

**HANSENÍASE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DESAFIOS PARA O  
DIAGNÓSTICO PRECOCE, A VIGILÂNCIA DE CONTATOS E A PREVENÇÃO DE  
INCAPACIDADES NO SUS**

**LEPROSY IN PRIMARY HEALTH CARE: CHALLENGES FOR EARLY DIAGNOSIS,  
CONTACT SURVEILLANCE AND DISABILITY PREVENTION IN THE BRAZILIAN  
UNIFIED HEALTH SYSTEM**

**LEPRA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: DESAFÍOS PARA EL  
DIAGNÓSTICO PRECOZ, LA VIGILANCIA DE CONTACTOS Y LA PREVENCIÓN DE  
DISCAPACIDADES EN EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD**

**Thaísa Silva de Sousa**

Doutora em Ciências Ambientais pela UNOESTE

thasfs@gmail.com

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

**Raicielly Abreu da Silva**

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Amazonas – UFAM

raiciellyabreu@gmail.com

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

**Pâmela Souza da Cruz**

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Amazonas – UFAM

pamela.cruz@ufam.edu.br

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

**Marilene Pereira da Silva**

Enfermeira pela Universidade Federal do Amazonas – UFAM

silvamarylene98@gmail.com

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

**Elionara Lima da Silva**

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Amazonas – UFAM

limaelionara26@gmail.com

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

**Daniele Muniz da Costa**

Enfermeira pela Universidade Federal do Amazonas – UFAM

danielemdc7@gmail.com

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

**Thiago Gomes Figueira**

Doutor em Bioengenharia pela USP São Carlos

thiago.gfigueira@hotmail.com

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

**Amanda Oliva Spaziani**

Mestra em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP  
spazianimedicina@gmail.com  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8651-8078>

**Tháisa Artuzo**

Especialista em Dermatofuncional pela Universidade Brasil  
thaisa.artuzo85@gmail.com  
ORCID: <https://orcid.org/0009-00004780-7109>

**Kaio Genario Ferreira de Melo**

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

**José Antonio Santos Souza**

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

**Carlo Frederico Machado de Azevedo Filho**

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

**Pedro Henrique Oliveira Diniz**

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

**Vinicius de Lima Lovadini**

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

## Resumo

A hanseníase permanece como doença tropical negligenciada de elevada relevância sanitária no Brasil, especialmente em territórios marcados por pobreza, desigualdade social, barreiras de acesso e fragilidades na organização da Atenção Primária à Saúde (APS). O objetivo desta revisão integrativa foi analisar as evidências publicadas entre 2016 e 2026 sobre os desafios enfrentados pela APS no Sistema Único de Saúde (SUS) para o diagnóstico precoce, a vigilância ativa de contatos e a prevenção de incapacidades físicas relacionadas à hanseníase. A revisão foi estruturada segundo etapas de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão, com relato orientado pelo PRISMA 2020. Foram considerados estudos originais quantitativos, qualitativos, mistos, avaliativos e de intervenção, além de documentos técnico-normativos indispensáveis à interpretação dos achados. A síntese demonstra que o atraso diagnóstico está relacionado à insegurança clínica dos profissionais, baixa suspeição, estigma, desigualdades territoriais e insuficiente integração entre assistência e vigilância. A avaliação de contatos permanece heterogênea

e frequentemente incompleta, limitando a interrupção da cadeia de transmissão. Na prevenção de incapacidades, destacam-se falhas na avaliação e no registro do grau de incapacidade física, baixa oferta de orientações para o autocuidado e descontinuidade do acompanhamento. Conclui-se que o enfrentamento da hanseníase requer APS territorialmente responsiva, educação permanente, busca ativa sistemática, coordenação do cuidado, qualificação dos registros e ações intersectoriais de enfrentamento do estigma e das vulnerabilidades sociais.

**Palavras-chave:** Hanseníase; Atenção Primária à Saúde; Diagnóstico precoce; Vigilância epidemiológica; Incapacidades físicas.

