: Teleconsultations at the Largest University Hospital in the Country. *Telemedicine Reports*, 2023.

INTERNATIONAL BAR ASSOCIATION (IBANET). **The progress in telemedicine regulation and the emergence of the advanced practice of medicine in Brazil after the COVID-19 pandemic**. 2025. Disponível em: <https://www.ibanet.org/telemedicine-regulation-brazil-covid-pandemic>. Acesso em: 10 ago. 2025.

JAEGER, W. **Paideia**: a formação do homem grego. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

MAYMONE, Mayra BC *et al.* Leprosy: clinical aspects and diagnostic techniques. **Journal of the American Academy of Dermatology**, [S.l.], v. 83, n. 1, p. 1-14, 2020.

MENDES, E. V. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: CONASS, 2011.

MENDONÇA, V. A. *et al.* Imunologia da hanseníase. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, [S.l.], v. 83, p. 343-350, 2008.

MERHY, E. E. *et al.* **Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e o cuidado em saúde**. *Saúde em Debate*, v. 43 (spe6), p. 70–83, 2019

MIERAS *et al.* An enhanced regimen as post-exposure chemoprophylaxis for leprosy: PEP++. **BMC Infectious Diseases**, [S.l.], v. 18, 606, 2018.

MOET, F. J. *et al.* Effectiveness of single dose rifampicin in preventing leprosy in close contacts of patients with newly diagnosed leprosy: cluster randomised controlled trial. **BMJ**, Londres, v. 336, n. 7647, p. 761–764, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.39500.885752.BE>. Acesso em: 22 jun. 2025.

OLINTO, B. Resenha - Lepra, medicina e políticas de saúde no Brasil (1894-1934). **Educ. rev.**, [S.l.], n. 54, 2014.

OLIVEIRA, G. C. de. *et al.* Apoio matricial em saúde mental na atenção básica: a visão de apoiadores e enfermeiros. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.l.], v. 41, p. e20190081, 2019.

OLIVEIRA, Â. M. *et al.* UBS+Digital project: telehealth initiative to enhance primary care access in Brazil. **Journal of Medical Internet Research**, [S.l.], v. 27, n. 1, 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Diretrizes para o diagnóstico, tratamento e prevenção da hanseníase**. Genebra: OMS, 2019. 237 p. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/274127/9789290227076-por.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2025.

PENA, D. **A hanseníase na história**: entre o estigma e a ciência. São Paulo: Hucitec, 2008.

PINTO, P. G. H. R. O estigma do pecado: a lepra durante a Idade Média. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 5, p. 131-144, 1995. Disponível em <https://www.scielo.org/pdf/physis/1995.v5n1/131-144/pt> Acesso em: 6 set. 2025.

RAMOS, JR. *et al.* Pesquisas em hanseníase: contextos e agendas. *In*: ALVES, E. D.; FERREIRA, T. L.; FERREIRA, I. N. (org.). **Hanseníase: avanços e desafios**. Brasília: Universidade de Brasília, 2014. v. 1, p. 455-490.

RICHARDUS, J. H., *et al.* Leprosy post-exposure prophylaxis with single-dose rifampicin (LPEP): an international feasibility programme. **PLoS Neglected Tropical Diseases**, [S.l.], v. 9, n.1, e81-e90, 2021.

RICHARDUS, J. H. *et al.* PEP++: evaluation of a novel combined intervention of contact tracing, screening and the administration of two doses of rifampicin for leprosy prevention. **Leprosy Review**, [S.l.], v. 93, n. 3, p. 234–252, 2022. Disponível em: <https://leprosyreview.org/article/93/3/31>. Acesso em: 22 jun. 2025.

RODRIGUES, A. P.; DALBELLO-ARAÚJO, M.; LAZARINI, W. S. Integração ensino-serviço: a experiência como estratégia formativa em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 28, p. e230381, 2024.

SCHNEIDER, P. B.; FREITAS, B. H. B. M. de. Tendência da hanseníase em menores de 15 anos no Brasil, 2001-2016. **Cadernos de saúde pública**, [S.l.], v. 34, n. 3, p. e00101817, 2018.

SCHURING, R. P. *et al.* Protective effect of the combination BCG vaccination and rifampicin prophylaxis in leprosy prevention. **Vaccine**, [S.l.], v. 27, n. 50, p. 7125-7128, 2009.

SILVA, A. C. A. **A história da Septuaginta e sua importância no Cristianismo Primitivo**. São Paulo: Paulus, 2015.

SILVA, R. S. *et al.* O papel da telessaúde na pandemia COVID-19: uma experiência brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 26, n. 6, 2021.

SILVA, M. A. M.; DIMENSTEIN, M. Apoio matricial em saúde mental: alcances e limites na atenção básica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 129-140, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/s689bYQrRW4nrhsvykpBJHx>. Acesso em: 28 mai. 2025.

SILVA, M. B. *et al.* Hanseníase no Brasil: panorama epidemiológico e estratégias para eliminação da doença como problema de saúde pública. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.l.], v. 73, supl. 1, p. e20200234, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0234>. Acesso em: 30 maio 2025.

SOUZA-AZEVEDO, L. **Hanseníase e sociedade: uma análise histórica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

TELESSAÚDE BRASIL REDES. **Sistema de telessaúde: modalidades e serviços**. Brasília: MS, 2025.

TRAVE, I. *et al.* Novo método diagnóstico na hanseníase neural pura: raspagem da bainha de mielina. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, [S.l.], v. 96, n. 3, p. 380-381, 2021.

VIANA, M. M. O.; CAMPOS, G. W. S. Formação Paideia para o Apoio Matricial: uma estratégia pedagógica centrada na reflexão sobre a prática. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.l.], v. 34, p. e00123617, 2018.

WHO. World Health Organization. Global leprosy (Hansen disease) update, 2019: time to step-up prevention initiatives. **Weekly Epidemiological Record**, v. 95, n. 36, p. 417–440, 2020. Disponível em: <http://www.who.int/wer>. Acesso em: 10 ago. 2025.

WHO. World Health Organization. Global leprosy (Hansen disease) update, 2021: moving towards interruption of transmission. 2021. WHO. World Health Organization. Global leprosy (Hansen disease) update, 2023: elimination of leprosy disease is possible—time to act. **Weekly Epidemiological Record**, [S.l.], v. 37, p. 20, 2024.

ZACCA, R. História da lepra: entre o sagrado e o científico. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 789-815, 2003.

**APÊNDICE A – LINHA DE CUIDADO DA PESSOA COM HANSENÍASE EM FORTALEZA**

Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza - SMS  
Escola de Saúde Pública de Fortaleza

**LINHA DE CUIDADO**  
**DA PESSOA COM**  
**HANSENÍASE EM FORTALEZA**

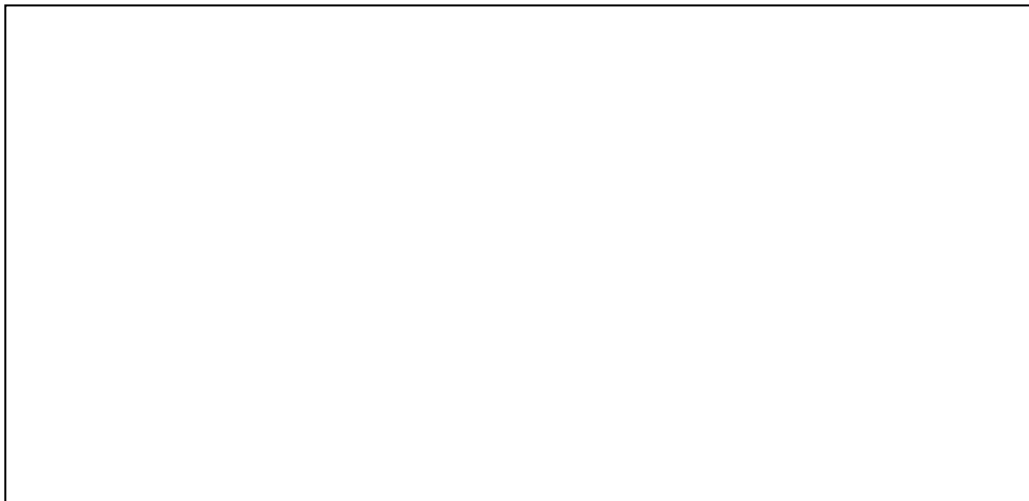
Obra publicada pela Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Elaboração de:

Catlogação na Fonte:

Ficha Catalográfica

A large empty rectangular box with a thin black border, intended for the cataloging record. It is positioned below the text 'Ficha Catalográfica' and occupies a significant portion of the lower half of the page.

## MISSÃO DA SMS

**“Formular e gerir políticas públicas de saúde para atender às necessidades da população do Município de Fortaleza, assegurando os princípios do SUS”**

**Riane Maria Barbosa de Azevedo**

Secretária da Saúde do Município de Fortaleza

**Aline Gouveia Martins**

Secretária Adjunta da Saúde

**Rita de Cassia Rodrigues Pereira**

Secretária Executiva da Saúde

**Erlemus Ponte Soares**

Coordenadora de Redes de Atenção Primária e Psicossocial

**Minuchy Mendes Carneiro Alves**

Coordenadora Geral das Regionais de Saúde

**Francisco Emanuel Uchoa Barbosa**

Coordenador Regional de Saúde I

**Arethusa Moraes de Gouveia Soares**

Coordenadora Regional de Saúde II

**Samilly Girão de Oliveira**

Coordenadora Regional de Saúde III

**José Alisson Gomes da Costa**

Coordenadora Regional de Saúde IV

**Shirley Cristianne Ramalho Bueno de Faria**

Coordenadora Regional de Saúde V

**Nádia Maria de Luna Silva**

Coordenadora Regional de Saúde VI

**Luiz Valdo Pinheiro**

Coordenador de Redes Pré-Hospitalar e Hospitalar

**Adriano Cândido de Castro**

Coordenador de Gestão de Pessoas

**Josete Malheiros Tavares**

Coordenador de Vigilância à Saúde

**Nívia Tavares Pessoa de Souza**

Coordenadora da Assistência Farmacêutica

**Karol Marielly Távora Moita**

Coordenador de Planejamento e Governança

**Helena Paula Guerra dos Santos**

Coordenadora de Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria das Ações e Serviços de Saúde

**Maria Clarice Tavares Evangelista**

Coordenador de Gestão do Controle Interno e Ouvidoria

**Camile Calheiros Alves Pinto Monteiro**

Coordenadora Administrativa

**Raimundo Nonato de Lima Amorim**

Coordenador de Contratos, Convênios e Orçamento

**Cícero Vidal Sampaio**

Coordenador Financeiro

**Araguacy Moreira Veras Júnior**

Coordenador de Gestão de Tecnologia da Informação

**Luciana Matos Alves**

Coordenadora Jurídica

**Luziete Furtado da Cruz**

Coordenadora dos Contratos de Gestão

Assessor de Comunicação

## **MISSÃO DA ESPFOR**

“Promover a educação permanente, a pesquisa básica ou aplicada e a extensão na área da saúde, por meio de processos educativos interprofissionais, com ênfase na produção e disseminação de conhecimentos, a partir das necessidades sociais e do SUS, na busca da implementação de programas inovadores e a produção tecnológica, integrando ensino-serviço-comunidade e fortalecendo o sistema municipal de saúde escola.”

**Danilo Lopes Ferreira Lima**

Coordenador da Escola de Saúde Pública de Fortaleza Dr. Juraci Vieira de Magalhães  
(ESPFOR/SMS)

**Cibelly Melo Ferreira**

**Harrismana Andrade Pinto**

**Kátia de Gois Holanda Saldanha**

Núcleo de Educação Permanente em Saúde

**Gerly Anne Nóbrega Barreto**

**Emanoella Pessoa Angelim Guimarães**

Núcleo de Pesquisa, Extensão e Inovação em Saúde

**Rita Erotildes Maranhão Mariano**

Núcleo de Desenvolvimento Educacional em Saúde

### **Coordenação da Elaboração das Diretrizes Clínicas**

Janaína Rocha de Sousa Almeida

Minuchy Mendes Carneiro Alves

Erlemus Ponte Soares

### **Elaboradores**

#### **Aliene Alves Gonçalves Araújo**

Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Responsável Técnica da Vigilância Epidemiológica Coordenadoria Executiva da Regional de Saúde I

#### **Ariadna Ribeiro Abreu Almeida Lima**

Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Coordenação da Hanseníase na Atenção Primária à Saúde no município de Fortaleza

#### **Georgia Maria Viana Brasileiro Dorta**

Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Responsável técnica da Hanseníase da Coordenadoria Executiva da Regional de Saúde V no município de Fortaleza

#### **Jamille Saraiva de Sousa**

Instituto Cisne de Ensino e Pesquisa - Coordenadora de Vigilância em Saúde

#### **Juliana Maria Cavalcante Ribeiro Ramos**

Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós Graduação em Saúde Pública

#### **Lyvia Patrícia Soares Mesquita**

Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Coordenadoria de Vigilância em Saúde, Célula de Vigilância Epidemiológica, responsável técnica da Hanseníase de Fortaleza

#### **Michelle Oliveira Trigueiro**

Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Enfermeira da Unidade de Atenção Primária à Saúde Abel Pinto

#### **Patricia Rejane Carneiro Suassuna**

Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Responsável técnica Vigilância epidemiológica da Coordenadoria Executiva da Regional de Saúde IV no município de Fortaleza

#### **Savana Ferreira da Silva**

Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Responsável técnica da Hanseníase da Coordenadoria Executiva da Regional de Saúde IV no município de Fortaleza

**Apoio Técnico****Ana Clara Camarão Assunção Leal**

Residência de Medicina de Família e Comunidade

Escola de Saúde Pública do Ceará

**Carlos Arthur Fernandes Sobreira**

Residência de Medicina de Família e Comunidade

Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza

**Lygia Gomes de Alencar Araripe**

Residência de Medicina de Família e Comunidade

Escola de Saúde Pública do Ceará

**Consultores**

Maria Emi Shimazaki

**Validadores Internos****Antônia Gabriela**

Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Responsável técnica da Hanseníase da Coordenadoria Executiva da Regional de Saúde I no município de Fortaleza

**Janaína Rocha de Sousa Almeida**

Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Assessoria da Coordenadoria de Redes de Atenção Primária e Psicossocial - CORAPP

**Kilma Wanderley Lopes Gomes**

Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Gerente da Célula de Atenção Especializada-CEATES

**Reginaldo Alves das Chagas**

Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Gerente da Célula de Atenção Primária a Saúde-CEAPS

**Silvia Cristina Guimarães Cardoso**

Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Responsável técnica da Hanseníase da Coordenadoria Executiva da Regional de Saúde VI no município de Fortaleza

**Validadores Externos****Alberto Novaes Ramos Junior**

Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária & Programa de Pós Graduação em Saúde Pública

**Aymée Medeiros da Rocha**

Fundação NHR Brasil

**Francisca Juelita Gomes**

Assessora Técnica da Vigilância Epidemiológica de Hanseníase e Tuberculose, Secretaria de Saúde do Ceará

**Maria Araci de Andrade Pontes**

Centro de Referência em Dermatologia Dona Libânia

**Nágila Nathaly Lima Ferreira**

Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Saúde Pública

**Rômulo do Nascimento Rocha**

Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Saúde Pública

**Yolanda de Barros Lima Morano**

Articuladora dos programas de tuberculose e hanseníase, Secretaria de Saúde do Ceará



Cuiabá , 11 de Novembro de 2025.

A hanseníase carrega séculos de dor, de exclusão e de silêncio. Mas também carrega a história de resistência de quem decidiu transformar a própria dor em luta. Essa Linha de Cuidado nasce desse mesmo espírito o de devolver dignidade, voz e protagonismo às pessoas que viveram e ainda vivem os impactos dessa doença.

Falar sobre hanseníase é falar sobre desigualdade, sobre o que o olhar público não alcança. É lembrar que por trás de cada diagnóstico existe um território, uma família, uma história interrompida pela falta de acesso, de escuta e de oportunidades. E é por isso que a atenção integral precisa nascer do chão onde o povo vive das unidades básicas, das equipes que conhecem os rostos, das mãos que acolhem sem medo.

Essa Linha de Cuidado representa também a força da integração ensino-serviço-comunidade, quando o conhecimento da universidade se encontra com a prática dos serviços e com a sabedoria do povo. É nesse encontro que o cuidado ganha sentido, que a ciência se humaniza e que o SUS se fortalece. Quando o profissional aprende no território e escuta quem sente na pele o peso da doença, o saber deixa de ser teoria e passa a ser transformação.

Como representante do Movimento Nacional das Doenças Negligenciadas, reafirmo que o controle da hanseníase não se faz apenas com medicamentos, mas com humanidade. É no gesto, na escuta, na conversa franca entre profissional e usuário que o tratamento começa a fazer sentido. E quando a rede se abre para ouvir quem sente na pele o peso do preconceito, ela se torna viva, sensível e transformadora.

Fortaleza dá um passo importante com este documento. Ao construir uma linha de cuidado que respeita a ciência e também o saber popular, ela aponta um caminho que o Brasil inteiro

precisa seguir: o de integrar a saúde com a realidade social, o de unir gestores, trabalhadores e movimentos em um só propósito o de eliminar a hanseníase como problema de saúde pública, mas, sobretudo, como ferida social.

Seguimos acreditando que ninguém deve ser deixado para trás. Que cada cicatriz pode virar aprendizado. Que cada corpo cuidado com respeito é uma semente de um Brasil mais saudável, justo e solidário.

Antes de falar de números, políticas e protocolos, é preciso lembrar que a hanseníase tem rosto, tem história, tem sentimento.

Ela não cabe só nos livros nem nas planilhas ela vive nas ruas, nos quintais, nos corpos que resistem em silêncio.

E, foi desse silêncio, que nasceu o nosso grito.

Da dor, brotou a palavra.

Da luta, nasceu a poesia.

## **A Hanseníase**

A hanseníase é esquisita,  
é algo que limita.  
Você para no tempo,  
separado dos bons tempos.

Quem vivia pela vida,  
sentia, sofria,  
mas sempre, no final,  
buscava a alegria.

A hanseníase é como uma estrada  
qualquer que caminhamos pela vida.  
É uma estrada comprida,  
mas não infinita.

Para alguns, é uma estrada de luta,  
sem calçada, sem estrutura,  
é uma luta bruta:  
cheia de espinhos, sofrimento,  
e, num canto, a hanseníase  
caindo no esquecimento.

Para outros, é uma barreira,  
uma realidade inteira,  
com fronteiras de ponta a ponta.  
O preconceito e o estigma  
são quem tomam conta.

A política ali do lado  
finge que vê,  
apenas faz de conta.  
Conta, conta, conta...  
No final, somos nós  
quem pagamos a conta.

Cavam o buraco  
e depois oferecem a corda:  
uma assistência sem discórdia.  
Uma política que estende a corda,  
mas, fraca, que se rompe  
e não ajuda em nada.

As pessoas no buraco  
não sabem para onde correr.  
Para todo lado que olham,  
há cordas para subir,  
mas estão sempre distantes  
de quem mais precisa subir.

Falta igualdade  
e falta justiça.

A condição hanseníase  
é algo que limita;  
não parou no tempo,  
a luta persiste ainda.  
Dá tempo!

O movimento se forma  
nessa estrada,  
usa como arma  
a própria escalada.  
O silêncio falou mais alto,  
virou símbolo de negligência.

Um estado silencioso  
e perigoso.  
Mas o movimento é nossa arma,  
e a justiça,  
o nosso chumbo grosso.

Movimento Nacional das Doenças Negligenciadas (MNDN)

CNPJ: 59.935.301/0001-50

E-mail: [mndn2024@gmail.com](mailto:mndn2024@gmail.com)  
Telefone: (65) 98408-4671

Instagram: [@mndn.2024](https://www.instagram.com/mndn.2024)

Site: <http://movimentonacional.org>

Endereço: Rua Monte das Oliveiras, 104 – Bairro Real Parque – Cuiabá, MT – Brasil



João Victor P. Fos K. de Carvalho  
Movimento Nacional das  
Doenças Negligenciadas  
MNDN

**Bartolomeu Luiz de Aquino Vice- Presidente MNDN**

**“As pessoas aprendem umas com as outras, assim como o ferro afia o próprio ferro”**

## APRESENTAÇÃO

A Linha de Cuidado da Pessoa com Hanseníase em Fortaleza representa um marco no esforço contínuo de qualificação da atenção às pessoas acometidas por essa doença. Ela reflete um movimento contínuo de integração, aprendizado e fortalecimento da rede de atenção, reunindo profissionais de saúde, gestores(as), pesquisadores(as) e instituições parceiras, com foco na atenção humanizada, resolutiva e centrada na pessoa.