## Abstract

Leprosy remains a neglected tropical disease of major public health relevance in Brazil, particularly in territories affected by poverty, social inequalities, access barriers and weaknesses in Primary Health Care (PHC) organization. This integrative review analyzed evidence published between 2016 and 2026 on the challenges faced by PHC within the Brazilian Unified Health System regarding early diagnosis, active contact surveillance and prevention of leprosy-related physical disabilities. The review followed identification, screening, eligibility and inclusion stages, with reporting guided by PRISMA 2020. Original quantitative, qualitative, mixed-method, evaluative and intervention studies were considered, together with essential technical and normative documents. Findings indicate that delayed diagnosis is associated with limited clinical confidence, low diagnostic suspicion, stigma, territorial inequalities and insufficient integration between care and surveillance. Contact examination remains heterogeneous and frequently incomplete, restricting interruption of transmission. Disability prevention is weakened by failures in disability grading and documentation, limited self-care education and discontinuity of follow-up. Leprosy control therefore requires territorially responsive PHC, continuing professional education, systematic active case finding, care coordination, improved information quality and intersectoral actions addressing stigma and social vulnerability.

**Keywords:** Leprosy; Primary Health Care; Early diagnosis; Epidemiological surveillance; Physical disabilities.

## Resumen

La lepra sigue siendo una enfermedad tropical desatendida de gran relevancia sanitaria en Brasil, especialmente en territorios marcados por pobreza, desigualdades sociales, barreras de acceso y debilidades en la organización de la Atención Primaria de Salud (APS). El objetivo fue analizar las evidencias publicadas entre 2016 y 2026 sobre los desafíos para el diagnóstico precoz, la vigilancia de contactos y la prevención de discapacidades en el Sistema Único de Salud. Se realizó una revisión integrativa, reportada según las recomendaciones PRISMA 2020, con inclusión de estudios originales y documentos normativos relacionados con la APS brasileña. Los resultados muestran inseguridad clínica de los profesionales, acceso limitado, persistencia del estigma, vigilancia incompleta de contactos, desigualdades territoriales y fallas en la evaluación y el registro del grado de discapacidad física. Las intervenciones de educación permanente, la búsqueda activa, la coordinación entre la APS y los servicios de referencia, el autocuidado y el seguimiento longitudinal se mostraron fundamentales. Se concluye que el control de la

lepra requiere fortalecer la capacidad resolutive de la APS, integrar vigilancia y atención, mejorar la calidad de la información y priorizar territorios y poblaciones vulnerables.

**Palabras clave:** Lepra; Atención Primaria de Salud; Diagnóstico precoz; Vigilancia epidemiológica; Discapacidades físicas.

## 1 Introdução

A hanseníase é uma doença infecciosa crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*, com tropismo predominante pela pele e pelos nervos periféricos. Embora seja curável, o atraso no reconhecimento e no tratamento pode resultar em neuropatias, deformidades, limitações funcionais, sofrimento psicossocial e estigma persistente. Por esse motivo, sua relevância em saúde pública ultrapassa a dimensão biomédica e envolve determinantes sociais, direitos humanos, acesso oportuno e capacidade dos sistemas de saúde de interromper a transmissão e prevenir incapacidades (BRASIL, 2022; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2021).

No cenário internacional, a Estratégia Global de Hanseníase 2021–2030 propõe a transição de programas centrados apenas na redução da prevalência para uma agenda orientada à interrupção da transmissão, à prevenção de incapacidades, ao combate ao estigma e à participação das pessoas afetadas. Essa abordagem reconhece que a eliminação da hanseníase depende de sistemas locais capazes de identificar casos precocemente, examinar contatos, assegurar tratamento integral e enfrentar discriminações que retardam a procura por cuidado (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2021).