Esse movimento ganhou impulso a partir da implantação do Apoio Matricial (AM) em hanseníase, que ampliou a Integração Ensino-Serviço (IES), fortaleceu a Educação Permanente em Saúde (EPS) dos profissionais e contribuiu para a criação do Serviço de Apoio Matricial em hanseníase (SAM-hanseníase) em Fortaleza. Essa experiência permitiu identificar lacunas no atendimento, esclarecer dúvidas nos fluxos de referência e contrarreferência, e apontar oportunidades de melhoria na organização da rede de cuidado.

Entre os avanços históricos alcançados, destaca-se, em 2024, a oferta de baciloscopia para hanseníase (raspado dérmico) na APS, ampliando o acesso ao diagnóstico. Antes, esse exame era realizado exclusivamente em serviços de referência especializados, como o Centro de Referência em Dermatologia Dona Libânia (CDERM), o Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) e o Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ). Além disso, em 2024, pela primeira vez na história do município, 156 de 314 casos de hanseníase (49,7%) foram diagnosticados na APS, evidenciando o fortalecimento da Atenção Primária e a efetividade das estratégias de formação e integração em rede.

Outro avanço significativo foi a implementação da teleconsultoria assíncrona, que permite às equipes de APS receber suporte técnico de especialistas de forma ágil e contínua, sem necessidade de deslocamento ou reuniões presenciais. Essa ferramenta qualifica a tomada de decisão clínica, fortalece a autonomia das equipes locais, reduz encaminhamento e deslocamentos desnecessários e contribui para um acompanhamento mais seguro e eficiente das pessoas com hanseníase.

A Linha de Cuidado surge, portanto, como resposta estruturada a essas necessidades, consolidando protocolos, fluxos assistenciais e estratégias de acompanhamento clínico, reabilitação e prevenção de incapacidades. A iniciativa se apoia em dados epidemiológicos atualizados, de diferentes níveis: o Boletim de Saúde de Fortaleza – Hanseníase 2001–2024, que analisa a série histórica municipal a partir de 2001; os boletins estaduais do Ceará; e o

Boletim Epidemiológico de Hanseníase – Número Especial 2025 do Ministério da Saúde, que apresenta o perfil epidemiológico e operacional da doença no Brasil no período recente. Esses documentos, em conjunto, orientam a priorização territorial, a identificação de grupos mais vulneráveis e o planejamento das ações no município.

Mais do que um conjunto de procedimentos, esta Linha de Cuidado representa um compromisso coletivo, reforçando a atenção em rede, a formação contínua de profissionais de saúde e a melhoria do acesso e da qualidade do atendimento às pessoas acometidas pela hanseníase em Fortaleza.

Por fim, é importante destacar que esta Linha de Cuidado não é um documento engessado ou rígido. Pelo contrário, deve ser entendida como um instrumento dinâmico, passível de atualizações, correções e adaptações anuais, acompanhando a evolução das práticas assistenciais, as necessidades dos serviços e as mudanças no cenário epidemiológico.

Mais do que um conjunto de procedimentos, esta Linha de Cuidado representa um compromisso coletivo, reforçando a atenção em rede, a formação contínua de profissionais e a melhoria do acesso e da qualidade do atendimento às pessoas com hanseníase em Fortaleza.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM - Apoio Matricial

APS - Atenção Primária em Saúde

ANS - Avaliação Neurológica Simplificada

CEDERM - Centro de Referência em Dermatologia Dona Libânia

DTN - Doenças Tropicais Negligenciadas

ENH - Eritema Nodoso Hansênico

EPS - Educação Permanente em Saúde

ESPFOR - Escola de Saúde Pública de Fortaleza

ESP-CE - Escola de Saúde Pública do Ceará

GIF - Grau de Incapacidade Física

HNP - Hanseníase Neural Primária

HSJ - Hospital São José

HUWC - Hospital universitário Walter Cantídio

IES - Integração Ensino-Serviço

OMS - Organização Mundial de Saúde

PCDT - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas

PPGSP - Programa de Pós Graduação em Saúde Pública

PQT-U - Poliquimioterapia Única

PTS - Plano Terapêutico Singular

QSH - Questionário de Suspeição de Hanseníase

RAS - Redes de Atenção à Saúde

SAM-hanseníase - Serviço de Apoio Matricial em hanseníase

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

UAPS - Unidade de Atenção Primária à Saúde

UFC - Universidade Federal do Ceará

UNIFOR - Universidade de Fortaleza

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Organização do conhecimento/Representação da informação, Organização da informação/Representação da informação .....	32
Quadro 2	Ciclo da informação .....	42

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Organização do conhecimento/Representação da informação, Organização da informação/Representação da informação .....	22
----------	---	----

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	20
2	<b>CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO</b> .....	21
3	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	
	.	24
4	<b>OBJETIVOS</b> .....	25
4.1	<b>Geral</b> .....	25
4.2	<b>Específicos</b> .....	25
5	<b>MÉTODOS</b> .....	26
6	<b>PÚBLICO-ALVO</b> .....	27
7	<b>PRINCÍPIOS E DIRETRIZES</b> .....	28
7.1	<b>Princípios</b> .....	29
7.2	<b>Diretrizes</b> .....	29
8	<b>EIXOS ESTRUTURANTES DA LINHA DE CUIDADO</b> .....	29
8.1	<b>Estigma</b> .....	29
8.2	<b>Promoção da saúde e prevenção da hanseníase</b> .....	35
8.3	<b>Diagnóstico</b> .....	39
8.4	<b>Avaliação Neurológica Simplificada</b> .....	39
8.5	<b>Classificações em hanseníase: operacional e clínica</b> .....	41
8.5.1	<i>Classificação operacional</i> .....	41
8.5.2	<i>Classificação clínica</i> .....	43
8.6	<b>Manejo e tratamento</b> .....	45
8.6.1	<i>Medidas não farmacológicas</i> .....	45
8.6.2	<i>Tratamento farmacológico</i> .....	47
8.7	<b>Estratificação de risco</b> .....	50
9	<b>PAPEL DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS) NO CUIDADO À HANSENÍASE</b> .....	51
10	<b>MATRICIAMENTO OU APOIO MATRICIAL (AM)</b> .....	53
11	<b>ROTEIRO PARA CONSULTA</b> .....	55

11.1	<b>Registro em prontuário .....</b>	55
11.2	<b>Consultas seguintes durante a PQT- U .....</b>	59
12	<b>CUIDADOS ODONTOLÓGICOS EM HANSENÍASE .....</b>	60
13	<b>EXAMES DE APOIO AO MANEJO CLÍNICO .....</b>	61
14	<b>CUIDADOS PÓS-ALTA POR “CURA” E REAÇÕES HANSÊNICAS .....</b>	62
14.1	<b>Reação hansênica tipo 1 (reação reversa) .....</b>	64
14.2	<b>Reação hansênica tipo 2 .....</b>	65
15	<b>AVALIAÇÃO DE CONTATOS .....</b>	65
15.1	<b>Teste rápido imunocromatográfico para a determinação qualitativa de anticorpos IgM anti-M. leprae .....</b>	66
15.2	<b>Imunoprofilaxia .....</b>	66
16	<b>HANSENÍASE E A ATUAÇÃO DAS EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA: DESAFIOS E POTENCIALIDADES NO CUIDADO ÀS POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE RUA .....</b>	67
17	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	69
	<b>Anexo 1 - Fluxo de investigação de contatos de caso de hanseníase na Atenção Primária à Saúde (retirado do PCDT, 2022) .....</b>	72
	<b>Anexo 2 - Questionário de Suspeição de Hanseníase .....</b>	73
	<b>Anexo 3 - Ficha de Notificação de Hanseníase .....</b>	74
	<b>Anexo 4 - Avaliação Neurológica Simplificada .....</b>	75
	<b>Apêndice 1 - Fluxo de atendimento de caso suspeito de hanseníase na Atenção Primária à Saúde de Fortaleza, Ceará .....</b>	77

<b>Apêndice 2 - Classificação clínica da hanseníase e suas características .....</b>	<b>78</b>
<b>Apêndice 3 - Principais tipos de reações hansênicas e suas condutas clínicas .....</b>	<b>80</b>
<b>Apêndice 4 - Testes de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil .....</b>	<b>82</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>83</b>

## 1. Introdução

A hanseníase é uma doença infecciosa crônica de notificação compulsória e com forte impacto social e de saúde pública. É causada pelos bacilos *Mycobacterium leprae* e *Mycobacterium lepromatosis*, que são intracelulares obrigatórios e possuem tropismo por nervos e pele. Enquadra-se no grupo de Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN) da Organização Mundial da Saúde (OMS), estando fortemente vinculada à vulnerabilidade social, em contextos de pobreza, moradia precária, insegurança alimentar, acesso limitado a serviços de saúde e escolaridade reduzida. Tais dimensões acabam por caracterizar o perfil das pessoas acometidas pela doença, cujo cuidado é fragilizado e cujas políticas precisam ser efetivas visando a melhora na qualidade de vida e eliminação da doença.

O período de incubação é relativamente longo, variando, em geral, de dois a sete anos, com média de cinco anos. A transmissão acontece de pessoa a pessoa, principalmente pelas vias respiratórias, por meio de gotículas eliminadas por indivíduos com alta carga bacilar e sem tratamento, em situações de convivência próxima e prolongada ao longo de anos. Pela via hematogênica, dissemina-se para pele, mucosas, nervos e outros tecidos.

Como citado anteriormente, seres humanos acometidos pela hanseníase não tratados e com alta carga bacilar constituem a principal fonte de infecção, sendo considerado reservatório do bacilo. Contudo, estudos recentes reportam, alguns animais como reservatórios, especialmente o tatu-galinha (*Dasypus novemcinctus*) e outras espécies de tatus, em áreas do Brasil e de outros países, bem como esquilos (esquilo vermelho, *Sciurus vulgaris*) da Escócia e das ilhas britânicas, sugerindo possível transmissão zoonótica. A magnitude dessa via de transmissão para a hanseníase em humanos, porém, ainda não está completamente esclarecida.

Do ponto de vista imunológico, a maioria das pessoas expostas ao *M. leprae* não desenvolve a doença, sugerindo resistência natural e papel central da imunidade inata e da resposta imune celular tipo Th1 na contenção da infecção. Complementarmente, a diversidade de tais respostas imunes reflete também nas diferentes manifestações clínicas que se apresentam com o espectro que perpassa desde a hanseníase tuberculóide cuja imunidade é fortemente mediada por células até a virchowiana, onde a imunidade humoral predomina em relação à imunidade celular.

Tradicionalmente, utilizou-se o termo doença “dermatoneurológica” para a hanseníase; entretanto, há consenso crescente entre hansenologistas, em priorizar o conceito de doença “neurodermatológica”, ressaltando que o acometimento neural é primário, e o cutâneo, secundário.

## **2. CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO**

Em nível global, a hanseníase permanece como importante desafio de saúde pública, considerando que ainda ocorre em mais de 120 países, especialmente aqueles com baixa renda e Produto Interno Bruto. Historicamente, o número de casos novos notificados no mundo situava-se acima de 200 mil por ano, entretanto, houve uma redução expressiva durante o período da pandemia de Covid-19, na maioria relacionada à diminuição do acesso aos serviços de saúde e à subnotificação. Modelagens matemáticas também sugerem que milhares de casos não são diagnosticados de modo a perpetuar sua transmissão.

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Boletim Epidemiológico de Hanseníase 2025 indicam que, em 2024, foram registrados mais de 170 mil novos casos no mundo, evidenciando que ainda não houve retomada aos patamares pré-pandêmicos. Esses casos concentram-se principalmente em países da Ásia, África e América Latina, com o Brasil mantendo-se entre as nações com maior carga da doença, ao lado da Índia.

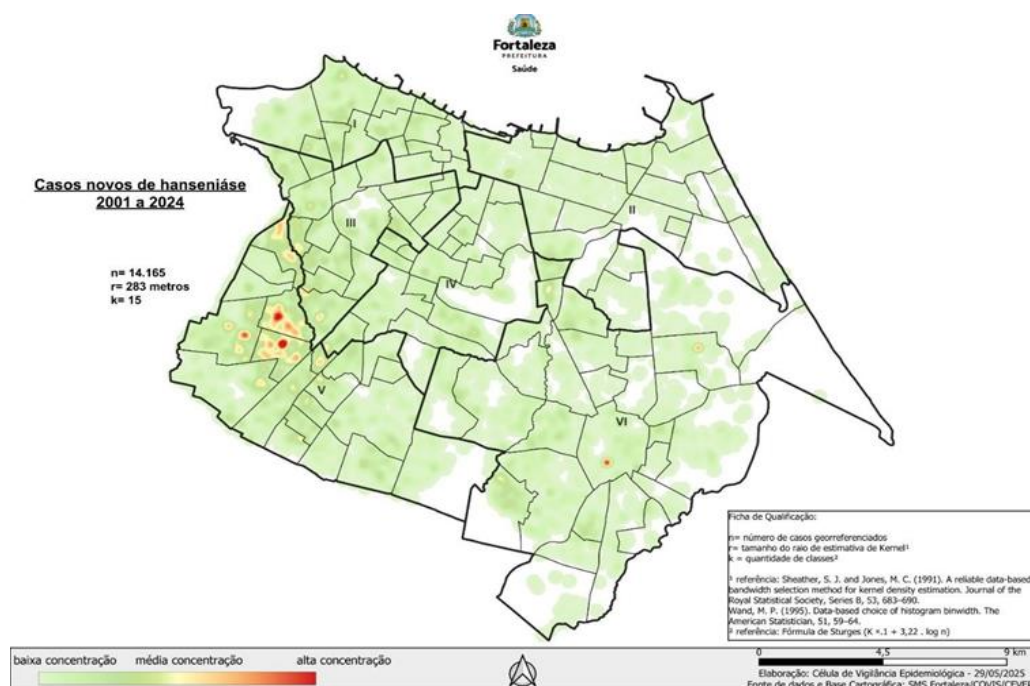
No Brasil, o Boletim Epidemiológico de Hanseníase – Número Especial 2025 mostra que, no período 2014–2023, o país apresentou coeficientes de detecção de casos novos compatíveis com alta endemicidade em várias Unidades da Federação, com persistência de casos em menores de 15 anos, alta proporção de formas multibacilares e diagnósticos com incapacidade física grau 2, indicando diagnóstico ainda tardio.

No Ceará, boletins estaduais recentes apontam que, embora haja tendência de redução dos coeficientes de detecção em alguns territórios, o estado permanece em situação de alta endemicidade, com concentrações de casos em áreas de maior vulnerabilidade social.

Em Fortaleza, no período de 2001 a 2024, observou-se uma tendência de redução significativa na taxa de detecção geral de casos novos de hanseníase. A média no período foi de 25,9 casos por 100 mil habitantes, com classificação de “muito alto” (20 a 39,99/100 mil

hab.) até 2016, passando ao nível “alto” (10 a 19,99/100 mil hab.) a partir de 2017, refletindo redução gradual na morbidade e magnitude da doença, conforme descrito no Boletim de saúde de Fortaleza – Hanseníase (2001 – 2024) publicado em 2025.

Figura 1 - Distribuição espacial acumulada dos casos novos de hanseníase na população geral. Fortaleza, 2001 a 2024.



Fonte: SMS/COVIS/CEVEPI/SINAN \*Dados atualizados Abril/2025

A detecção em menores de 15 anos, um dos principais indicadores de transmissão ativa e recente, também apresentou queda ao longo da série, com destaque negativo em 2020, ano em que a pandemia de Covid-19 impactou negativamente os serviços de diagnóstico, tratamento e vigilância. A recuperação dos indicadores só começou a ser observada a partir de 2022. No período, foram registrados foi de 1.011 em crianças e adolescentes (6,6% do total), o que evidencia circulação ativa de *M. leprae* e necessidade de vigilância de contatos intensificada.

Territorialmente, no município de Fortaleza, a hanseníase permanece concentrada nas Regionais V e VI, com maior incidência em bairros como Bom Jardim, Granja Lisboa, Castelão e, mais recentemente, Jangurussu, reforçando a estreita relação entre vulnerabilidade social e maior carga de doença (FIGURA 1). Essas regiões são marcadas por condições

socioeconômicas precárias, o que contribui para a manutenção da transmissão. É importante destacar que esses fatores não são associações diretas para o diagnóstico da doença, mas que trazem um contexto que acentua tanto a suscetibilidade de transmissão (devido ao contato próximo e prolongado) como também avanço da doença no organismo (devido a questões de imunidade). Esta abordagem é fundamental para romper com associações históricas da Hanseníase com a pobreza e a sujeira, além de outras formas de transmissão/adoecimento. Embora haja registros de redução em alguns anos, a Regional V tem se mantido como principal área de concentração de casos no município, sendo área prioritária para ações intensificadas de vigilância e cuidado.

De acordo com o Boletim de Saúde de Fortaleza: Hanseníase (2001-2024), em relação ao perfil demográfico, dos 15.305 casos detectados no período, 51,5% ocorreram entre homens, principalmente entre 20 e 64 anos. Em mulheres, destaca-se maior incidência na faixa de 35 a 49 anos. A análise da escolaridade revela que a maioria dos casos notificados possuía ensino fundamental incompleto ou completo (33,8%), mas chama atenção o alto percentual de registros com escolaridade “ignorada” ou “em branco” (46,0%), o que evidencia fragilidades na qualificação da informação.

A forma clínica mais comum foi a dimorfa (41,4%), seguida da tuberculoide (27,5%) e da virchowiana (16,7%), com predomínio da forma multibacilar (MB), podendo corresponder a um potencial aumentado de transmissão. A proporção de formas indeterminadas aumentou de 5,7% em 2001 para 14,7% em 2024, possivelmente refletindo o esforço de diagnóstico mais precoce, embora também possa estar associada a dificuldades na classificação clínica. A ausência de campo específico para hanseníase neural primária nas fichas de notificação limita a análise epidemiológica dessa forma.

A taxa de cura é um dos indicadores centrais da qualidade da linha de cuidado. Em Fortaleza, a proporção de cura caiu de 91,7% em 2002 para 76,3% em 2023, sendo classificada como “regular”. Fatores como abandono do tratamento, reações hansênicas, barreiras sociais e econômicas e a complexidade do manejo clínico, influenciam a adesão à poliquimioterapia.

A vigilância de contatos, essencial para a interrupção da transmissão, apresentou desempenho instável. A cobertura de avaliação de contatos foi classificada como “regular” ou

“precária” na maior parte dos anos, atingindo a meta do Ministério da Saúde (>75%) apenas em 2002, 2005 e 2008. Em 2022, houve melhora no indicador, possivelmente impulsionada por investimentos em formação profissional e pela incorporação do teste rápido imunocromatográfico para contatos, contribuindo para uma vigilância mais eficaz.

Em síntese, Fortaleza tem avançado na redução da carga da hanseníase, mas ainda enfrenta desafios estruturais e operacionais para interromper a transmissão, fortalecer a vigilância ativa, qualificar registros e aumentar a adesão ao tratamento. O enfrentamento da hanseníase exige ações integradas de vigilância, educação em saúde e políticas públicas voltadas à equidade territorial, além de ações intersetoriais para superar contextos de vulnerabilidade social, que vão para além do diagnóstico.

### **3. JUSTIFICATIVA**

Apesar da instituição da poliquimioterapia (PQT) na década de 1980 e da redução de coeficientes de detecção em diversos contextos, a hanseníase permanece como doença com significativa relevância na saúde pública brasileira, com detecção de casos novos em patamares elevados e forte associação com condições de vulnerabilidade social.

Em territórios com alta endemicidade, como Fortaleza, esses desafios se expressam não apenas pela persistência da transmissão, mas também pela ocorrência de incapacidades físicas evitáveis e pelo estigma que compromete o acesso aos serviços de saúde. Isso demanda estratégias inovadoras e integradas na APS incluindo equipes multiprofissionais (eMulti), fortalecimento do Apoio Matricial (AM) em hanseníase, ampliação de exames de apoio ao diagnóstico na rede da APS, utilização de teleconsultorias, além do potencial uso futuro de estratégias de quimioprofilaxia para contatos e de vacinas específicas, conforme evolução das evidências científicas.

O diagnóstico precoce e o tratamento adequado são dificultados pelo estigma, pelo medo da doença, por desinformação e pela insuficiente qualificação de parte dos profissionais da rede. É fundamental que as equipes de APS estejam aptas a reconhecer precocemente sinais e sintomas, identificar reações hansênicas, classificar operacionalmente os casos, avaliar e monitorar a função dos nervos periféricos, orientar a prevenção de incapacidades

físicas, acompanhar a resposta terapêutica e manejar eventos adversos à Poliquimioterapia Única (PQT-U) e aos medicamentos antirreacionais, de acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase (PCDT, 2022).

Como elemento fundamental, é indispensável que as equipes de saúde saibam dos fluxos e pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e outros pontos de apoio funcionantes no município, incluindo serviços de referência, de reabilitação física e social, autocuidado, além de atenção psicossocial, de modo a garantir cuidado integral e longitudinal.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 Geral**

Contribuir para o controle da hanseníase no município de Fortaleza por meio da organização da Linha de Cuidado, estruturando fluxos assistenciais e a articulação entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde, com centralidade na Atenção Primária à Saúde, de modo a garantir o diagnóstico precoce, o tratamento oportuno de todos os casos, a avaliação e o acompanhamento de contatos, a prevenção e o manejo de incapacidades físicas e a reabilitação integral das pessoas acometidas.

### **4.2 Específicos**

- Implantar e qualificar os fluxos assistenciais da Linha de Cuidado da Pessoa com Hanseníase, assegurando a coordenação do cuidado pela APS no município de Fortaleza.
- Organizar a RAS, definindo responsabilidades entre os pontos de atenção e garantindo a integralidade do cuidado em todos os níveis assistenciais.
- Programar, apoiar e qualificar os serviços de saúde de forma integrada à RAS, fortalecendo o AM em hanseníase enquanto estratégia de educação permanente e suporte técnico às equipes.
- Orientar a execução das ações de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento, vigilância de contatos, prevenção de incapacidades e reabilitação, de forma articulada aos fluxos definidos na Linha de Cuidado.

- Contribuir para a redução do estigma, promoção da cidadania e garantia dos direitos das pessoas acometidas pela hanseníase, por meio de práticas humanizadas e ações intersetoriais.

## 5. MÉTODOS

A Linha de Cuidado da Pessoa Acometida pela Hanseníase no município de Fortaleza foi construída a partir de um processo metodológico participativo e interinstitucional, fundamentado nos princípios da integralidade do cuidado, da atenção em rede e da equidade.

Considerando a hanseníase como problema de saúde pública em município classificado como de alta endemicidade, a elaboração da Linha de Cuidado teve como eixo estruturante a análise da situação epidemiológica local. Esse processo foi subsidiado pelo Boletim de Saúde de Fortaleza – Hanseníase (2001–2024), publicado em junho de 2025, que possibilitou a realização de análise temporal da ocorrência da doença e da distribuição espacial dos casos no território municipal, identificando áreas de maior risco, tendências epidemiológicas e populações prioritárias para intervenção.

O percurso metodológico compreendeu as seguintes etapas:

- a. Análise epidemiológica e mapeamento territorial: utilização de dados provenientes dos sistemas de informação em saúde, incluindo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB/e-SUS APS) e outras bases oficiais, visando caracterizar o perfil epidemiológico da hanseníase no período analisado, identificar padrões temporais de distribuição dos casos e mapear espacialmente os territórios de maior incidência e vulnerabilidade.
- b. Processo participativo e interinstitucional: realização de reuniões intersetoriais e oficinas participativas com profissionais da APS, serviços de referência, vigilância epidemiológica, gestão municipal e estadual, pesquisadores da Universidade Federal do Ceará (UFC) e parceiros institucionais, como a Fundação NHR Brasil, voltadas à discussão dos fluxos assistenciais, definição de papéis e responsabilidades entre os pontos de atenção e pactuação de estratégias de cuidado na Rede de Atenção à Saúde.

- c. Integração Ensino–Serviço: envolvimento de residentes de Medicina de Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública de Fortaleza (ESPFOR), da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) e da Universidade Federal do Ceará (UFC), discentes da do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da UFC (PPGSP/UFC) e internos de Medicina da UFC e da Universidade de Fortaleza (Unifor) em atividades de formação em serviço, articuladas à análise da situação de saúde e à construção da Linha de Cuidado, contribuindo para a produção de conhecimento aplicado e para a qualificação das práticas assistenciais.
- d. Apoio Matricial em hanseníase: estruturação de processos de cogestão do cuidado, com realização de discussões de casos, supervisão compartilhada e padronização de condutas clínicas, fundamentadas no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Hanseníase, nas diretrizes nacionais vigentes e em evidências científicas atualizadas, fortalecendo a coordenação do cuidado pela APS.
- e. Elaboração colaborativa de protocolos e fluxos assistenciais: construção conjunta de protocolos e fluxogramas que definem as etapas do cuidado, desde a suspeição e o diagnóstico precoce até o tratamento, a prevenção e o manejo de incapacidades, a reabilitação e o seguimento pós-alta, considerando as especificidades do contexto epidemiológico, organizacional e territorial de Fortaleza.

Como resultado desse percurso, foi produzida uma Linha de Cuidado estruturada e integrada, centrada na pessoa e alinhada às necessidades locais, articulando ações clínicas, de vigilância em saúde, promoção da saúde, reabilitação e redução do estigma, com fortalecimento da coordenação do cuidado na APS e da integração entre os diferentes pontos da RAS.

## **6. PÚBLICO-ALVO**

- Este documento destina-se a:
- Profissionais de saúde da APS, vigilância em saúde e serviços especializados;
- Gestores(as) e coordenadores(as) da rede de atenção à saúde;
- Usuários(as), familiares e cuidadores(as);

- Pesquisadores e estudantes das áreas de Saúde Coletiva, epidemiologia, clínica, reabilitação e ciências sociais em saúde;
- Movimentos e lideranças sociais.

## 7. PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

A Linha de Cuidado da pessoa com hanseníase em Fortaleza fundamenta-se nos seguintes princípios e diretrizes:

### 7.1 Princípios:

- **Atenção integral:** contemplando promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, reinserção social e seguimento pós-alta.
- **Cuidado centrado na pessoa e na família:** considerando dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais, com abordagem humanizada e respeitosa.
- **Equidade e justiça social:** priorização de grupos em situação de maior vulnerabilidade, como populações em situação de rua, pessoas privadas de liberdade, moradores de áreas de alta vulnerabilidade, crianças e idosos.
- **Intersetorialidade:** articulação com políticas de assistência social, educação, habitação, trabalho e direitos humanos.
- **Participação social:** incentivo à participação de usuários, familiares, movimentos sociais e organizações da sociedade civil no planejamento, monitoramento e avaliação das ações.
- **Base em evidências científicas:** alinhamento às diretrizes nacionais e internacionais para o enfrentamento da hanseníase.

## 7.2 Diretrizes

- **Atenção em rede e coordenação do cuidado pela APS:** organização dos fluxos assistenciais e articulação entre os pontos da RAS, com centralidade na APS.
- **Apoio Matricial em hanseníase:** como estratégia de cogestão clínica e pedagógica, qualificação das equipes, compartilhamento de saberes e fortalecimento da autonomia da APS, com base no PCDT e em evidências científicas.
- **Educação Permanente em Saúde e Integração Ensino–Serviço:** desenvolvimento de processos formativos contínuos, articulados ao cotidiano do trabalho, com participação de profissionais, estudantes e residentes, visando à qualificação do cuidado e à produção de conhecimento aplicado à realidade local.
- **Vigilância em saúde integrada ao cuidado:** articulação entre ações assistenciais e de vigilância epidemiológica, com foco na detecção precoce, acompanhamento de contatos e monitoramento dos indicadores da linha de cuidado.

## 8. EIXOS ESTRUTURANTES DA LINHA DE CUIDADO

### 8.1 Estigma

A hanseníase é reconhecida como uma das doenças mais antigas da humanidade, com registros históricos que remontam cerca de 600 anos a.C. em textos indianos, egípcios e greco-romanos. Sua apresentação clínica crônica, marcada por lesões cutâneas visíveis e potencial para deformidades físicas, associada por séculos à ausência de tratamento eficaz, contribuiu para a construção de narrativas de medo, preconceito e punição moral, que sustentaram práticas de exclusão e isolamento social.

Historicamente, a doença foi denominada “lepra”, termo derivado do grego *lepra*, associado ao verbo *lepéin*, que significa “descascar” ou “soltar escamas”, em referência às alterações observadas na pele. Esse termo foi incorporado aos textos bíblicos a partir da

tradução do hebraico para o grego, quando a palavra hebraica *tsara 'at*, originalmente utilizada para designar uma condição de impureza, frequentemente associada à ideia de maldição ou punição divina, passou a ser traduzida como “lepra”. Essa associação histórico-religiosa contribuiu de forma significativa para a estigmatização da doença e das pessoas acometidas ao longo dos séculos.

No Brasil, a substituição do termo “lepra” por hanseníase, inicialmente via Decreto nº 76.078, de 4 de agosto de 1975 e posteriormente por meio da Lei nº 9.010/1995 (Brasil, 1995), ocorreu como estratégia sanitária, científica e ética, orientada à redução do estigma historicamente atribuído à doença, sendo progressivamente incorporada às normativas oficiais, à produção científica e às políticas públicas de saúde a partir da segunda metade do século XX. É importante destacar que outros termos também passaram por essa mudança, tais como as classificações operacionais da doença (antes Lepra Lepromotosa, atualmente Hanseníase Virchowiana), e a denominação de médicos especialistas em hanseníase (antes Leprologista, agora Hansenologista). As mudanças nos demais termos podem ser consultadas através do link: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19010.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19010.htm).

Apesar das modificações terminológicas no contexto brasileiro, o termo *leprosy* permanece amplamente utilizado em diversos países e na literatura científica internacional, refletindo diferenças históricas, culturais e institucionais na forma de nomear e enfrentar a doença.

Com relação às “políticas e estratégias” de prevenção e controle da hanseníase no Brasil, anteriormente, foram institucionalizadas a criação de leprosários e colônias de isolamento compulsório. Essas estruturas eram instaladas em áreas afastadas dos centros urbanos, até a década de 1980, práticas consideradas “higienistas” que deixaram marcas profundas na memória coletiva e principalmente nas pessoas diagnosticadas e seus familiares. Considera-se que a substituição oficial do termo “lepra” por “hanseníase”, em 1976, e o fim do isolamento compulsório, em 1986, foram marcos importantes na resposta ao estigma, mas não suficientes para eliminar o essa problemática da sociedade.

Apesar da disponibilidade de tratamento eficaz e gratuito, e da reorganização das políticas de controle da hanseníase, o estigma persiste e impacta diretamente o diagnóstico

precoce, a adesão ao tratamento e a reinserção social, exigindo dos profissionais de saúde não apenas competência técnica, mas também sensibilidade para acolher, escutar e orientar.

Ao atuarmos no cuidado e atenção às pessoas diagnosticadas com a doença, é essencial reconhecer que a hanseníase ainda é marcada por construções sociais que são baseadas no estigma, e que essas representações ainda geram atitudes preconceituosas e discriminatórias acarretando impactos psicossociais e econômicos para quem foi diagnosticado com a doença.

Para entender melhor, conceituamos o estigma em um primeiro momento como algum atributo ou característica socialmente indesejável, que gera uma “identidade deteriorada”. Posteriormente considera-se a compreensão do estigma enquanto processo social devido a sua interação com os aspectos e práticas culturais. Atualmente as pessoas que têm o diagnóstico ou suspeita de hanseníase ainda enfrentam dificuldades de relacionamento com a família, sofrem discriminação no local de trabalho, na escola, nos espaços religiosos e também na comunidade. Importante destacarmos também que o estigma pode ser tanto da pessoa consigo mesma, ou vir de algum terceiro, contexto que pode levar à negação do diagnóstico, processos de autoexclusão e isolamento, dificultar o acesso e vinculação aos serviços de saúde, além de trazer impactos na adesão e continuidade do tratamento.

Considera-se que o estigma influencia diretamente nos cuidados em saúde, e que estratégias em resposta a essa problemática devem fazer parte do dia-a-dia das pessoas, sejam profissionais da saúde ou não. A falta de informação sobre os meios de transmissão, a abordagem inadequada de profissionais da saúde e os termos utilizados para se remeter a doença ou as pessoas diagnosticadas devem ser cuidadosamente revistos para que não contribuam para a solidificação do estigma, e as suas repercussões.

A linguagem utilizada no cuidado em saúde exerce influência direta sobre a forma como as pessoas compreendem a hanseníase, vivenciam o adoecimento e acessam os serviços de saúde. Termos historicamente empregados no campo biomédico e no senso comum contribuíram para a estigmatização, discriminação e a violação de direitos das pessoas acometidas pela doença. Nesse sentido, o Quadro 1 a seguir, apresenta expressões que, embora (algumas) não estejam incluídas na Lei nº 9.010/95 (Brasil, 1995), devem ser evitadas considerando as suas representações. A mudança de vocabulário tem o objetivo primordial de

promover uma comunicação ética, respeitosa, humanizada e alinhada às diretrizes atuais de enfrentamento à hanseníase.

Quadro 1 - Uso de linguagem respeitosa no cuidado à pessoa com hanseníase

<b>Termos a serem evitados</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Linguagem respeitosa</b>
Lepra, leproso, lazarento, hanseniano	Termos historicamente utilizados para se referir a doença e as pessoas que foram diagnosticadas, associados ao estigma, discriminação e exclusão social. A Lei nº 9.010/1995 determina a substituição do termo “lepra” por “hanseníase” em documentos oficiais.	Hanseníase; Pessoa com hanseníase; Pessoa diagnosticada com hanseníase; Pessoa em tratamento para hanseníase
Portador de hanseníase	A expressão “portador” remete à ideia de portar “algo” perigoso, reforçando estigmas e concepções equivocadas sobre a doença.	Pessoa com hanseníase; Pessoa diagnosticada com hanseníase; Pessoa em tratamento para hanseníase
Contaminado	Termo que solidifica e associa ideias de sujeira e impureza à hanseníase, devendo ser utilizado apenas para objetos, ambientes ou materiais, e não para pessoas.	Pessoa com hanseníase; Pessoa diagnosticada com hanseníase; Pessoa em tratamento para hanseníase

Mão em garra	Termo desumanizante, que atribui características animais às pessoas com sequelas físicas nas mãos decorrentes da hanseníase.	Deformidade em flexão dos dedos; Contratura dos dedos; Incapacidades físicas móveis ou fixas
Mão de macaco	Expressão pejorativa que associa sequelas físicas à animalização, sendo inadequada do ponto de vista ético e técnico.	Alteração da preensão palmar; Disfunção da musculatura intrínseca da mão; Incapacidades físicas móveis ou fixas
Mão simiesca	Termo estigmatizante baseado em analogias animais, incompatível com o cuidado centrado na pessoa.	Alteração da oposição do polegar; Déficit motor da mão; Incapacidades físicas móveis ou fixas
Face leonina	Atribui características animais às pessoas com alterações faciais decorrentes do avanço da doença, reforçando estigma e exclusão.	Face com infiltrações; Rosto infiltrado; Face e orelhas infiltradas
Pé equino	Atribui características animais às pessoas com fraqueza nos músculos que levantam o pé decorrentes do avanço da doença, reforçando estigma e exclusão.	Deformidade em flexão plantar fixa do tornozelo-pé; Alteração biomecânica do tornozelo-pé em flexão plantar

Doença incurável	Afirmção incorreta, que desconsidera a efetividade da poliquimioterapia e reforça estigmas e medo social.	Informar que a hanseníase tem tratamento e cura bacteriológica com a poliquimioterapia. Explorar o conceito de cura para o paciente, abordar SIFE (Sentimentos, Ideias, Funcionalidade e Expectativas)
------------------	---	--

Fonte: Adaptado de Boletim de Saúde de Fortaleza: Hanseníase (2001-2024), 2025.

Para além de informações corretas sobre tratamento e transmissão da doença, a utilização dos termos destacados na última coluna do quadro são muito importantes para ter uma abordagem mais acolhedora, rompendo também com o processo de estigma. Importante destacar ainda que a substituição dos termos deve ir para além do serviço de saúde, ou seja, não devem ser utilizados somente durante a abordagem de alguma pessoa que teve o diagnóstico, mas deve fazer parte da rotina das pessoas em qualquer espaço.

Outro ponto de destaque é o diagnóstico de hanseníase, que não deve ser explicitado sem o consentimento da pessoa que foi diagnosticada, conforme Lei nº 14.289/2022, que determina o sigilo obrigatório não só para pessoas que foram diagnosticadas com hanseníase, mas com outras doenças historicamente estigmatizadas, como o HIV, a tuberculose e as Hepatites virais (Brasil, 2022).

É comum ainda hoje presenciar situações de exposição do diagnóstico que se desdobram em contextos de estigma nas escolas, nos locais de trabalho, nos espaços públicos ou privados e até nas redes sociais, provocando constrangimento e exclusão dessas pessoas. No serviço de saúde não é diferente, há casos não só de exposição do diagnóstico, mas de posturas que partem dos profissionais da saúde que contribuem para reforçar o estigma e o distanciamento social, como atender a pessoa de uma certa distância, para não entrar em contato próximo, vestimenta de máscara e luvas especificamente quando trata-se de uma

pessoa suspeita ou com diagnóstico de Hanseníase, e outras situações mais diretas como evitar tocar em objetos ou na própria pessoa, sentar no mesmo lugar e até recusa de atendimento ou encaminhamento para outro ponto da rede

Este tópico da linha de cuidado é um convite para todos os profissionais da saúde sejam da Atenção Primária à Saúde (APS), sejam dos serviços de referência, a refletirem sobre abordagens, ações e termos que estão contribuindo para a reprodução do estigma e se distanciando cada vez mais de uma perspectiva atenta, cuidadosa e acolhedora das pessoas que são afetadas pela doença e seus familiares.

A mudança nas práticas e termos utilizados geram um ambiente onde as pessoas consigam falar sobre seu diagnóstico sem se sentir constrangidas, ou com medo de sofrer preconceito e discriminação. A responsabilidade é compartilhada, ou seja, o trabalho integrado da equipe favorece a construção e manutenção de vínculos, além de garantir direitos e atuar em consonância com os princípios do SUS. Uma adoção de mudanças nas práticas e termos, objetiva reduzir os impactos do estigma para as pessoas em todas as etapas do cuidado.

Reiteramos o quanto é fundamental que as ações contra o estigma façam parte da rotina dos profissionais, seja dentro ou fora do consultório, e que estes atuem como multiplicadores para democratização de informações para as pessoas diagnosticadas, seus familiares, comunidade e principalmente outros profissionais que não têm contato direto com a doença.

## **8.2. Promoção da saúde e prevenção da hanseníase**

Dada a complexidade da hanseníase e sua correlação com a vulnerabilidade, a promoção da saúde e a prevenção da doença perpassam aspectos vinculados à compreensão sobre a doença, o papel dos profissionais de saúde, acesso a bens e serviços e suporte sanitários adequados. Assim, ações de educação e promoção da saúde devem ser realizadas

em diversos espaços, de modo inclusivo, nas diversas esferas da saúde e entes federativos, adequando as estratégias ao contexto local.

A Estratégia Nacional para Enfrentamento à Hanseníase 2024–2030 considera como estratégicas ações integradas entre atenção em saúde, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e laboratorial, além de parcerias com demais secretarias como assistência social, educação, previdência social, entre outros, e organizações nacionais e internacionais implicadas na temática. Neste sentido, estratégias de comunicação e educação destinadas a profissionais de saúde atuantes nos diversos pontos da RAS, promoção de campanhas e tradução dos materiais técnicos para a comunidade adequados em conteúdo, formato, linguagem e público-alvo fazem-se necessários. Tais estratégias devem ser formuladas e implementadas direcionadas tanto para pessoa acometida quanto para demais membros da comunidade.

A promoção da saúde, no contexto da hanseníase, inclui:

- Informação qualificada sobre sinais e sintomas, formas de transmissão, tratamento e cura;
- Ações permanentes de educação em saúde para população geral, contatos e grupos específicos;
- Enfrentamento de mitos e preconceitos, com linguagem acessível e culturalmente sensível;
- Incentivo a condições de vida mais saudáveis, com acesso à alimentação adequada, moradia digna, saneamento básico e serviços de saúde.