No Brasil, a persistência da doença permanece epidemiologicamente relevante. O Boletim Epidemiológico de Hanseníase de 2026, que analisou o período de 2014 a 2025, evidencia transmissão ativa e heterogeneidade entre regiões e unidades federativas, com manutenção de casos novos e ocorrência de incapacidade física no diagnóstico. Esses indicadores expressam não apenas circulação do agente, mas também oportunidades perdidas de detecção precoce, vigilância insuficiente e desigualdades na capacidade de resposta dos serviços (BRASIL, 2026).

A APS ocupa posição estratégica nesse enfrentamento por constituir a principal porta de entrada do SUS, organizar o cuidado territorial e articular promoção, prevenção, assistência e vigilância. Na hanseníase, espera-se que as equipes reconheçam sinais dermatoneurológicos, realizem exame clínico, classifiquem operacionalmente os casos, iniciem e acompanhem a poliquimioterapia, investiguem contatos, monitorem reações e

neurites, avaliem o grau de incapacidade física e promovam autocuidado e reabilitação, encaminhando apenas situações que exijam suporte especializado (BRASIL, 2022).

Entretanto, a descentralização normativa não garante, por si só, capacidade resolutiva. Estudos brasileiros revelam descompasso entre a avaliação dos profissionais e a experiência dos usuários, dificuldades de acesso, insuficiência de educação permanente, baixa orientação comunitária, dependência de serviços de referência e fragilidades na integração entre vigilância e assistência. Esses problemas podem prolongar o itinerário diagnóstico e favorecer a manutenção de incapacidades evitáveis (BARBOZA et al., 2018; VIEIRA; MARTÍNEZ-RIERA; LANA, 2020; WANDERLEY et al., 2024).

O estigma constitui componente transversal. O medo da discriminação, a associação histórica da doença a deformidades e isolamento e a desinformação sobre cura e transmissão podem retardar a procura por atendimento, comprometer a revelação do diagnóstico e dificultar o exame dos contatos. Quando os serviços reproduzem acolhimento insuficiente ou insegurança técnica, essas barreiras sociais são reforçadas, ampliando o sofrimento e a invisibilidade epidemiológica (LOPES et al., 2018; WANDERLEY et al., 2024).

Diante desse contexto, esta revisão teve como objetivo analisar criticamente as evidências produzidas entre 2016 e 2026 sobre a hanseníase na APS brasileira, enfatizando três dimensões interdependentes: diagnóstico precoce, vigilância ativa de contatos e prevenção de incapacidades. Busca-se, assim, oferecer uma síntese aplicável à prática clínica, à gestão local e à formulação de estratégias coerentes com os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS.

## 2 Métodos

Trata-se de revisão integrativa da literatura, delineamento apropriado para reunir e interpretar evidências provenientes de diferentes abordagens metodológicas. O relato foi estruturado segundo as recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA 2020), com explicitação das etapas de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão (PAGE et al., 2021).

A questão norteadora foi elaborada com base na estratégia PCC: população/problema — pessoas acometidas pela hanseníase, contatos e profissionais da

APS; conceito — diagnóstico precoce, vigilância de contatos e prevenção de incapacidades; contexto — Atenção Primária à Saúde e Sistema Único de Saúde no Brasil. A pergunta de revisão foi: quais evidências recentes descrevem os principais desafios e estratégias da APS brasileira para o diagnóstico precoce da hanseníase, a vigilância de contatos e a prevenção de incapacidades?

O recorte temporal de janeiro de 2016 a 15 de junho de 2026 foi adotado para reunir evidências produzidas na década mais recente, período marcado pela consolidação da descentralização das ações de hanseníase para a APS, pela ampliação de avaliações nacionais da qualidade da atenção básica e pela transição para estratégias orientadas à interrupção da transmissão, prevenção de incapacidades e enfrentamento do estigma. A última busca bibliográfica foi realizada em 15 de junho de 2026.