A parceria com Instituições de Ensino Superior (IES) por meio de pesquisas, grupos de estudo, ligas acadêmicas e os demais modos de atuação acadêmico podem ser eficazes neste processo, a exemplo do acervo de materiais educativos e de comunicação disponibilizado pelo Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz), em uma plataforma de acesso público. Esse acervo contempla cartilhas, folhetos, vídeos, jogos educativos, álbuns seriados e outros recursos destinados a diferentes públicos, incluindo profissionais de saúde, pessoas acometidas, familiares, escolas e comunidade em geral. O acervo pode ser acessado no link: <https://www.ioc.fiocruz.br/educacao-em-saude/banco-de-materiais-educativos-sobre-hanseníase>

Para prevenção em hanseníase esforços devem ser direcionados tanto as pessoas que já são acometidas pela doença de modo a mitigar as sequelas e deficiências que se instalam em casos que diagnósticos tardios e/ou para reabilitação física, mas também direcionada a contatos, sejam domiciliares ou extradomiciliares. Estes últimos, no sentido de oportunizar o diagnóstico em tempo oportuno por meio da busca ativa e da vigilância de contatos. No âmbito das pessoas já acometidas, são necessárias medidas que perpassam desde o momento do diagnóstico, tratamento e alta até a reabilitação física e acompanhamento longitudinal, considerando a cronicidade própria da doença.

Pensando na integralidade do cuidado desta pessoa, deve-se avaliar toda sua dimensionalidade do ser, tanto biológico quanto psicossocial e financeiro. Iniciando-se pela garantia um estoque mínimo de medicamentos e vigilância quanto aos eventos adversos; promover informações sobre a efetividade do tratamento, a prevenção de incapacidades físicas e os direitos da pessoa, incluindo apoio psicossocial; realização da Avaliação Neurológica Simplificada no momento do diagnóstico e a cada 03 meses; fornecer condutas terapêuticas necessárias para o manejo de Grau de Incapacidade Física 2; formação de Grupos de Autocuidado (GAC) para promover a inclusão social e incentivar o registro de práticas discriminatórias; realização de cirurgias reabilitadoras. Para além dos aspectos próprios da hanseníase, deve-se atentar para a saúde bucal, mental e demais comorbidades que acometem o mesmo indivíduo.

No âmbito dos Grupos de Autocuidado configuram-se como espaços em que pessoas com necessidades e interesses similares buscam o conhecimento e empoderamento para cuidarem de seus problemas por meio do apoio do grupo, utilizando recursos próprios e os da comunidade. Este movimento permite trocar e compartilhar experiências fortalecendo cada pessoa participante (Brasil, 2010), que o autocuidado é essencial para minimizar ou prevenir consequências da hanseníase, seja apoiado ou individual. O cuidado com o próprio corpo demanda, além da informação, a internalização de conceitos que favoreçam a compreensão das possíveis alterações na imagem corporal que a hanseníase pode causar (Batista; Vieira; De Paula, 2014).

Por tratar-se de uma doença de condição crônica, os grupos de apoio ao autocuidado se constituem como espaço oportuno para o ensino-aprendizagem de forma compartilhada.

Tais práticas contribuem para aumentar a autonomia das pessoas no cuidado em saúde, buscando potencializar o exercício do controle social sobre as políticas e os serviços de saúde, para responderem às necessidades da população (Camargo-Borges; Japur, 2008; De Sousa; Da Silva; Brasil-Xavier, 2018). Neste sentido, tem-se um importante papel na promoção do empoderamento, autonomia, autocuidado necessária ao rompimento de ciclos de pobreza, adoecimento e incapacidades.

Em 2010, o Ministério da Saúde lançou como norma técnica o Guia de Apoio para Grupos de Autocuidado em Hanseníase, salientando a importância da organização e formação de Grupos de Autocuidado. O Guia possui como objetivo a superação das limitações, estimulando a troca de experiências, formação de consciência de risco, mudanças de atitudes quanto ao autocuidado e fortalecimento da autonomia biopsicossocial e autoestima por meio de orientações e sugestões práticas para o desenvolvimento das atividades no grupo e norteando sua organização e implementação.

Neste sentido, a equipe multiprofissional de saúde deve estar sensibilizada para orientar o autocuidado logo após o diagnóstico, fornecendo instruções sobre cuidados com a proteção da face, olhos, nariz, pele, mãos e pés, além da prescrição de exercícios para fortalecimento da musculatura de membros superiores e inferiores.

A prevenção, em hanseníase, envolve:

- Diagnóstico precoce e tratamento oportuno;
- Avaliação sistemática de contatos intradomiciliares e peridomiciliares (sociais);
- Uso da vacina BCG-ID conforme recomendações nacionais;
- Vigilância ativa em territórios prioritários, com busca ativa de casos, educação em saúde e ações articuladas com escolas, CRAS, CREAS e outros equipamentos.

Portanto, os efeitos decorrentes da hanseníase repercutem diretamente na qualidade de vida diária, no engajamento social e econômico, saúde mental, bem-estar geral e na experiência da dor. Assim, ações estratégicas focadas em prevenção, promoção e reabilitação são fundamentais, especialmente quando vinculadas a Educação Permanente em Saúde (EPS)

para profissionais de saúde, permitindo um acompanhamento e monitoramento eficazes dos casos (Araújo *et al.*, 2024)

Trata-se, neste sentido, não somente no tratamento para interrupção da hanseníase, mas também do lidar com essa doença que historicamente se relaciona com o estigma, principalmente devido às suas sequelas, ou seja, estratégias tanto na dimensão individual quanto coletiva. A prevenção busca a vigilância ativa para o não adoecimento pelos contatos próximos e comunidade, contribuindo também para a redução das incapacidades e deficiências intrínsecas a esta doença.

### 8.3. Diagnóstico

O diagnóstico da hanseníase é eminentemente clínico, não sendo necessários exames confirmatórios na maioria das vezes. Segundo o Ministério da Saúde (2022), um caso de hanseníase é definido pela presença de pelo menos um dos seguintes sinais cardinais:

Lesão(ões) e/ou área(s) da pele com alteração de sensibilidade térmica e/ou dolorosa e/ou tátil;

Espessamento de nervo periférico, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas;

Presença de bacilos álcool-ácido resistentes (*M. leprae*) na baciloscopia do raspado dérmico ou em exame histopatológico de biópsia de pele.

Desse modo, a avaliação clínica deve ser minuciosa, incluindo anamnese dirigida, exame físico geral e exame neurodermatológico cuidadoso, com ênfase em nervos periféricos, pele, mãos, pés e olhos.

### 8.4. Avaliação Neurológica Simplificada

A Avaliação Neurológica Simplificada (ANS) é realizada pelo profissional de saúde a fim de identificar sinais precoces de comprometimento neurológico e deformidades físicas. Para isso, realizam-se testes específicos para medir a força muscular, sensibilidade e reflexos

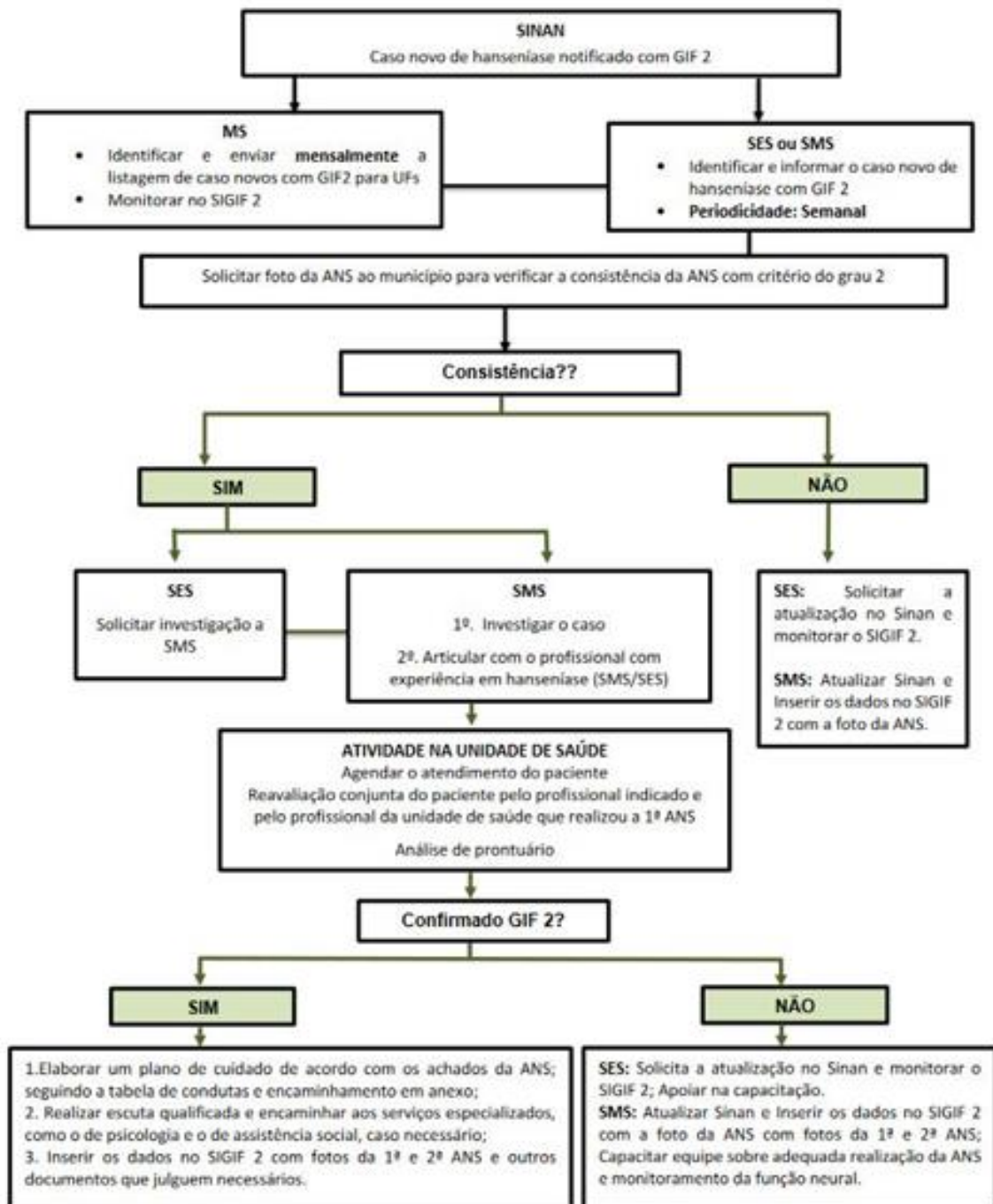
de modo a compreender a situação de saúde da pessoa acometida. Tal avaliação deve ser realizada no diagnóstico e a cada três meses até a alta hospitalar, sendo o registro sistemático e detalhado essencial para o monitoramento da evolução da doença. Este diagnóstico norteia tanto o processo de educação em saúde sobre a importância do autocuidado e a adesão ao tratamento, quanto o encaminhamento para serviços de reabilitação, quando necessário. Esta vigilância não somente permite intervenções precoces, mas contribui para a qualidade de vida, prevenindo ou minimizando deformidades e promovendo a reabilitação.

Para a ANS, utiliza-se como modelo o Anexo 4 em que determina-se a classificação do grau de incapacidade física de 0 a 2, sendo 2 o mais grave, além do escore “Olhos, mãos e pés” (OMP) cuja pontuação é mais sensível a longo prazo. Salienta-se que quanto maior for a pontuação, mais repercussões físicas e neurológicas há decorrentes do diagnóstico tardio.

Em 2022 a Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças em Eliminação (CGDE) estabeleceu uma ação estratégica para a redução da proporção de casos novos de hanseníase diagnosticados com GIF 2, e ampliou a vigilância para todas as faixas etárias. Surge então, o Sistema de Investigação do Grau de Incapacidade Física na Hanseníase (SIGIF2) cujo foco foi ampliar a vigilância do GIF2, adaptando a vigilância às particularidades locais, compreender a dinâmica do trabalho de campo para a avaliação de casos, integrar a abordagem na rede de atenção à saúde e validar um novo sistema de informação.

A estratégia, de forma mais específica, objetiva investigar os casos novos com GIF2, qualificar a informação de GIF2 no diagnóstico, além de recomendar condutas e encaminhamentos conforme achados na ANS. Para isso, deve-se seguir o fluxograma abaixo.

## Fluxograma da Vigilância do GIF 2 de incapacidade física em Hanseníase



Fonte: CGDE/MS

## 8.5 Classificações em hanseníase: operacional e clínica

### 8.5.1 Classificação operacional

A OMS recomenda a classificação operacional da hanseníase em paucibacilar (PB) ou multibacilar (MB), com base no número de lesões cutâneas, na presença e quantidade de nervos acometidos e na identificação de bacilos no raspado dérmico (Quadro 2).

É fundamental destacar que a impossibilidade de realização de baciloscopia ou mesmo um resultado negativo do exame não exclui o diagnóstico de hanseníase. Por outro lado, o resultado positivo não apenas confirma o diagnóstico como também classifica obrigatoriamente o caso de Hanseníase como MB.

Quadro 2 - Classificação operacional da hanseníase

<b>Paucibacilar (PB)</b>	<b>Multibacilar (MB)</b>
Até 5 lesões de pele	Mais que 5 lesões de pele*
Nenhum ou um nervo periférico acometido	Dois ou mais nervos periféricos acometidos**, com alterações sensitivas, motoras e/ou autonômicas em seu território de inervação;
Pesquisa negativa de bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) ao raspado dérmico ou ausência de <i>M. leprae</i> ao exame histopatológico	Pesquisa positiva de BAAR ao raspado dérmico ou presença de <i>M. leprae</i> em exame histopatológico
Formas clínicas: hanseníase indeterminada e tuberculoide	Formas clínicas: hanseníase dimorfa e virchowiana

Fonte: Adaptado da OMS

\*A contagem de lesões cutâneas pode comprometer a acurácia da classificação operacional, uma vez que lesões hipocrômicas ou discretas, especialmente em regiões corporais pouco visíveis, podem não ser percebidas durante o exame físico. Além disso, lesões extensas podem representar a confluência de múltiplas lesões.

\*\*Segundo o Ministério da Saúde, o acometimento de dois ou mais nervos periféricos classifica o caso como MB, desde que haja alterações sensitivas, autonômicas e/ou motoras no território anatômico por ele inervado. Considerando a dificuldade do exame dos nervos periféricos por grande parte dos profissionais de saúde, recomenda-se que, em situações de dúvida, o caso seja manejado como MB, a fim de evitar insuficiência terapêutica. Essa abordagem mais sensível deve considerar também em especial casos de comprometimento neural precoce ou isolado, contribuindo para a redução do risco de incapacidades físicas e progressão da doença.

A correta classificação operacional da doença é fundamental, pois define a duração do

tempo de PQT-U. Recomenda-se que profissionais da APS utilizem o AM para discussão de casos com dúvidas diagnósticas ou de classificação ou de manejo clínico.

### **8.5.2 Classificação clínica**

O reconhecimento adequado das formas clínicas da hanseníase é fundamental para a identificação do risco de episódios reacionais, a vigilância de complicações e o manejo oportuno dessas intercorrências. A correta classificação clínica permite reconhecer pessoas com maior propensão ao desenvolvimento de reações hansênicas e ao comprometimento neural progressivo, favorecendo um acompanhamento mais rigoroso. Dessa forma, contribuiu-se para a intervenção precoce, a prevenção de incapacidades físicas e a qualificação do cuidado.

No Brasil, a classificação clínica de Madri (1953), adotada na Ficha de Notificação Compulsória (Anexo 3), inclui as formas: indeterminada, tuberculoide, dimorfa (borderline) e virchowiana. Essa classificação, embora simples e prática, não contempla diretamente a forma neural primária, caracterizada por acometimento exclusivo de nervos periféricos sem lesões cutâneas visíveis. Seguem as principais características clínicas de cada uma das classificações operacionais:

#### **Hanseníase indeterminada:**

- Mácula hipocrômica, em geral única ou em pequeno número, com alteração de sensibilidade;
- Diagnósticos diferenciais: pitiríase alba, pitiríase versicolor, nevo anêmico, vitiligo em fase inicial, dermatite de contato hipocromiante, etc.

#### **Hanseníase tuberculoide:**

- Placa(s) eritemato-infiltrada(s), bem delimitada(s), com bordas elevadas, circinadas e, por vezes, papulosas;
- Anidrose, alopecia e alteração de sensibilidade evidente nas lesões;
- Diagnósticos diferenciais: *tinea corporis*, sarcoidose, granuloma anular, etc.

### **Hanseníase dimorfa (*borderline*):**

- Placas infiltradas eritematosas, com bordas externas mal delimitadas e bordas internas nítidas, conferindo aspecto de “queijo suíço” ou “favos de mel”;
- Acometimento neural assimétrico;
- Maior risco de reações tipo 1.
- Diagnósticos diferenciais: granuloma anular, sífilis, lúpus, leishmaniose, sarcoidose, etc.

### **Hanseníase virchowiana:**

- Múltiplas lesões infiltradas, nódulos ou placas eritematosas disseminadas pelo corpo;
- Infiltração bilateral dos lobos auriculares e da face;
- Comprometimento neural difuso, com maior carga bacilar e maior potencial de transmissão
- Diagnósticos diferenciais: sífilis, lúpus, leishmaniose, linfomas, leucemias, tuberculose cutânea, sarcoidose, mastocitose cutânea difusa, amiloidose, etc.

### **Hanseníase Neural Primária**

A forma neural primária, normalmente, é um desafio diagnóstico requisitando, por vezes, de exames complementares para estabelecer o diagnóstico como a ultrassonografia dos nervos periféricos e a eletroneuromiografia. O caso não deve ser conduzido exclusivamente pela APS devendo o paciente ser referenciado para atenção especializada. Recomenda-se a realização de exame neurológico minucioso e completo, ressaltando-se que a avaliação neurológica vai além do preenchimento da Avaliação Neurológica Simplificada (Anexo 4), sendo fundamental para a exclusão de diagnósticos diferenciais.

Apesar de tradicionalmente serem utilizados como sinônimos, os termos “hanseníase neural primária” e “hanseníase neural pura” não são conceitualmente equivalentes. A denominação hanseníase neural primária mostra-se mais adequada, uma vez que, a doença acomete o sistema nervoso de forma inicial e predominante, podendo anteceder o surgimento

de manifestações cutâneas. Ademais, observa-se que parte dos casos classificados como “neural pura” apresenta, na realidade, lesões cutâneas discretas ou pouco perceptíveis, que podem passar despercebidas, especialmente em avaliações realizadas por profissionais menos experientes. Dessa forma, o termo “neural pura” pode ser considerado impreciso, pois não exclui o comprometimento cutâneo, mas reflete limitações na detecção clínica das lesões, reforçando a maior adequação conceitual da denominação hanseníase neural primária.

## 8.6 Manejo e tratamento

### 8.6.1 Medidas não farmacológicas

O autocuidado com a pele, mão, pé, olhos e nariz deve ser ensinado às pessoas acometidas logo após o diagnóstico como estratégia central para prevenção de incapacidades, empoderamento e promoção da autonomia. Algumas estratégias não farmacológicas podem ser utilizadas, conforme o quadro abaixo:

Quadro 2- Medidas de autocuidado em Hanseníase e seus objetivos

<b>Categoria</b>	<b>Medidas não Farmacológicas</b>	<b>Objetivos Principais</b>
<b>Educação em saúde e autocuidado</b>	Orientação diária sobre sinais de alerta (dor neural, feridas, ressecamento). Rotina de autocuidado com mãos, pés e olhos. Verificação diária de pele e pontos de pressão.	Prevenir ferimentos, detectar complicações precocemente, empoderar o paciente.
<b>Cuidados com pele e mucosas</b>	Hidratação intensa da pele. Lubrificação ocular quando há diminuição do piscar. Proteção solar.	Evitar fissuras, ulcerações e infecções secundárias.

<b>Prevenção de incapacidades físicas (PI)</b>	<p>Proteção mecânica de pés e mãos.</p> <p>Uso de palmilhas, calçados adaptados, órteses.</p> <p>Alívio de pressão, cuidados com áreas anestésicas.</p>	<p>Reduzir risco de úlceras, deformidades e agravamento da neuropatia.</p>
<b>Fisioterapia e terapia ocupacional</b>	<p>Fortalecimento muscular.</p> <p>Alongamentos para prevenir retrações.</p> <p>Treino de sensibilidade protetora.</p> <p>Tratamento de rigidez articular.</p> <p>Reeducação funcional das mãos e pés.</p>	<p>Manter amplitude de movimento, função muscular e prevenir deformidades.</p>
<b>Treinamento de proteção neural</b>	<p>Orientação para evitar calor extremo, objetos cortantes, fricção e cargas excessivas.</p> <p>Adaptação de tarefas para evitar lesões em áreas insensíveis.</p>	<p>Diminuir risco de lesões em regiões anestésicas.</p>
<b>Ajustes e adaptações funcionais</b>	<p>Reabilitação ocupacional.</p> <p>Adequação de atividades da vida diária (AVDs) e instrumentais (AIVDs).</p> <p>Equipamentos de auxílio (talheres adaptados, utensílios adaptados, etc.).</p>	<p>Facilitar autonomia e participação social.</p>
<b>Úlceras e feridas: manejo não farmacológico</b>	<p>Descompressão do membro acometido.</p> <p>Curativos protetores.</p> <p>Off-loading (remoção de carga) em pés e tornozelos.</p>	<p>Acelerar a cicatrização e evitar infecções ou recidivas.</p>
<b>Intervenções psicossociais</b>	<p>Apoio psicológico individual ou em grupo.</p> <p>Estratégias em resposta ao estigma social.</p> <p>Aconselhamento familiar.</p>	<p>Reduzir impacto emocional, depressão, isolamento e discriminação.</p>

<b>Reabilitação social e profissional</b>	Programas de retorno ao trabalho. Grupos de reabilitação socioeconômica Acompanhamento social.	Promover reintegração social e autonomia socioeconômica.
<b>Visão e proteção ocular</b>	Uso de óculos protetores. Lubrificação ocular. Orientações para evitar poeira, vento e trauma ocular.	Evitar ceratites, ulcerações e perda visual.

Organizações da sociedade civil desempenham papel relevante no suporte às pessoas acometidas pela hanseníase, por meio de ações de educação em saúde, mobilização social, apoio às Redes de Atenção à Saúde (RAS), oferta gratuita de dispositivos de apoio, como órteses e próteses, além de iniciativas de reabilitação, enfrentamento do estigma e promoção da inclusão social. Essas iniciativas complementam a atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) e podem ser acessadas conforme disponibilidade e articulação local.

### **8.6.2 Tratamento farmacológico**

Até 2018, a poliquimioterapia para hanseníase era administrada em esquemas distintos para os casos paucibacilares (PB) e multibacilares (MB), combinando rifampicina e dapsona para PB e, adicionalmente, clofazimina para MB.

A partir de 2018, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a recomendar a utilização dos três medicamentos: rifampicina, clofazimina e dapsona, para todos os casos de hanseníase, independentemente da classificação operacional. Nessa proposta, a diferenciação entre os casos PB e MB mantém-se exclusivamente pela duração do tratamento, sendo indicadas seis meses de duração para os casos PB, com possibilidade de conclusão em até nove meses, e doze meses de duração para os casos MB, com possibilidade de conclusão em até dezoito meses (Quadro 3).

No Brasil, esse esquema foi oficialmente adotado em 2021, recebendo a denominação de Poliquimioterapia Única ou PQT-U. Os medicamentos são disponibilizados

exclusivamente para o tratamento da hanseníase e distribuídos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em apresentações adultas e infantis. O quadro a seguir sintetiza os esquemas terapêuticos, a posologia e a duração do tratamento segundo faixa etária e peso corporal.

Quadro 3 - Esquemas de poliquimioterapia única (PQT-U) para hanseníase, segundo faixa etária e peso corporal

Faixa etária e peso corporal	Apresentação	Posologia	Duração tratamento (MB)	Duração tratamento (PB)
Pessoas com peso acima de 50 kg	PQT-U Adulto	<p><b>Dose mensal supervisionada:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ rifampicina 600 mg</li> <li>■ clofazimina 300 mg</li> <li>■ dapsona 100 mg</li> </ul> <p><b>Dose diária autoadministrada:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ clofazimina 50 mg</li> <li>■ dapsona 100 mg</li> </ul>	12 meses	6 meses
Crianças ou adultos com peso entre 30 e 50 kg	PQT-U Infantil	<p><b>Dose mensal supervisionada:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ rifampicina 450 mg;</li> <li>■ clofazimina 150 mg</li> <li>■ dapsona 50 mg</li> </ul> <p><b>Dose diária autoadministrada:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ clofazimina 50 mg em dias alternados</li> <li>■ dapsona 50 mg diariamente.</li> </ul>	12 meses	6 meses

Crianças com peso abaixo de 30 kg*	Adaptação da PQT-U Infantil	<b>Dose mensal supervisionada:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ rifampicina 10 mg/kg</li> <li>■ clofazimina 6 mg/kg</li> <li>■ dapsona 2 mg/kg</li> </ul> <b>Dose diária autoadministrada:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ clofazimina 1 mg/kg;</li> <li>■ dapsona 2 mg/kg.</li> </ul>	12 meses	6 meses
------------------------------------	-----------------------------	---	----------	---------

Fonte: Adaptado PCDT, 2022

Nota: \*A rifampicina também está disponível no SUS sob a forma de suspensão oral com 20 mg/ml. Para crianças com peso abaixo de 30 kg, a administração diária de clofazimina é dificultada, tendo em vista a sua disponibilidade apenas em cápsulas de 50 e 100 mg. Desse modo, recomenda-se calcular a dose semanal e dividi-la em duas ou três tomadas. Por exemplo: uma criança com 15 kg deverá receber 105 mg de clofazimina ao longo de sete dias (1 mg/kg x 15 kg x 7 dias = 105 mg), podendo receber uma cápsula de 50 mg duas vezes por semana.

O tratamento de pessoas com hanseníase e imunossupressão (HIV, transplantes, uso de imunossupressores) segue o mesmo esquema, com monitoramento mais estreito e manejo cuidadoso de interações medicamentosas e eventos adversos (Quadro 4).

Quadro 4 - Principais efeitos colaterais das medicações da PQT-U e condutas recomendadas

Medicamento	Efeitos Colaterais Comuns	Conduta Recomendada
<b>Rifampicina</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Urina, suor e lágrimas avermelhadas (efeito benigno e transitório)</li> <li>● Hepatotoxicidade</li> <li>● Síndrome pseudogripal (febre, mialgia, calafrios)</li> <li>● Reações hematológicas (trombocitopenia – rara)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Monitorar função hepática</li> <li>● Orientar sobre mudança da cor de fluidos</li> <li>● Suspender em casos de hepatite grave ou alterações hematológicas significativas</li> </ul>
<b>Dapsona</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Anemia hemolítica</li> <li>● Meta-hemoglobinemia</li> </ul>	1. Hemograma periódico (sobretudo nas primeiras 8

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agranulocitose (rara e grave)</li> <li>• <i>Rash</i> cutâneo</li> <li>• Síndrome de hipersensibilidade (DRESS) / síndrome sulfônica</li> </ul>	<p>semanas)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Suspender imediatamente em caso de febre, icterícia ou exantema</li> <li>3. Tratar anemia conforme necessidade</li> <li>4. Considerar substituição por ofloxacino ou minociclina em alergia grave</li> </ol>
<b>Clofazimina</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pigmentação acastanhada da pele</li> <li>• Ressecamento cutâneo</li> <li>• Sintomas gastrointestinais (náuseas, dor abdominal, diarreia);</li> <li>• Íleo paralítico (raro)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar que a pigmentação é reversível meses após o término do tratamento</li> <li>• Incentivar hidratação e fotoproteção</li> <li>• Suspender em sintomas gastrointestinais graves</li> </ul>

Fonte: Elaborada pelos autores, 2025.

Ao término do tratamento, se o(a) médico (a) responsável considerar que o paciente não alcançou melhora clínica satisfatória, que persiste com infiltração significativa ou existir suspeita de resistência medicamentosa, deverá haver encaminhamento para avaliação especializada. Tal avaliação deve ser realizada por uma das unidades sentinelas: o SAM-Hanseníase, o CEDERM (referência estadual) ou o Ambulatório de Hanseníase do HUWC/UFC. Essas unidades sentinelas, previamente cadastradas e habilitadas pela Secretaria da Saúde do Ceará (SESA), integram a rede de vigilância da resistência antimicrobiana para a hanseníase.

## 8.7 Estratificação de risco

### Fatores de risco

A estratificação de risco para hanseníase considera, entre outros, os seguintes fatores:

**Vulnerabilidade social:** Pobreza e extrema pobreza, insegurança alimentar, situações de aglomeração domiciliar, ausência de rede pública de saneamento básico, pessoas em situação

de rua, pessoas privadas de liberdade e indivíduos com baixa escolaridade, dentre outras condições.

**Convivência com pessoas infectadas:** O principal fator de risco é o contato com pessoas com a forma MB da doença que ainda não iniciaram tratamento, porém, contatos de pessoas com diagnóstico de classificação PB também devem ser investigadas. A população de maior risco é a dos contatos intradomiciliares, ou seja, as pessoas que convivem ou conviveram no mesmo domicílio com casos diagnosticados nos últimos cinco anos. Pessoas que mantiveram contato íntimo e prolongado, mesmo fora do domicílio, também podem apresentar maior risco de infecção e adoecimento.

**Risco habitual:** em acompanhamento que cursam o tratamento sem maiores intercorrências, com grau de incapacidade física O ou II, utilizando regularmente a medicação prevista (PQT-U por 6 ou 12 meses, conforme classificação operacional).

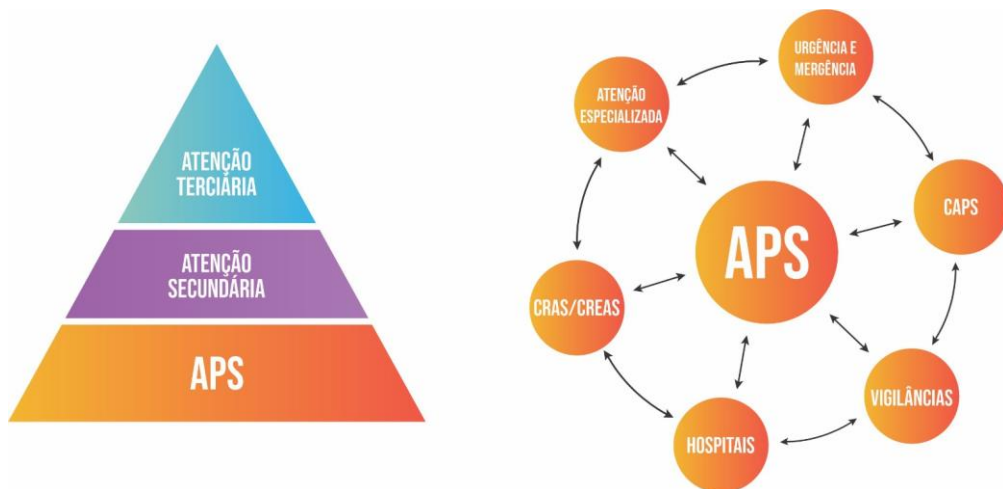
**Alto Risco:** Pacientes com episódios reacionais, reação adversa à medicação, crianças menores de 15 anos, idosos com 60 anos ou mais, indivíduos com coinfeções (tuberculose, HIV, hepatites virais, entre outras), gestantes e pacientes com grau de incapacidade física II.

Os casos classificados como de alto risco poderão contar com o apoio da teleconsultoria assíncrona em hanseníase para a construção compartilhada do Plano Terapêutico Singular (PTS). Poderão, ainda, ser encaminhados para atendimento compartilhado no Serviço de Atenção Matricial em Hanseníase (SAM-Hanseníase), localizado na UAPS Hélio Goés, para atendimento por dermatologistas nas policlínicas, ou, quando indicado, para a referência estadual (CEDERM).

## **9. PAPEL DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS) NO CUIDADO À HANSENÍASE**

A figura 1 a seguir ilustra a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no cuidado à hanseníase, destacando a Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora do cuidado e articuladora dos diferentes pontos da rede. Essa integração é fundamental para garantir diagnóstico precoce, manejo das reações hansênicas, prevenção de incapacidades e cuidado integral às pessoas acometidas pela doença.

Figura 1 – Organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no cuidado à hanseníase



Fonte: Autoria própria, 2025.

### **Atenção Primária à Saúde (APS):**

Responsável pela suspeita e diagnóstico precoce, acompanhamento clínico, realização da ANS e vigilância de contatos. Compete à APS:

- Efetuar busca ativa utilizando o Questionário de Suspeição de Hanseníase (QSH) (Anexo 2)
- Realizar, quando disponível, a baciloscopia para hanseníase (raspado dérmico);
- Realizar o teste rápido imunocromatográfico para determinação qualitativa de anticorpos IgM anti-*M. leprae* em contatos, conforme fluxograma (Anexo 1);
- Encaminhar o paciente para as especialidades necessárias;
- Acionar e cooperar com a realização de ações de Apoio Matricial.

### **Atenção Secundária:**

Garantir o cuidado integral das pessoas acometidas, com ênfase:

- no manejo de pacientes com reação hansênica tipo 2;
- no acompanhamento de casos em uso de esquemas alternativos;
- na avaliação de casos de dúvida diagnóstica.

### **Atenção Terciária:**

- Acompanhamento de pessoas com reações hansênicas graves.
- Atendimento e seguimento de casos com sequelas que demandem procedimentos cirúrgicos, como cirurgias de liberação de nervos, ou outros cuidados de alta complexidade.
- Avaliação especializada, incluindo abordagens neurológica, ortopédica e oftalmológica.
- Investigação de resistência medicamentosa.
- Realização de exames complementares, como exames de biologia molecular como reação em cadeia da polimerase quantitativa (qPCR).

## **10. MATRICIAMENTO OU APOIO MATRICIAL (AM)**

O Apoio Matricial (AM) é uma nova forma de organizar o trabalho em saúde na qual, pelo menos, duas equipes, a equipe matriciadora e a equipe de referência, se articulam de modo contínuo. O objetivo é ofertar um cuidado mais qualificado e resolutivo, por meio de suporte técnico-pedagógico e de corresponsabilização pelo cuidado.

O AM oferece retaguarda assistencial e suporte técnico às equipes de referência, complementando o modelo hierarquizado tradicional baseado apenas em referência e contrarreferência. A equipe ou profissional matriciador passa a ser corresponsável pelo cuidado, compartilhando decisões clínicas e estratégias de manejo.

A estratégia do AM foi desenvolvida no Brasil, na década de 1990, por Gastão Wagner de Sousa Campos, médico sanitário e professor titular da Universidade Estadual de Campinas, militante da Reforma Sanitária, referência notória no campo da Saúde Coletiva no país.

Apesar do AM ter surgido há mais de trinta anos e embora tenha um potencial transformador, ele ainda é pouco explorado de forma plena e sistemática na prática clínica da

APS e, quando aplicado, costuma estar mais concentrado na área da Saúde Mental. A aplicação do AM em áreas da saúde distintas da saúde mental, tal qual a hanseníase, ainda se encontra em estágio incipiente, configurando-se como estratégia inovadora e com elevado potencial de impacto no fortalecimento das ações em saúde pública.

Ademais, observa-se que, frequentemente, os termos “apoio matricial” ou “matriciamento” são empregados de forma imprecisa, sendo utilizados para designar ações pontuais, como atividades formativas isoladas ou a simples resolução de dúvidas eventuais entre profissionais, o que descaracteriza os fundamentos conceituais e operacionais dessa estratégia (Quadro 5).

Quadro 5 - Apoio Matricial: distinções entre a prática adequada e práticas equivocadas

<b>É apoio matricial</b>	<b>Não é apoio matricial</b>
Construção conjunta de planos de ação e PTS	Consulta médica com especialista
Corresponsabilização pela pessoa acometida: equipe matriciadora e equipe de referência compartilham o cuidado	Tirar uma dúvida pontual com o especialista
Horizontalidade entre equipes: o diálogo horizontal favorece o trabalho colaborativo, sem hierarquias rígidas	Verticalidade: especialistas ditam condutas, equipe da APS é receptora passiva
Retaguarda técnico-pedagógica: formação em serviço e estratégia de EPS	Formações isoladas ou focalizadas, sem continuidade
Trabalho inter-multidisciplinar, envolvendo diferentes saberes e profissões	Trabalho médico isolado, sem envolver outras profissões de saúde
Profissionais complementam, e não substituem, o trabalho da equipe de saúde da família (eSF)	Profissionais especialistas substituem o trabalho da equipe de saúde da família

Apoio longitudinal, contínuo e sustentado ao longo do tempo	Apoio pontual, sem seguimento ou acompanhamento processual
Vínculo com a gestão e articulação com a rede de atenção: atuação integrada, com foco na superação de barreiras	Profissionais com expertise na temática, mas sem vínculo com a rede e sem compreensão dos fluxos institucionais
Forte integração da atenção com ações de vigilância	Limitada integração da atenção com ações de vigilância

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

## 11. ROTEIRO PARA CONSULTA

### 11.1 Registro em prontuário

O registro adequado em prontuário é uma responsabilidade ética e legal do(a) médico(a) e do(a) enfermeiro(a). Quando realizado de forma criteriosa e detalhada, contribui significativamente para a segurança do paciente, a prevenção de falhas e a qualificação do cuidado. Uma estrutura padronizada facilita o acompanhamento, o planejamento terapêutico e a comunicação entre os diferentes profissionais de saúde da rede de atenção envolvidos no cuidado à pessoa acometida por hanseníase.

A descrição adequada da anamnese, do exame físico e da evolução clínica no prontuário eletrônico:

- fortalece a segurança terapêutica, prevenindo subdosagens e superdosagens;
- qualifica a comunicação entre os profissionais de saúde;
- favorece a continuidade e a longitudinalidade do cuidado;
- contribui para o aprimoramento das ações de vigilância e monitoramento de contatos.

Recomenda-se que toda consulta de pacientes acometidos por hanseníase, no município de Fortaleza, contenha logo no início do registro (no cabeçalho) as seguintes informações básicas conforme Quadro 6 a seguir:

Quadro 6 - Cabeçalho Padronizado de Prontuário para Atendimento de Hanseníase

<b>ATENDIMENTO DE HANSENÍASE</b>	
<b>Campo</b>	<b>Informação a ser preenchida</b>
<b>Classificação Clínica</b>	Ex.: indeterminada, tuberculoide, dimorfa, virchowiana, neural pura, etc.
<b>Classificação Operacional</b>	Paucibacilar ou Multibacilar
<b>Data do início da PQT-U</b>	DD/MM/AAAA
<b>Número de doses supervisionadas</b>	Quantidade total administrada até o momento
<b>Resultado da baciloscopia inicial (raspado dérmico)</b>	Ex: em andamento, não realizada, negativa, 1+, 3+, etc.
<b>Número de contatos registrados</b>	Total de contatos domiciliares ou próximos
<b>Número de contatos examinados</b>	Quantos contatos já foram avaliados clinicamente
<b>Números de contatos com testes rápidos positivos e que não possuem hanseníase</b>	Nomes dos contatos positivos e que precisam de seguimento anual por 5 anos

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

Considerando que o método SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano) oferece uma estrutura consistente, padronizada e centrada na pessoa, recomenda-se sua utilização como modelo de registro clínico na APS para o atendimento de pessoas acometidas por hanseníase. Essa ação facilita a continuidade do cuidado e a comunicação entre os profissionais de saúde e entre médico e paciente.

## **Subjetivo**

### Dados pessoais

- Nome civil ou nome social (a utilização do nome social no SUS é obrigatório e respaldado pela Portaria MS nº 1.820, de 13 de agosto de 2009 e Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011 ), idade, profissão ou ocupação, religião ou espiritualidade, naturalidade, procedência, onde vive, com quem mora.

### Informações clínicas:

- Caracterizar sinais e sintomas (neurológicos, cutâneos e gerais), tempo de evolução, fatores desencadeantes, sintomas associados e tratamentos prévios. O QSH (Anexo 2) pode ser utilizado como apoio estruturado à anamnese.

### Antecedentes pessoais e doenças coexistentes:

- Comorbidades (diabetes, hipertensão, doenças autoimunes, HIV etc.), medicamentos de uso contínuo, alergias medicamentosas, contato prévio com pessoas com hanseníase ou com o bacilo, outras condições relevantes.