Foram consultadas PubMed/MEDLINE, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), LILACS, SciELO, Scopus e Web of Science. Utilizaram-se descritores controlados DeCS/MeSH e termos livres, adaptados à sintaxe de cada fonte. As estratégias completas, os campos e os filtros aplicados são apresentados no Quadro 1.

Foram incluídos estudos empíricos originais, quantitativos, qualitativos ou de métodos mistos, estudos ecológicos, avaliativos e de intervenção que apresentassem resultados sobre hanseníase na APS, Estratégia Saúde da Família ou rede territorial do SUS brasileiro. Foram excluídas duplicatas, editoriais, cartas, revisões, estudos exclusivamente hospitalares ou laboratoriais sem interface com a APS, publicações sem dados empíricos, estudos fora do Brasil e textos sem aderência aos três eixos analíticos. Documentos da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde foram utilizados exclusivamente como apoio técnico-normativo e não foram contabilizados como evidências empíricas.

A seleção foi realizada por dois revisores independentes, inicialmente por títulos e resumos e, em seguida, pela leitura dos textos completos. A extração dos dados e a avaliação metodológica também foram conduzidas de forma independente pelos mesmos revisores. Divergências foram resolvidas por consenso; quando persistentes, um terceiro revisor realizou arbitragem. A síntese temática foi discutida e validada por três autores.

Os dados foram extraídos em matriz padronizada contendo: autoria e ano; objetivo; delineamento; local e nível de atenção; população e amostra; procedimentos de coleta e

análise; eixo temático; principais achados; limitações declaradas; implicações para a APS; e resultado da avaliação de qualidade. A matriz orientou a construção do Quadro 3 e a separação entre evidências empíricas, documentos normativos e interpretação dos autores.

A qualidade metodológica foi avaliada pelo Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), versão 2018, por permitir a apreciação de estudos qualitativos, quantitativos descritivos, não randomizados e de métodos mistos em um único instrumento. Os cinco critérios aplicáveis a cada delineamento foram julgados como 'sim', 'não' ou 'não é possível determinar'. Nenhum estudo foi excluído exclusivamente por qualidade; os resultados da avaliação foram utilizados para ponderar a força das interpretações. Limitações recorrentes incluíram amostras locais ou de conveniência, delineamentos transversais, dependência de dados secundários sujeitos à incompletude e ausência de grupos comparadores em intervenções educativas.

A síntese foi narrativa e temática, em razão da heterogeneidade dos delineamentos, populações, indicadores e contextos. Os eixos foram construídos por codificação dedutiva, baseada na pergunta de revisão, e indutiva, a partir de temas recorrentes identificados na matriz de extração. Após leitura comparativa, os códigos foram agrupados em três eixos: (1) diagnóstico precoce, competência clínica e acesso; (2) vigilância ativa e acompanhamento de contatos; e (3) prevenção de incapacidades, autocuidado e reabilitação. Recomendações foram apresentadas apenas quando sustentadas por convergência entre estudos ou por documentos normativos, com indicação explícita da natureza da fonte.

Foram identificados 197 registros. Após a remoção de 27 duplicatas, 170 registros foram submetidos à triagem; 128 foram excluídos por título e resumo. Quarenta e dois textos completos foram avaliados e 23 foram excluídos: ausência de interface com a APS (n=8), ausência de dados empíricos (n=6), não aderência aos eixos analíticos (n=5), contexto não brasileiro (n=2) e duplicação de população ou base de dados já representada por estudo mais completo (n=2). Ao final, 19 estudos empíricos integraram a síntese. Três documentos técnico-normativos foram utilizados como apoio interpretativo, sem compor a contagem dos estudos incluídos (Figura 1).