### Antecedentes familiares:

- História familiar de hanseníase e outras doenças infecciosas ou negligenciadas relevantes.

### Hábitos sociais:

- Etilismo, tabagismo, uso de substâncias psicoativas, bem como convívio com tatus, pebas, especialmente o tatu-galinha (*D. novemcinctus*), seja por criação, manuseio, abate ou consumo de carne.

## **Objetivo**

### **Exame físico geral:**

Sinais vitais, estado geral, avaliação cardiopulmonar, abdominal, neurológica geral.

### **Exame neurodermatológico:**

- Inspeção minuciosa de todo o tegumento, em sentido céfalo-caudal, buscando:
  - madarose;

- infiltração auricular e/ou da face;
  - hansenomas;
  - manchas, nódulos ou placas;
  - áreas de pele com perda de pilosidade e/ou capacidade de sudorese;
  - alterações de textura, cor ou espessamento da pele.
- Teste de sensibilidade nas lesões suspeitas (térmica, dolorosa e tátil) (Apêndice 3).
  - Preenchimento da Avaliação Neurológica Simplificada (ANS) (Anexo 4), incluindo:
    - exame dos nervos periféricos (ulnares, medianos, radiais, fibulares e tibiais e, embora não constem formalmente na ANS, recomenda-se também avaliar nervos auriculares, fibulares superficiais e surais);
    - avaliação de força muscular;
    - avaliação da sensibilidade nas palmas das mãos e plantas dos pés.

#### **Registro dos exames laboratoriais:**

- No momento do diagnóstico da hanseníase, recomenda-se solicitar:
  - Hemograma completo;
  - Função renal (ureia e creatinina);
  - Função hepática (ALT/TGP e AST/TGO);
  - Eletrólitos (sódio e potássio);
  - Glicemia de jejum;
  - Hemoglobina glicada (HbA1c);
  - Sumário de urina;
  - Sorologias gerais (hepatites virais, sífilis e HIV).
- Caso o paciente tenha exames laboratoriais recentes (realizados até 3 meses antes do início da PQT-U), a necessidade de repetição deve ser avaliada pelo médico, com base na situação clínica e nos princípios da prevenção quaternária.
- Recomenda-se repetir, após 30 dias do início da PQT-U, hemograma completo, função renal, ALT/TGP, AST/TGO, sódio, potássio e outros exames a critério clínico.
- Exames adicionais podem ser solicitados durante o restante do tratamento, conforme

avaliação clínica.

- Quando disponível e com concordância do paciente, o raspado dérmico deve ser realizado no momento do diagnóstico. Resultado negativo não exclui hanseníase; resultado positivo, além de confirmar o diagnóstico, classifica o caso operacionalmente como multibacilar.
- Não há obrigatoriedade de repetir o raspado dérmico ao final do tratamento com PQT-U.

### **Avaliação**

- Classificação clínica e classificação operacional da hanseníase;
- Evolução em relação ao acompanhamento anterior;
- Avaliação da adesão ao tratamento;
- Avaliação do grau de incapacidade física no momento do diagnóstico e no último preenchimento da ANS;
- Identificação de episódios de reação hansênica (tipo 1 ou tipo 2).

### **Plano**

- Notificação do caso (quando se tratar do atendimento diagnóstico)
- Administração da dose supervisionada;
- Início ou manutenção da poliquimioterapia (PQT-U);
- Garantia do cuidado integral: sempre encaminhar para avaliação odontológica e oftalmológica. Outros encaminhamentos, quando necessários, deverão ser realizados como fisioterapia, psicologia, estomaterapia, otorrinolaringologia, assistência social, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e etc.
- Solicitação de exames laboratoriais
- Orientação de medidas de prevenção de incapacidades (autocuidado, uso de órteses, proteção de áreas anestésicas);
- Avaliação e manejo de reações hansênicas (corticoides sistêmicos, talidomida, entre outros);
- Educação em saúde e orientação dos contatos;
- Agendamento de reavaliações e das datas para as doses supervisionadas seguintes.

## **11.2. Consultas seguintes durante a PQT-U**

- Agendar consultas mensais para administração da dose supervisionada da PQT-U e monitorar a adesão à dose autoadministrada.
- Preencher a ANS no início do tratamento, a cada 3 meses e sempre que houver queixa ou suspeita de piora neurológica, conforme critério clínico.
- Garantir que todo paciente acometido por hanseníase seja acompanhado por equipe de saúde bucal, considerando que processos infecciosos odontogênicos (cáries, periodontites, abscessos) podem desencadear ou agravar episódios reacionais, incluindo formas recalcitrantes.
- Encaminhar todo paciente diagnosticado com hanseníase para, pelo menos, uma avaliação oftalmológica especializada durante o acompanhamento clínico, visando à detecção precoce e manejo de alterações oculares associadas à doença.
- Assegurar o cuidado integral, com encaminhamento médico, quando necessário, para outras especialidades (Fisioterapia, Neurologia, Ortopedia, Estomaterapia, Psicologia, entre outras).
- Monitorar a vigilância de contatos: todos os contatos registrados devem ser examinados clinicamente e, conforme os achados, orienta-se a realização ou não de testes rápidos e a indicação de quimioprofilaxia, seguindo o fluxo de investigação de contatos do PCDT (2022) conforme Anexo 1.
- Fornecer orientações sistemáticas sobre prevenção de incapacidades decorrentes da neuropatia periférica.

## **12. CUIDADOS ODONTOLÓGICOS EM HANSENÍASE**

A hanseníase manifesta-se predominantemente por alterações neurodermatológicas, mas pode acometer múltiplos órgãos e tecidos, incluindo estruturas da cavidade oral e da região cefálica. Mucosa nasal, mucosa oral e tecidos adjacentes podem ser afetados, sobretudo em casos avançados e em pacientes MB.

Nesse contexto, a atuação da Odontologia, especialmente na APS, é fundamental para o cuidado integral às pessoas acometidas. O(A) cirurgião-dentista, inserido na equipe

multiprofissional, pode ser o primeiro profissional a suspeitar de hanseníase, uma vez que muitas das manifestações iniciais ou mais evidentes localizam-se no polo cefálico.

Durante a avaliação clínica, podem ser identificadas:

- madarose (perda de pelos, especialmente sobrancelhas);
- infiltração da face;
- espessamento dos lobos auriculares;
- espessamento do nervo auricular posterior;
- alterações de mucosa oral e nasal compatíveis com hanseníase.

Além do papel no diagnóstico precoce, o cirurgião-dentista exerce função essencial na prevenção e manejo de agravos que podem desencadear ou agravar reações hansênicas, em especial as formas recalcitrantes. Infecções odontogênicas, como periodontites e cáries profundas, podem atuar como focos inflamatórios crônicos e precipitar episódios reacionais.

A Odontologia contribui, portanto, diretamente para o controle da hanseníase ao integrar:

- vigilância ativa de sinais e sintomas;
- diagnóstico precoce;
- promoção da saúde bucal;
- prevenção e tratamento de infecções odontogênicas;
- apoio à educação em saúde e ao autocuidado.

A presença ativa do cirurgião-dentista na APS reforça a lógica da atenção integral e longitudinal, fundamental para o enfrentamento de doenças negligenciadas como a hanseníase.

### **13. EXAMES DE APOIO AO MANEJO CLÍNICO**

A análise de resultados de exames complementares não deve retardar o início do tratamento em casos nos quais o diagnóstico clínico de hanseníase esteja estabelecido, exceto quando os achados clínicos sugerirem alterações que contraindiquem ou exijam ajuste na PQT (por exemplo, anemia grave, importante alteração de enzimas hepáticas).

Exames de apoio ao diagnóstico incluem:

- **Pesquisa de BAAR em raspado dérmico:**

Realizada em lesões de pele, lóbulos auriculares e cotovelos. Auxilia na confirmação diagnóstica e na classificação operacional. O resultado negativo não exclui o diagnóstico de hanseníase.

- **Biópsia de pele:**

Útil no diagnóstico diferencial, na confirmação de formas atípicas, na classificação clínica e na investigação de resistência medicamentosa.

- **Teste sorológico ML-Flow:**

Disponível nas unidades de APS para contatos de casos de hanseníase, após avaliação neurodermatológica (ver Fluxograma 1).

- **Eletroneuromiografia:**

Exame que avalia a função do sistema nervoso periférico por meio de testes elétricos em nervos, músculos e junções neuromusculares. Não é específico para hanseníase, mas pode detectar precocemente lesões neurais ainda não identificadas clinicamente, inclusive com monofilamentos, e reação hansênica tipo 1 (neurite). Auxilia na caracterização da gravidade, do tipo de dano e na avaliação da resposta ao tratamento.

- **Ultrassonografia de nervos periféricos:**

Útil para análise morfológica dos nervos, sendo capaz de identificar espessamento, assimetria e focalidade. Além disso, pode auxiliar na detecção de alterações neurais subclínicas, como edema, microabscessos e perda de arquitetura normal do nervo. Contribui para o diagnóstico precoce e a avaliação de casos complexos. Atualmente, não está disponível de forma rotineira no SUS, devendo ser reservada, quando acessível, a situações de refratariedade ao tratamento medicamentoso ou de dúvida diagnóstica persistente.

#### **14. CUIDADOS PÓS-ALTA POR “CURA” E REAÇÕES HANSÊNICAS**

A expressão “alta por cura”, comumente utilizada ao término do tratamento da hanseníase com poliquimioterapia (PQT-U), merece reflexão crítica sob a perspectiva do cuidado integral ao paciente. Embora o tratamento medicamentoso tenha a proposta de

eliminar o bacilo, muitos pacientes permanecem adoecidos por diferentes razões: sequelas irreversíveis decorrentes de diagnóstico tardio, especialmente nos casos classificados com Grau de Incapacidade Física 2 (GIF 2), ou pela natureza crônica da doença, que pode desencadear respostas inflamatórias imunológicas mesmo após o término da terapia (reações hansênicas).

Além disso, alguns pacientes, infelizmente, são classificados erroneamente como paucibacilares, recebendo esquema insuficiente, o que pode resultar em insuficiência terapêutica e recidiva da doença anos após o término do tratamento. Adicionalmente, outros indivíduos apresentam predisposição imunogenética que compromete a capacidade de combater o bacilo e, ao retornarem a ambientes com alta carga bacilar, podem se reinfetar e adoecer novamente. Esses fatores reforçam a necessidade de vigilância contínua e acompanhamento prolongado, mesmo após a conclusão da PQT-U, garantindo detecção precoce de complicações ou recidivas.

Essa realidade evidencia que a alta médica não significa necessariamente a cura clínica ou funcional completa do paciente. Muitos indivíduos continuam necessitando de acompanhamento e suporte especializado para lidar com as consequências físicas, emocionais e sociais da hanseníase. Assim, a continuidade do cuidado deve envolver uma equipe multiprofissional, incluindo fisioterapeuta, médico, enfermeiro, dentista, oftalmologista e psicólogo, assegurando atenção integral, prevenção de incapacidades adicionais e promoção da qualidade de vida.

Portanto, a noção de “alta por cura” deve ser reinterpretada dentro de uma perspectiva de cuidado prolongado, centrada no paciente, que reconhece as limitações da intervenção medicamentosa isolada, a possibilidade de reinfecção, o risco de classificação equivocada e valoriza a atenção continuada às necessidades clínicas, funcionais e psicossociais de cada indivíduo.

Outro ponto que merece a atenção são as reações hansênicas, fenômenos inflamatórios agudos ou subagudos que acometem cerca de 50% dos pacientes e podem ocorrer antes, durante ou após o tratamento. Reações recalcitrantes, ou seja, persistentes, frequentes ou de difícil controle, podem apontar para a presença de infecções subclínicas (cáries, periodontites,

parasitoses intestinais, sinusopatias) ou outros fatores desencadeantes, como desordens endócrinas/metabólicas.

Nesses casos, é importante investigação ampliada e abordagem interdisciplinar. Adicionalmente, quando as reações persistem por mais de três anos, deve-se investigar a possibilidade de recidiva da doença.

As reações hansênicas são classificadas, principalmente, em (Apêndice 2):

- **Reação tipo 1** (reação reversa);
- **Reação tipo 2** (incluindo o eritema nodoso hansênico e outras apresentações).

#### **14.1 Reação hansênica tipo 1 (reação reversa)**

A reação tipo 1, ou reação reversa (RR), caracteriza-se por exacerbação inflamatória de lesões pré-existentes e/ou neurite. É mais frequente em pacientes com formas dimorfas.

- **Exacerbação de lesões cutâneas pré-existentes:**

Lesões antigas tornam-se mais eritematosas, edemaciadas, dolorosas e infiltradas. Podem também surgir novas lesões.

- **Neurite dolorosa:**

Dor aguda ou subaguda à palpação de nervos periféricos, associada ou não a perda de função.

- **Neurite silenciosa:**

Inflamação de nervos periféricos sem dor ou espessamento evidente, mas com perda funcional detectada em exame neurológico cuidadoso, incluindo o preenchimento rotineiro da ANS onde evidenciamos deterioração sensiométrica. A neurite silenciosa também pode ser identificada por meio de exames como eletroneuromiografia e/ou ultrassonografia de nervos periféricos.

O tratamento é feito com Prednisona na dose de 1 mg/kg/dia, seguida de desmame lento e gradual. Por se tratar de dose imunossupressora, recomenda-se:

- profilaxia de estrogiloidíase disseminada com albendazol 400 mg/dia por 5 dias (ou esquema equivalente, conforme protocolos);

- profilaxia de osteoporose com carbonato de cálcio 1.000 mg/dia e vitamina D 400–800 UI/dia;
- proteção gástrica com inibidor de bomba de prótons (ex.: omeprazol);
- monitorização de peso, pressão arterial e glicemia de jejum.
- se possível, manejo compartilhado com apoio matricial

## 14.2 Reação hansênica tipo 2

A reação tipo 2 é uma complicação imunológica aguda ou subaguda decorrente da formação e deposição de imunocomplexos circulantes caracterizando um exemplo de reação tipo III de Gel e Coombs. Acomete, principalmente, pacientes com hanseníase do polo virchowiano. O eritema nodoso hansênico (ENH) é sua forma mais comum, mas não a única. Outras manifestações incluem lesões do tipo eritema multiforme-símile; comprometimento de órgãos (irite, orquite, glomerulonefrite, entre outros).

O ENH, habitualmente, é acompanhado de sintomas sistêmicos, como febre, mal-estar, mialgia e artralgia. O tratamento de escolha para o ENH, na ausência de contraindicação, é a talidomida, fármaco com alto potencial teratogênico. Seu uso exige:

- prescrição criteriosa;
- rigoroso controle de estoque, dispensação e registro;
- aconselhamento reprodutivo e métodos contraceptivos eficazes para mulheres em idade fértil;
- monitoramento estreito de efeitos adversos.
- Sempre que possível, recomenda-se o encaminhamento e acompanhamento conjunto com serviços especializados para manejo de reações tipo 2 e seus desfechos.

## 15. AVALIAÇÃO DE CONTATOS

A avaliação de contatos de pessoas com hanseníase é fundamental para interromper a cadeia de transmissão. Os contatos de casos de hanseníase devem ser avaliados na unidade de

APS mais próxima do local de residência. Todos os contatos devem ser avaliados o mais breve possível. Segundo o Ministério da Saúde (2022), são considerados contatos “toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido, conviva ou tenha convivido com o doente de hanseníase, no âmbito domiciliar, nos últimos cinco anos anteriores ao diagnóstico, podendo ser familiar ou não”.

A avaliação neurodermatológica pode ser realizada por enfermeiros ou médicos e deve incluir:

- inspeção da pele de toda a superfície corporal (distribuição de pelos, sudorese, presença de nódulos, infiltrações, edema, ressecamento, fissuras ou outras lesões);
- avaliação da sensibilidade (térmica, dolorosa e tátil) em lesões de pele e/ou áreas referidas como dormentes;
- palpação dos nervos periféricos (membros superiores: radial, ulnar e mediano; membros inferiores: fibular e tibial), associada à avaliação da função sensitiva e motora de mãos, pés e olhos.

### **15.1 Teste rápido imunocromatográfico para a determinação qualitativa de anticorpos IgM anti-*M. leprae***

O Brasil é o primeiro país a incorporar, no âmbito do SUS, um teste rápido para detecção de anticorpos anti-*M. leprae* como método auxiliar nas ações de controle da hanseníase. O teste deve ser utilizado como ferramenta de apoio na avaliação de contatos, com as seguintes finalidades:

- identificar grupos de maior risco para desenvolvimento futuro da doença;
- orientar a necessidade de monitoramento clínico mais próximo;
- apoiar decisões sobre encaminhamentos e intervenções, conforme fluxogramas definidos.

### **15.2 Imunoprofilaxia**

A vacina BCG-ID deve ser aplicada nos contatos examinados sem sinais e sintomas de hanseníase no momento da investigação, independentemente da classificação operacional do caso índice. O esquema de vacinação deve considerar o histórico vacinal do contato:

- **Contatos com menos de 1 ano de idade:** Se já foram vacinados com BCG, não necessitam de outra dose.
- **Contatos com 1 ano de idade ou mais:** Adotar o seguinte esquema:

#### Quadro 7 - Esquema de vacinação BCG para contatos de hanseníase

Cicatriz Vacina	Conduta
Ausência de cicatriz BCG	Uma dose
Uma cicatriz de BCG	Uma dose
Duas cicatrizes de BCG	Não vacinar

Fonte: Manual de Normas e Procedimentos para vacinação – MS, 2024

A revacinação com BCG não está indicada nas seguintes situações:

- imunodeficiências primárias ou adquiridas;
- neoplasias malignas em atividade;
- pacientes imunossuprimidos em uso de imunobiológicos ou em uso de corticosteroides em dose imunossupressora (equivalente à prednisona  $\geq 2$  mg/kg/dia para crianças até 10 kg ou  $\geq 20$  mg/dia para indivíduos acima de 10 kg, por período superior a duas semanas);
- gestantes (recomenda-se aguardar a resolução da gravidez para realizar a vacinação)
- Pessoas em tratamento para tuberculose ou já tratadas para essa doença não necessitam de BCG profilática para hanseníase.

## 16. HANSENÍASE E A ATUAÇÃO DAS EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA: DESAFIOS E POTENCIALIDADES NO CUIDADO ÀS POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE RUA

As Equipes de Consultório na Rua (eCR) foram instituídas no SUS pela Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011, com o objetivo de ampliar o acesso e qualificar a atenção à

saúde da população em situação de rua. Essa estratégia reconhece a complexidade e a singularidade do cuidado a esse grupo, propondo uma atuação itinerante, vinculada à APS e pautada em direitos humanos, vínculo, escuta qualificada e intersetorialidade.

A Portaria nº 2.488/2011, que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) à época, incluiu formalmente as eCR na rede de atenção, definindo suas atribuições e composição. A PNAB consolidada (Portaria de Consolidação nº 2/2017) reafirma a relevância das eCR na construção de respostas públicas dirigidas a populações em maior vulnerabilidade.

Em Fortaleza, o Consultório na Rua foi implantado em maio de 2023, com expansão de uma para seis equipes. Cada equipe é composta por 11 profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, agentes sociais, profissionais de apoio e motoristas). As unidades móveis circulam por diferentes Regionais de Saúde, priorizando áreas com maior concentração de pessoas em vulnerabilidade social. Atualmente, as seis eCR estão vinculadas às seguintes unidades:

- **Equipe ECR I** – UAPS Airton Monte
- **Equipe ECR II** – UAPS Liduína Maria
- **Equipe ECR III** – UAPS César Cals
- **Equipe ECR IV** – UAPS Francisco Monteiro
- **Equipe ECR V** – UAPS Águeda Xerez
- **Equipe ECR VI** – UAPS Padre Alberto Trombini

Estudos epidemiológicos demonstram que a hanseníase é mais frequente em contextos de pobreza, baixa escolaridade, habitação precária e acesso limitado aos serviços de saúde – características comuns à trajetória de muitas pessoas em situação de rua. Isso reforça o papel estratégico das eCR no enfrentamento da hanseníase:

- identificação precoce de casos suspeitos;
- promoção de ações educativas e de autocuidado;
- articulação com a Rede de Atenção à Saúde e com serviços especializados;
- redução de barreiras de acesso, inclusive estigma e discriminação.