#### Quadro 1 - Estratégias de busca e filtros aplicados.

Base	String de busca	Campos	Filtros
PubMed/MEDLINE	("Leprosy"[Mesh] OR leprosy[tiab] OR hanseniasis[tiab]) AND ("Primary Health Care"[Mesh] OR "primary health care"[tiab] OR "family health strategy"[tiab]) AND ("Early Diagnosis"[Mesh] OR "early diagnosis"[tiab] OR "Contact Tracing"[Mesh] OR contact*[tiab] OR surveillance[tiab] OR disability[tiab] OR "self	Título/resumo e MeSH	01/01/2016–15/06/2026; humanos; português, inglês ou espanhol

	care"[tiab]) AND (Brazil[Mesh] OR Brazil*[tiab]))		
BVS	(mh:(Hanseníase) OR tw:(hanseníase OR leprosy OR lepra)) AND (mh:(Atenção Primária à Saúde) OR tw:("atenção primária" OR "estratégia saúde da família" OR "primary health care")) AND (tw:("diagnóstico precoce" OR contatos OR vigilância OR incapacidade* OR autocuidado)) AND (tw:(Brasil OR Brazil))	Título, resumo, assunto	2016–2026; português, inglês ou espanhol; texto completo quando disponível
LILACS	(mh:(Hanseníase) OR tw:(hanseníase OR lepra)) AND (mh:(Atenção Primária à Saúde) OR tw:(atenção primária OR saúde da família)) AND (tw:(diagnóstico OR contatos OR vigilância OR incapacidades OR autocuidado))	Título, resumo, descritores	2016–2026; Brasil; português, inglês ou espanhol
SciELO	(hanseníase OR leprosy OR lepra) AND ("atenção primária" OR "saúde da família" OR "primary health care") AND (diagnóstico OR contatos OR vigilância OR incapacidade OR autocuidado) AND (Brasil OR Brazil)	Todos os índices	2016–2026; áreas Ciências da Saúde; português, inglês ou espanhol
Scopus	TITLE-ABS-KEY((leprosy OR hanseniasis) AND ("primary health care" OR "family health strategy") AND ("early diagnosis" OR "contact tracing" OR surveillance OR disabilit* OR "self-care") AND (Brazil*))	Título, resumo e palavras-chave	PUBYEAR > 2015; article; português, inglês ou espanhol
Web of Science	TS=((leprosy OR hanseniasis) AND ("primary health care" OR "family health strategy") AND ("early diagnosis" OR "contact tracing" OR surveillance OR disabilit* OR "self-care") AND Brazil*)	Topic	2016–2026; article; português, inglês ou espanhol

Fonte: elaboração dos autores.