Devido ao curso clínico insidioso e potencialmente incapacitante da hanseníase, a vigilância ativa e o acompanhamento prolongado são fundamentais. Porém, regularidade de seguimento é um desafio entre pessoas em situação de rua, dada a mobilidade e a ausência de moradia fixa. As eCR exercem papel decisivo na construção de vínculos, na busca ativa e no acompanhamento compartilhado com as equipes de APS e serviços de referência.

A integração das eCR às políticas de controle da hanseníase é, portanto, essencial para o enfrentamento das iniquidades em saúde e para a oferta de cuidado digno e efetivo às pessoas em situação de rua. Isso implica.

- formação contínua das equipes;
- fortalecimento da articulação intersetorial (saúde, assistência social, direitos humanos, habitação, justiça);
- consolidação de fluxos de referência e contrarreferência com a RAS.

Quando um caso de hanseníase é identificado pela eCR, a equipe deve:

- realizar o atendimento inicial;
- notificar o caso no sistema de informação;
- dispensar o medicamento referente ao primeiro mês de tratamento;
- oferecer ao paciente a possibilidade de seguimento e acompanhamento na unidade de saúde de origem ou da sua preferência, incluindo a eCR conforme melhor vínculo estabelecido, para as doses subsequentes e seguimento clínico.

## **17. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A consolidação da Linha de Cuidado da Pessoa Acometida pela Hanseníase em Fortaleza representa um avanço significativo, mas também explicita a dimensão dos desafios que ainda se colocam para o município, para o estado do Ceará e para o Brasil no enfrentamento de uma doença historicamente negligenciada. Em um cenário em que o país permanece entre aqueles com maior número absoluto de casos no mundo, e considerando que o Ceará e Fortaleza se configuram como territórios prioritários em diferentes boletins

epidemiológicos, a existência desta linha de cuidado só cumprirá seu papel se for, de fato, incorporada à rotina dos serviços, financiada de forma estável, monitorada com indicadores claros e permanentemente atualizada à luz das políticas nacionais e estaduais e da realidade concreta dos territórios.

Ao articular diagnóstico precoce, manejo clínico, vigilância de contatos, reabilitação e reinserção social, este documento dialoga diretamente com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase, com a Estratégia Global de Hanseníase 2021–2030 da Organização Mundial da Saúde e com as iniciativas nacionais e estaduais de enfrentamento das doenças tropicais negligenciadas. No entanto, a tradução dessas diretrizes para o cotidiano da APS em Fortaleza exige enfrentar problemas estruturais bem conhecidos: desfinanciamento histórico, precarização de vínculos de trabalho, rotatividade de profissionais, sobrecarga assistencial e desigualdades intraurbanas que concentram a doença nas periferias e territórios de maior vulnerabilidade social. Exige, também, garantir a longitudinalidade do cuidado, com equipes capazes de acompanhar pessoas e famílias ao longo do tempo, superando práticas episódicas e centradas apenas no tratamento medicamentoso.

Do ponto de vista local, os dados do município revelam uma redução das taxas de detecção ao longo das últimas décadas, mas também a persistência de casos em menores de 15 anos, elevada proporção de formas multibacilares e manutenção de incapacidades físicas evitáveis. Esses indicadores, quando lidos em conjunto, mostram que ainda convivemos com diagnóstico tardio, vigilância de contatos irregular e barreiras de acesso, especialmente nas Regionais V e VI e em bairros historicamente marcados por exclusão social. A Linha de Cuidado, ao reconhecer explicitamente esses territórios e grupos, desloca o debate da lógica abstrata de metas para a concretude das iniquidades em saúde, convocando uma atuação mais territorializada, intersetorial e politicamente comprometida, que inclua o enfrentamento do estigma como eixo estruturante – estigma esse que atravessa serviços, comunidades e relações de trabalho, e que continua produzindo silêncio, medo, atraso no diagnóstico e violências simbólicas e materiais.

Nesse sentido, fortalecer a APS como coordenadora do cuidado, ampliar o apoio matricial em hanseníase, consolidar a oferta de baciloscopia e testes rápidos para contatos,

qualificar o trabalho das eCR e integrar a rede de reabilitação e saúde mental não é apenas um ajuste organizacional: é uma escolha política alinhada ao projeto de um SUS universal, público, gratuito e equânime, ancorado em um Estado democrático que reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado. A Linha de Cuidado tensiona, assim, a necessidade de que a hanseníase e as DTNs sejam tratadas como prioridades nas agendas públicas municipais, estaduais e nacionais, e não como temas residuais, dependentes de projetos pontuais ou da boa vontade de alguns atores isolados.

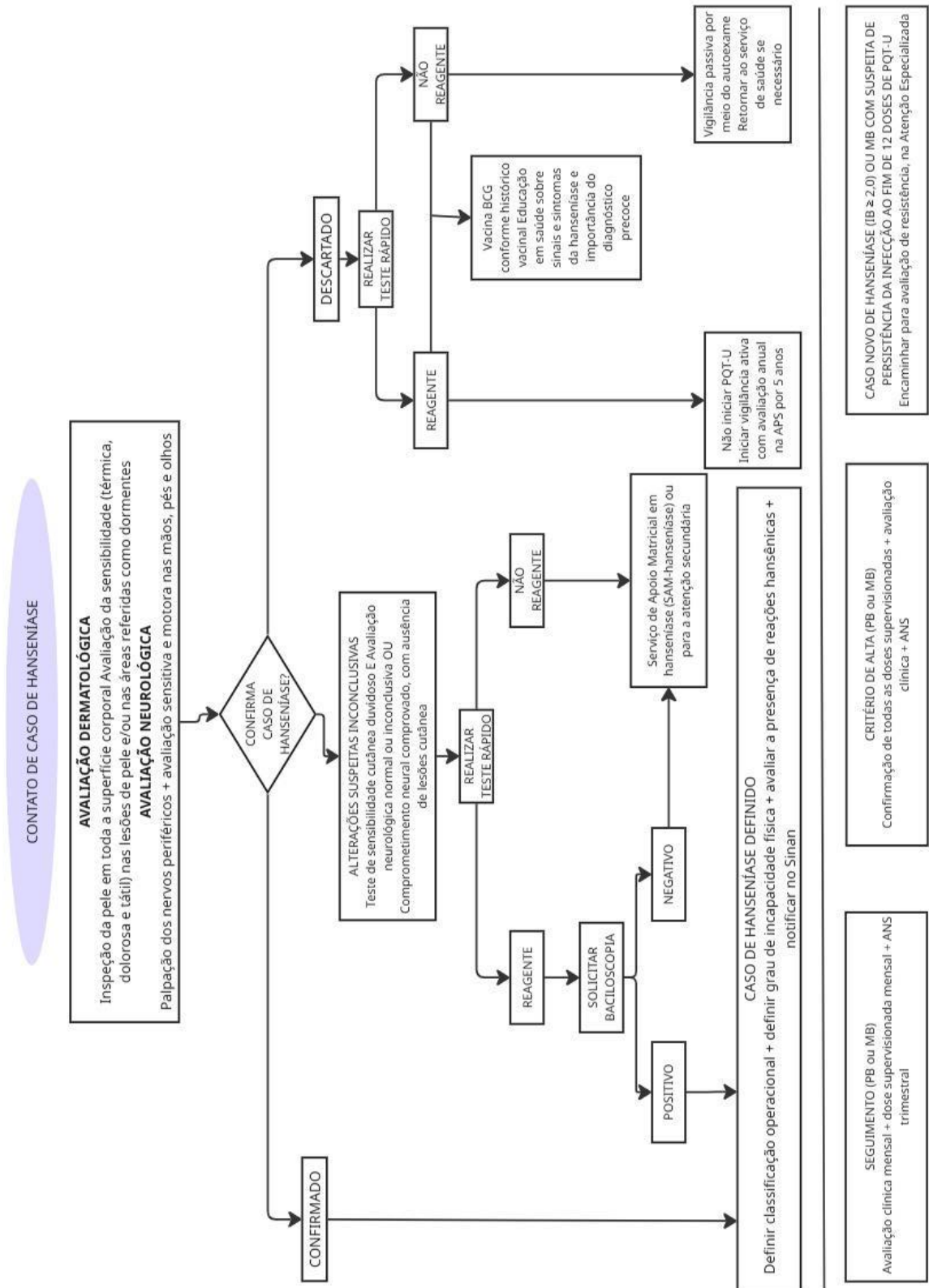
A realização da I Conferência Livre em Doenças Tropicais Negligenciadas de Fortaleza inscreve-se nesse movimento, ao trazer para o centro do debate a voz de pessoas acometidas, trabalhadores da saúde, pesquisadores e movimentos sociais, produzindo diagnósticos coletivos, propostas concretas e disputando lugar para as DTNs nas conferências de saúde e nos espaços institucionais de decisão. Esse processo reforça que o enfrentamento da hanseníase, à altura de seus desafios históricos, requer não apenas protocolos clínicos bem desenhados, mas também democracia ativa, participação social robusta e capacidade de incidência nas políticas públicas.

Ao reconhecer a hanseníase como uma doença prevenível e tratável, mas ainda marcada pelo estigma, vulnerabilidade e violação de direitos, este documento assume um posicionamento que ultrapassa o campo estritamente biomédico e se insere no debate mais amplo sobre desigualdades sociais e justiça sanitária. Implementar esta Linha de Cuidado significa disputar prioridades na agenda municipal, estadual e nacional, assegurar financiamento adequado, garantir condições dignas de trabalho para as equipes e criar mecanismos efetivos de participação e controle social – incluindo associações de pessoas acometidas, coletivos de usuários, fóruns de DTNs e outros movimentos sociais – como protagonistas na formulação, implementação e avaliação das políticas de hanseníase.

Por fim, cabe a gestores, trabalhadores da saúde, usuários, movimentos sociais, universidades e instituições de pesquisa o desafio de transformar esta linha em prática viva e longitudinal nos territórios de Fortaleza: apropriando-se criticamente de seus conteúdos, enfrentando o estigma em cada encontro de cuidado, avaliando resultados, identificando gargalos, propondo ajustes e defendendo, em todas as instâncias, o direito de cada pessoa a um cuidado digno, integral e continuado. Só assim a Linha de Cuidado da Pessoa com

Hanseníase deixará de ser apenas um documento normativo e se afirmará como instrumento concreto de defesa da democracia, de fortalecimento do SUS e de enfrentamento das iniquidades que ainda marcam a vida das pessoas acometidas pela Hanseníase na cidade.

**Anexo 1 - Fluxo de investigação de contatos de caso de hanseníase na Atenção Primária à Saúde (retirado do PCDT, 2022)**



## Anexo 2 - Questionário de Suspeição de Hanseníase



Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Marque com um **X** se presença de alteração abaixo.

- |           |  |                       |
|-----------|--|-----------------------|
| <b>1</b>  | Sente dormência nas mãos ou nos pés?   | <input type="radio"/> |
| <b>2</b>  | Formigamentos?   | <input type="radio"/> |
| <b>3</b>  | Áreas adormecidas na pele?   | <input type="radio"/> |
| <b>4</b>  | Câimbras?  | <input type="radio"/> |
| <b>5</b>  | Sensação de picadas, agulhadas?  | <input type="radio"/> |
| <b>6</b>  | Manchas na pele? (Não considerar as de nascença)   | <input type="radio"/> |
| <b>7</b>  | Dor nos Nervos?  | <input type="radio"/> |
| <b>8</b>  | Caroços no corpo?  | <input type="radio"/> |
| <b>9</b>  | Inchaço nas mãos e nos pés?  | <input type="radio"/> |
| <b>10</b> | Inchaço no rosto?  | <input type="radio"/> |
| <b>11</b> | Fraqueza nas mãos? (Dificuldade de abotoar camisa?<br>Por óculos? De escrever? Segurar panelas?) | <input type="radio"/> |
| <b>12</b> | Fraqueza nos pés? (Dificuldade de calçar e/ou manter chinelos?)                                  | <input type="radio"/> |
| <b>13</b> | Perda dos cílios e/ou das sobrancelhas?  | <input type="radio"/> |
| <b>14</b> | Há história de hanseníase na família?  | <input type="radio"/> |

## Anexo 3 - Ficha de Notificação de Hanseníase

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

**SINAN**  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO  
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO **HANSENÍASE**

Nº

**Caso confirmado de Hanseníase:** pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer poliquimioterapia:  
- lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo (s) com espessamento neural; baciloscopia positiva.

<b>Dados Gerais</b>	1 Tipo de Notificação <span style="float: right;">2 - Individual</span>		3 Data da Notificação	
	2 Agravado/doença <b>HANSENÍASE</b>		Código (CID10) <b>A 3 0. 9</b>	
	4 UF	5 Município de Notificação		Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico
	8 Nome do Paciente			9 Data de Nascimento
<b>Notificação Individual</b>	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino I - Ignorado	
	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10-Não se aplica			
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
<b>Dados de Residência</b>	17 UF	18 Município de Residência		Código (IBGE)
	19 Distrito			
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)	
	24 Geo campo 1			
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência	
	27 CEP			
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
30 País (se residente fora do Brasil)				
<b>Dados Complementares do Caso</b>				
<b>Ocupação</b>	31 Nº do Prontuário		32 Ocupação	
	33 Nº de Lesões Cutâneas		34 Forma Clínica 1 - I 2 - T 3 - D 4 - V 5 - Não classificado	
<b>Dados Clínicos</b>	35 Classificação Operacional 1 - PB 2 - MB		36 Nº de Nervos afetados	
	37 Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico 0 - Grau Zero 1 - Grau I 2 - Grau II 3 - Não Avaliado			
<b>Atendimento</b>	38 Modo de Entrada 1 - Caso Novo 2 - Transferência do mesmo município (outra unidade) 3 - Transferência de Outro Município ( mesma UF ) 4 - Transferência de Outro Estado 5 - Transferência de Outro País 6 - Recidiva 7 -Outros Reingressos 9 - Ignorado			
	39 Modo de Detecção do Caso Novo 1 - Encaminhamento 2 - Demanda Espontânea 3 - Exame de Coletividade 4 - Exame de Contatos 5 - Outros Modos 9 - Ignorado			
<b>Dados Lab.</b>	40 Baciloscopia 1. Positiva 2. Negativa 3. Não realizada 9. Ignorado			
	41 Data do Início do Tratamento		42 Esquema Terapêutico Inicial 1 - PQT/PB/ 6 doses 2 - PQT/MB/ 12 doses 3 - Outros Esquemas Substitutos	
<b>Tratamento</b>	43 Número de Contatos Registrados			
	<b>Med. Contr.</b>			
<b>Observações adicionais:</b>				
<b>Investigador</b>	Município/Unidade de Saúde			Código da Unid. de Saúde
	Nome		Função	Assinatura
	Hanseníase		Sinan NET	SVS 30/10/2007

## Anexo 4 - Avaliação Neurológica Simplificada

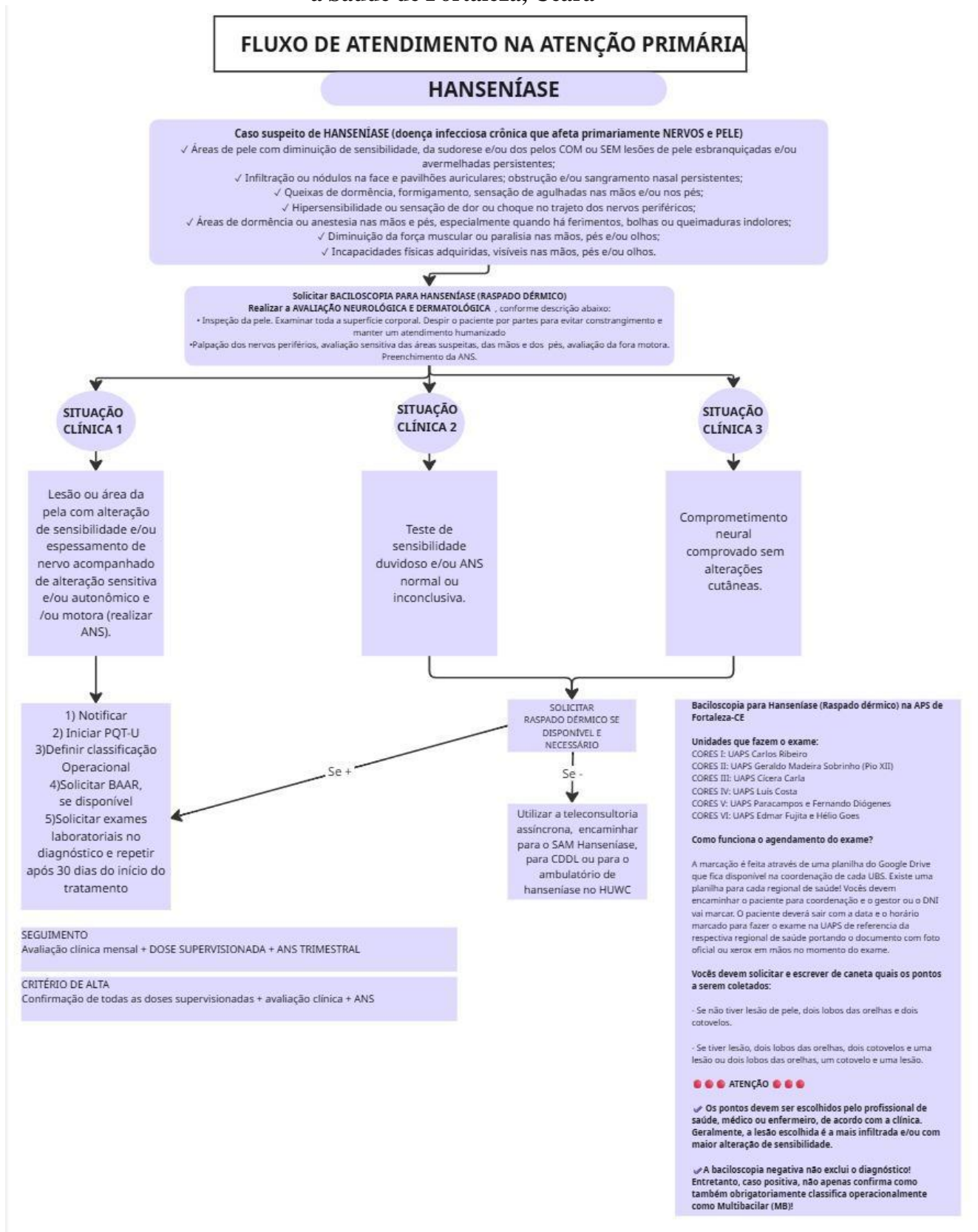
<b>DISQUE SAÚDE 136</b>		<b>SUS+</b>	<b>MINISTÉRIO DA SAÚDE</b>	Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente Departamento de Doenças Transmissíveis Coordenação-Geral de Vigilância da Hanseníase e Doenças em Eliminação			
<b>AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA – ANS</b>							
Nome:				Sexo : M: <input type="checkbox"/> F: <input type="checkbox"/>			
Ocupação atual:				Data Nasc: ____/____/____			
Município:				UF:			
Forma Clínica: I <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>				Classificação Operacional PB: <input type="checkbox"/> MB: <input type="checkbox"/>			
Data início PQT-U: ____/____/____				Data Alta PQT-U: ____/____/____			
<b>FACE</b>		1ª / /		2ª / /		3ª / /	
<b>NARIZ</b>		D E		D E		D E	
Queixas							
Ressecamento		(S/N)					
Ferida		(S/N)					
Perfuração de septo		(S/N)					
<b>Legenda</b>		S ( Sim)		N ( Não)			
<b>OLHOS</b>		D E		D E		D E	
Queixas							
Diminuição da sensibilidade da córnea		(S/N)					
Lagoftalmo	Fecha olhos sem força	(Fenda) "mm" ou "0"					
	Fecha olhos com força						
Diminuição da força muscular das pálpebras superiores		(S/N)					
Triquiase		(S/N)					
Ectrópio		(S/N)					
Opacidade corneana central		(S/N)					
Acuidade visual		(Anotação em decimal)					
<b>Legenda</b>		S ( Sim) N ( Não) - Fenda - indica lagoftalmo (anotar o mm se houver fenda e 0 (zero) se não tiver fenda) Acuidade visual: Caso use óculos para longe usar durante o exame.					
<b>MEMBROS SUPERIORES</b>		1ª / /		2ª / /		3ª / /	
Queixas							
<b>PALPAÇÃO DE NERVOS</b>		D E		D E		D E	
Radial							
Ulnar							
Mediano							
<b>Legenda: Normal = N Espessado = E Dor = D Choque = C</b>							
<b>AVALIAÇÃO DE FORÇA</b>		D E		D E		D E	
Extensor do punho/ Elevar o punho (nervo radial)							
Abdutor do 5º dedo / Abrir dedo mínimo (nervo ulnar)							
Abdutor curto do polegar/ Elevar o polegar (nervo mediano)							
<b>Legenda:</b>		5 = Forte 4 = Resistência Parcial 3 = Movimento completo 2 = Movimento Parcial 1 = Contração 0 = Paralisado					
<b>INSPEÇÃO E AVALIAÇÃO SENSITIVA</b>		D E		D E		D E	
<b>Legenda</b>							
Avaliação Sensitiva: Seguir as cores dos monofilamentos conforme instruções do fabricante. - O círculo fora da palma da mão indica a avaliação da região dorsal entre o polegar e indicador, innervado pelo radial. Inspeção: Garra móvel = M, Garra rígida = R, Reabsorção =  Lesões tróficas /Lesões traumáticas =							
ACHADOS							

MEMBROS INFERIORES		1ª / /	2ª / /	3ª / /	
Queixas					
PALPAÇÃO DE NERVOS		D	E	D	E
Fibular					
Tibial					
Legenda: Normal = N Espessado = E Dor = D Choque = C					
AVALIAÇÃO DE FORÇA		D	E	D	E
Extensor do hálux /Elevar o hálux (nervo fibular)					
Dorsiflexor do pé /Elevar o pé / (nervo fibular)					
Legenda: 5 = Forte 4 = Resistência Parcial 3 = Movimento completo 2 = Movimento Parcial 1 = Contração 0 = Paralisado					
INSPEÇÃO E AVALIAÇÃO SENSITIVA		D	E	D	E
<p>Legenda</p> <p><b>Avaliação Sensitiva:</b> Seguir as cores dos monofilamentos conforme instruções do fabricante.</p> <p>- O círculo fora da planta do pé indica a avaliação da região dorsal entre o hálux e o 2º dedo do pé, innervado pelo fibular.</p> <p><b>Inspeção:</b> Garra móvel = M, Garra rígida = R, Reabsorção =  Lesões tróficas /Lesões traumáticas = </p> <p><b>ACHADOS</b></p>					




DATA DA AVALIAÇÃO	OLHOS (O)		MÃOS (M)		PÉS (P)		Maior Grau atribuído	SOMA OMP (a+b+c+d+e+f)	ASSINATURA E CARIMBO
	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)			
	D	E	D	E	D	E			
___/___/___									
___/___/___									
___/___/___									

GRAU ANS	AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA E FUNÇÃO DO CORPO			
	CLASSIFICAÇÃO DO GRAU ANS - OMS			LEGENDAS
	OLHOS	MÃOS	PÉS	Monofilamentos
<b>0</b>	<p>Força muscular das pálpebras preservadas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Consegue ocluir com força e formação de pregas palpebrais simétricas e com grande resistência à abertura da pálpebra forçada pelo examinador.</li> </ul> <p>E</p> <p>Sensibilidade da córnea preservada.</p> <p>E</p> <p>Acuidade visual <math>\geq 0,1</math> (Tabela logarítmica) ou Conta dedos a 6 metros</p>	<p>Força muscular das mãos preservada</p> <p>E</p> <p>Sensibilidade palmar preservada: sente o monofilamento 2,0 gf (violeta/roxa).</p>	<p>Força muscular dos pés preservada</p> <p>E</p> <p>Sensibilidade plantar preservada: sente o monofilamento 2,0 gf (violeta/roxa).</p>	<p>Verde (0,07 gf) – preencher círculo na cor verde </p> <p>Azul (0,2 gf) – preencher círculo na cor azul </p> <p>Violeta (2,0 gf) – preencher círculo na cor violeta/roxa </p>
<b>1</b>	<p>Diminuição da força muscular das pálpebras:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Apresenta resistência mínima à abertura forçada pelo examinador</li> </ul> <p>E/OU</p> <p>Diminuição ou perda da sensibilidade da córnea:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Resposta demorada ou ausente ao toque do fio dental ou diminuição/ausência do piscar.</li> </ul>	<p>Diminuição da força muscular da(s) mão(s)</p> <p>E/OU</p> <p>Alteração da sensibilidade palmar: NÃO SENTE o monofilamento 2,0 gf (violeta/roxa).</p>	<p>Diminuição da força muscular do(s) pé(s)</p> <p>E/OU</p> <p>Alteração da sensibilidade plantar: NÃO SENTE o monofilamento 2,0 gf (violeta/roxa).</p>	<p>Vermelho (4,0 gf) – preencher círculo na cor vermelha </p> <p>Laranja (10,0 gf) – marcar o círculo com X na cor vermelha </p> <p>Rosa (300 gf) – Circular na cor vermelho sem preencher </p> <p>Não sentiu Rosa (300 gf) – preencher na cor preta </p>
<b>2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lagofalmo</li> <li>Ectrópio</li> <li>Triquiase</li> <li>Opacidade corneana central</li> </ul> <p>E/OU</p> <p>Acuidade visual decimal <math>&lt; 0,1</math> (Tabela logarítmica) ou não conta dedos a 6 metros, excluídas outras causas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Garras</li> <li>Reabsorção óssea</li> <li>Atrofia muscular</li> <li>Mão caída</li> <li>Lesões tróficas/traumáticas (considerar apenas região palmar quando não sentir o monofilamento de 2,0gf ou mais).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Garras</li> <li>Reabsorção óssea</li> <li>Atrofia muscular</li> <li>Pé caído</li> <li>Lesões tróficas/traumáticas (considerar apenas região plantar quando não sentir o monofilamento de 2,0gf ou mais).</li> </ul>	<p>As deficiências classificadas como grau 1 e/ou 2, somente serão atribuídas à Hanseníase quando excluídas outras causas.</p>

## Apêndice 1 - Fluxo de atendimento de caso suspeito de hanseníase na Atenção Primária à Saúde de Fortaleza, Ceará



## Apêndice 2 - Classificação clínica da hanseníase e suas características

FORMA CLÍNICA	ILUSTRAÇÃO	CARACTERÍSTICA
<p><b>HANSENÍASE INDETERMINADA</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerada como forma inicial da doença, possui manifestações discretas.</li> <li>• Máculas hipocrômicas, sem qualquer alteração do relevo nem da textura da pele.</li> <li>• O comprometimento sensitivo é discreto, geralmente com hipoestesia térmica apenas.</li> <li>• Essa forma clínica pode inicialmente manifestar-se por distúrbios da sensibilidade, sem alteração da cor da pele.</li> </ul>
<p><b>HANSENÍASE DIMORFA</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Essa forma clínica situa-se entre os polos tuberculóide e virchowiano no espectro clínico e baciloscópico da doença.</li> <li>• As lesões cutâneas aparecem em número variável e apresentam grande variabilidade clínica, como manchas e placas hipocrômicas, acastanhadas violáceas, com predomínio do aspecto infiltrativo.</li> <li>• As lesões mais típicas da hanseníase dimorfa são denominadas "lesões foveolares" ou "queijo-suíço", que apresentam bordos internos bem definidos, delimitando uma área central de pele aparentemente poupada, enquanto os bordos externos são espraiados, infiltrados e imprecisos. A sensibilidade pode estar comprometidas de forma mais discreta.</li> <li>• O comprometimento dos nervos periféricos geralmente é múltiplo e assimétrico, muitas vezes com espessamento, dor e choque à palpação, associados à fraqueza muscular e hipoestesia no território correspondente.</li> </ul>
<p><b>HANSENÍASE NEURAL Primária</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação clínica exclusivamente neural, SEM lesões cutâneas e com baciloscopia negativa, o que representa um desafio diagnóstico.</li> <li>• O diagnóstico é confirmado pelo achado do segundo sinal cardinal da hanseníase (espessamento de nervo periférico, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas no território do nervo).</li> <li>• Os pacientes com suspeita dessa forma clínica da hanseníase devem ser encaminhadas para investigação em unidades de atenção especializada, principalmente para diagnóstico diferencial em relação a outras neuropatias periféricas.</li> </ul>

FORMA CLÍNICA	ILUSTRAÇÃO	CARACTERÍSTICA
<p><b>HANSENÍASE TUBERCULÓIDE</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forte ativação da resposta da imunidade celular específica.</li> <li>• Comprometimento restrito da pele que se manifesta geralmente como lesão cutânea única e bem delimitada do tipo placa de aspecto anular com bordas papulosas, eritematosas e infiltradas.</li> <li>• Diagnósticos diferenciais: <i>tinea corporis</i>, sarcoidoses, granuloma anular.</li> <li>• Histopatológico: granulomas tuberculoides na derme e comprometimento dos filetes nervosos, o que se traduz clinicamente por acentuada hipoestesia ou anestesia nas lesões dermatológicas, facilmente demonstrada pelos testes de sensibilidade térmica, tátil e dolorosa.</li> <li>• É comum haver comprometimento da função das glândulas sudoríparas, com hipo ou anidrose, assim como dos folículos pilosos, com rarefação de pelos nas áreas afetadas.</li> </ul>
<p><b>HANSENÍASE VIRCHOWIANA</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inadequada ativação da resposta imunidade celular específica.</li> <li>• O comprometimento cutâneo costuma ser progressiva infiltração sobretudo da face, com acentuação dos sulcos cutâneos, perda dos pelos dos cílios e supercílios (madrose), congestão nasal e aumento dos pavilhões auriculares. Ocorre infiltração difusa das mãos e pés, com perda da conformação usual dos dedos, que assumem aspecto "salsichoide".</li> <li>• Com a evolução da doença não tratada, surgem múltiplas pápulas e nódulos cutâneos, assintomáticos e de consistência firme (hansenomas), geralmente com coloração acastanhada ou ferruginosa.</li> </ul>

### Apêndice 3 - Principais tipos de reações hansênicas e suas condutas clínicas

REAÇÃO HANSÊNICA	CARACTERÍSTICAS	CONDUTA
<b>TIPO 1 - REVERSA</b>	<p>- Acomete especialmente pacientes com formas dimorfas da hanseníase</p> <p>- Pode ser de 2 tipos:</p> <p>a) Lesões de pele: piora das lesões de pele pré existentes e/ou surgimento de novas lesões com edema, coloração eritemato-vinhosa e, algumas vezes, dolorosas.</p> <p>b) Neurite(s): linta inflamação de nervos periféricos gerando dor aguda, que pode ser de forte intensidade, espontânea ou à palpação dessas estruturas. Muitas vezes, a neurite vem acompanhada por comprometimento das funções sensitivas, motoras e/ou autonômicas. Desse modo, deve-se atentar às queixas do paciente em relação à piora das dores nos membros, queda mais frequente dos objetos das mãos e surgimento ou aumento da dormência nas mãos e pés. O preenchimento da ANS de forma regular é fundamental para prevenção de sequelas irreversíveis devido ao manejo inadequado das reações.</p> <p>Observações: Podem ocorrer ulceração das lesões cutâneas e formação de abscessos em nervos periféricos</p>	<p>- Prednisona, via oral, na dose inicial de 1mg/kg/dia, com redução lenta e gradual da dose diária em torno de 10mg a cada 15 dias.</p> <p>Monitorar pressão arterial, peso, glicemia.</p> <p>Prescrever Carbonato de cálcio + vitamina D como profilaxia de osteoporose.</p> <p>Prescrever Albendazol 400mg, via oral, dose única diária por 5 dias consecutivos para profilaxia de estrogiloidíase disseminada.</p> <p>A corticoterapia deve ser mantida, em média, por um período mínimo de seis meses monitorando função neural e os efeitos colaterais do medicamento.</p>
	<p>- Acomete exclusivamente pacientes multibacilares, especialmente aqueles com forma virchowiana e dimorfos com altas cargas bacilares.</p>	<p>- Talidomida, via oral na dose de 100 a 400mg/dia, conforme a intensidade do quadro.</p>

**TIPO 2 - ERITEMA NODOSUM (ENH)**

**\*MEDICAMENTO TERATOGENO**  
uso de talidomida deve ser evitado

## **Apêndice 4 - Testes de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil**

A avaliação das sensibilidades **térmica, dolorosa e tátil** integra o **exame neurodermatológico** e é essencial para o diagnóstico, classificação e prevenção de incapacidades físicas na *hanseníase*, conforme o *Guia Prático de Hanseníase do Ministério da Saúde*.

### Sensibilidade Térmica

Estímulo quente e frio nas lesões e áreas normais.

- › Na ausência dos tubos, pode se utilizar, alternativamente, algodão embebido em álcool resfriado.

- › Estimulo quente e frio nas lesões e áreas normais.
- › Tubos com água quente e água fria.



### Sensibilidade Dolorosa



- › Estimulo puntiforme superficial e padronizado.
- › Agulha de insulina estéril.

### Sensibilidade Tátil



- › Toque leve nas lesões e territórios nervosos.
- › Algodão:
- › Pedaco de papel
- › Monofilamentos de Semmes-Weinstein.



#### Quadro-Resumo – Instrumentos para Avaliação das Sensibilidades na Hanseníase (APS)

Tipo de Sensibilidade	Instrumentos Necessários
<b>Térmica</b>	Tubos com água quente ou frio ou <b>algodão embebido em álcool resfriado</b> .
<b>Dolorosa</b>	Agulha de insulina estéril.
<b>Tátil</b>	Algodão, pedaco de papel e Monofilamentos de Semmes-Weinstein.

**Registrar** as alterações em prontuário, orientando condutas e encaminhamentos se necessário.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADHIKARI, B. *et al.* Factors affecting perceived stigma in leprosy affected persons in western Nepal. **PLoS Negl Trop Dis**, v. 8, n. 6, p. e2940, 2014. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0002940>. Acesso em: 08 dez. 2024.

ADHIKARI, B. *et al.* Community attitudes towards leprosy affected persons in Pokhara municipality of western Nepal. **J Nepal Health Res Counc**, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24908528/>. Acesso em: 08 dez. 2025.

AGGLETON, P.; PARKER, R. **Estigma, discriminação e AIDS**. Rio de Janeiro: ABIA, 2001.

ALIANÇA CONTRA A HANSENÍASE (AAL). Quem somos. Brasil: Aliança contra a Hanseníase, [s.d.]. Disponível em: <https://www.aal.org.br>. Acesso em: 6 dez. 2025.

AZULAY, R. D.; AZULAY, D. R.; AZULAY-ABULAFIA, L. **Dermatologia**. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2022. ISBN 97885277377917.

BELDA JUNIOR, W.; CHIACCHIO, N. D.; CRIADO, P. R. **Tratado de dermatologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2014.

BRASIL. **Lei nº 14.289, de 3 de janeiro de 2022**. Dispõe sobre a obrigatoriedade do sigilo para portadores de hanseníase, HIV, tuberculose e demais doenças estigmatizantes. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 04 jan. 2022.

BRASIL. Lei nº 9.010, de 29 de março de 1995. Altera a terminologia “lepra” e correlatos para "hanseníase", e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 30 mar. 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Questionário de Suspeição de Hanseníase (QSH). *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Experiências exitosas em hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: [https://aal.org.br/wp-content/uploads/2023/05/experiencias\\_exitosas\\_hanseniase.pdf](https://aal.org.br/wp-content/uploads/2023/05/experiencias_exitosas_hanseniase.pdf) Acesso em: 07 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização. **Instrução Normativa do Calendário Nacional de Vacinação 2025**. Brasília, [2025].

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.546, de 27 de outubro de 2011. Institui o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 28 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012. Redefine as equipes de Consultório na Rua no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 26 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 03 out. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 17ª Conferência Nacional de Saúde**: Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia — amanhã vai ser outro dia. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. 472 p. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br>. Acesso em: 27 out. 2025.

CABRAL, A. A. S. *et al.* Integração da Atenção Primária à Saúde no manejo multidisciplinar da hanseníase: um caminho para o cuidado holístico. **Revista CPAQV**, [S.l.], v. 16, n. 1, p. 3, 2024.

CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.l.], v. 16, n. 2, p. 399-407, 2007.

CURI, L. M. **Excluir, isolar e conviver**: um estudo sobre a lepra e a hanseníase no Brasil. 2010. 394 f. Tese (Doutorado em História) – Programa de Pós-Graduação em História (PPGHIS), Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FAFICH), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

GARBIN, C. A. S. *et al.* The stigma and prejudice of leprosy: influence on the human condition. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, [S.l.], v. 48, p. 194-201, 2015. Disponível em: <https://doi.org/0037-8682-0004-2015>. Acesso em: 08 dez. 2025.

MAYMONE, M. B. C. *et al.* Leprosy: clinical aspects and diagnostic techniques. **Journal of the American Academy of Dermatology**, [S.l.], v. 83, n. 1, p. 1-14, 2020.

MENDES, E. V. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: CONASS, 2011.

MENDONÇA, V. A. *et al.* Imunologia da hanseníase. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, [S.l.], v. 83, p. 343-350, 2008.

OLIVEIRA, Maria Leide Wand-del-Rey de *et al.* Social representation of Hansen's disease thirty years after the term 'leprosy' was replaced in Brazil. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, [S.l.], v. 10, p. 41-48, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702003000400003>. Acesso em: 08 dez. 2025.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Secretaria Municipal da Saúde. **Boletim de Saúde de Fortaleza: Hanseníase**. Fortaleza: SMS, 2001–2024. Disponível em: <https://www.fortaleza.ce.gov.br/saude/boletins>. Acesso em: 07 dez. 2025.

RAMOS, JR. *et al.* Pesquisas em hanseníase: contextos e agendas. In: ALVES, E. D.; FERREIRA, T. L.; FERREIRA, I. N. (org.). **Hanseníase: avanços e desafios**. Brasília: Universidade de Brasília, 2014. v. 1, p. 455-490.

RAMOS, J. M. C. R. *et al.* Cuidado às pessoas com hanseníase na Atenção Primária. In: RAMOS, J. M. C. R. *et al.* **Atualizações em Medicina de Família e Comunidade - PROMEF**. 3. ed. Porto Alegre: Secad/Artmed, 2025. p. 89-140. ISBN 978-85-514-1522-1.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ. **Nota Técnica:** Incapacidade física em hanseníase. Fortaleza: SESA-CE; 2024. Disponível em: [https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/NOTA-TECNICA-INCAPACIDADE-FISICA-EM-HANSENIASE-31\\_01\\_2024.pdf](https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/NOTA-TECNICA-INCAPACIDADE-FISICA-EM-HANSENIASE-31_01_2024.pdf). Acesso em: 07 dez. 2025.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ. **Boletim Epidemiológico Hanseníase – Ceará,** 2024. Fortaleza: SESA-CE; 2024. Disponível em: [https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/boletim\\_epidemiologico\\_hanseniaze\\_2024.pdf](https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/boletim_epidemiologico_hanseniaze_2024.pdf). Acesso em: 07 dez. 2025.

SILVA, C. A.; ALBUQUERQUE, V. L.; ANTUNES, M. F. Leprosy as a neglected disease and its stigma in the northeast of Brazil. **Indian J Lepr,** [S.l.], v. 86, n. 2, p. 53-59, 2014.

RODRIGUES, L. C.; LOCKWOOD, D. N. Lepra atualmente: epidemiologia, progresso, desafios e lacunas em pesquisa. **Infectar Lanceta. Dis.,** [S.l.], v. 11, p. 464–470, 2011.

GRIJSEN, M. L. *et al.* Lepra. **Nat Rev Dis Primers,** [S.l.], v. 10, 90, 2024.

JESUS, R. *et al.* Hanseníase e vulnerabilidade: uma revisão de escopo. **Ciência & Saúde Coletiva,** [S.l.], n. 28, v. 1, p. 143-154, 2023.

SMITH, W. C.; BRAKEL, W.; GILLIS, T.; SAUNDERSON, P.; RICHARDUS, J.H. The missing millions: a threat to the elimination of leprosy. **PLoS Negl Trop Dis,** [S.l.], v. 9, n. 4, e0003658, 2015.

ARAÚJO, D.M. *et al.* Hanseníase e seu impacto na qualidade de vida de pessoas com deficiências físicas: uma revisão abrangente. **Rev Bras Enferm,** [S.l.], n. 3, suplemento 3, e20230101, 2024.

**APÊNDICE B – BOLETIM DE SAÚDE DE FORTALEZA: HANSENÍASE (2001-2024)**