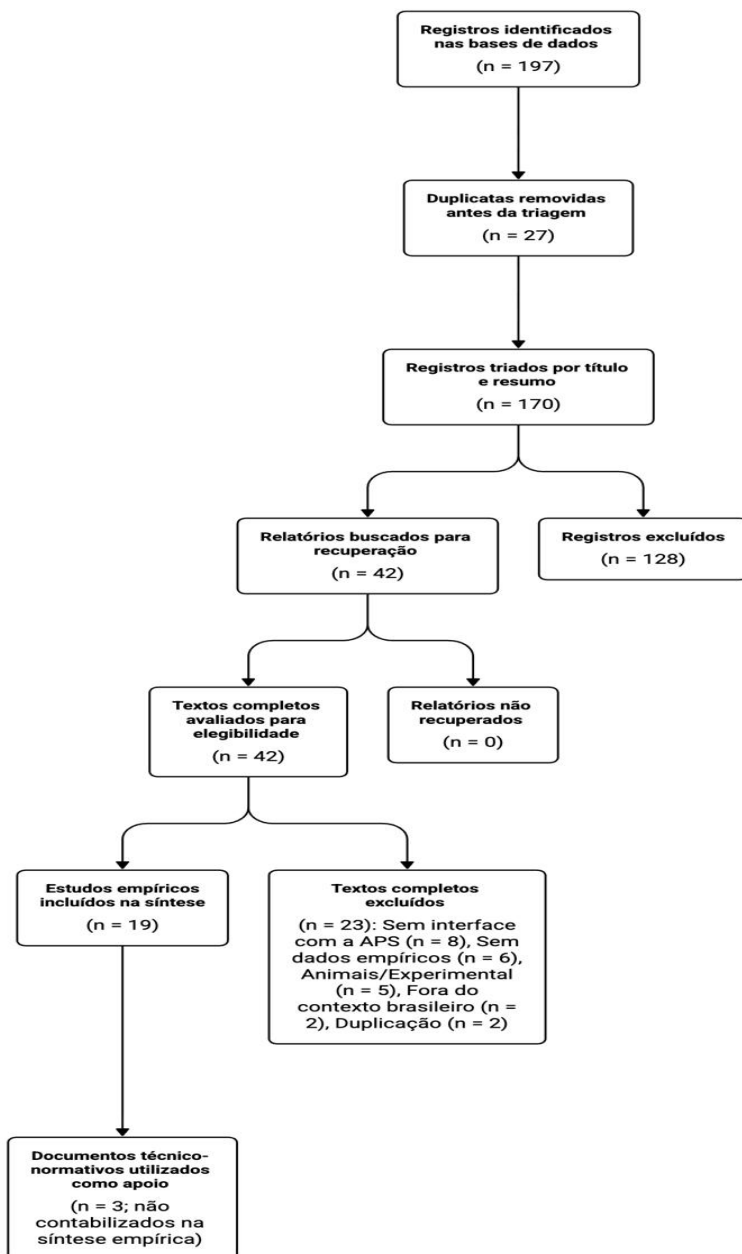
**Quadro 2** - Matriz de extração dos dados.

<b>Domínios extraídos</b>	<b>Forma de registro</b>
Identificação bibliográfica; objetivo; delineamento; local; população; critérios de seleção; tamanho e características da amostra; procedimentos de coleta; método de análise; eixo temático; principais resultados; limitações declaradas; implicações para a APS; avaliação MMAT.	Planilha padronizada, preenchida independentemente por dois revisores e conferida por consenso.

**Fonte:** elaboração dos autores.

Figura 1 - Fluxograma de seleção dos estudos segundo o PRISMA 2020.

## Fluxograma PRISMA de Seleção de Estudos



Made with Napkin

Fonte: elaboração dos autores com base no PRISMA 2020.

### 3 Resultados e síntese das evidências

A síntese incluiu 19 estudos empíricos e utilizou três documentos técnico-normativos como apoio. As evidências empíricas abrangeram avaliações de atributos da APS, análises de sistemas de informação, estudos transversais, pesquisas qualitativas e intervenções educativas. Os documentos normativos foram empregados para contextualizar recomendações oficiais, sem serem tratados como comprovação empírica. A heterogeneidade de métodos, populações e contextos amplia a compreensão do fenômeno, mas limita comparações diretas e inferências causais. As interpretações apresentadas a seguir foram ponderadas pela qualidade metodológica e pela convergência entre estudos.

**Quadro 3** - Caracterização e avaliação crítica dos estudos empíricos incluídos.

Autor/ano	Delineamento e local	População/ amostra	Método	Principais achados	Limitações
Lima et al. (2016)	Estudo descritivo de busca ativa; território rural endêmico	População residente e casos suspeitos identificados em ação territorial	Triagem comunitária e exame clínico	Detectou casos novos, muitos multibacilares e com incapacidade, indicando diagnóstico tardio.	Amostra territorial e ausência de comparação; qualidade moderada.
Pinho (2017)	Análise avaliativa nacional da APS; Brasil	Equipes/unidades de APS avaliadas em base secundária	Associação entre estrutura, processo e detecção	Disponibilidade e de insumos, educação e organização do serviço associaram-se à maior detecção.	Dados secundários e desenho transversal; qualidade moderada.
Barboza et al. (2018)	Estudo avaliativo transversal; município endêmico	Usuários e profissionais da APS	Aplicação de instrumento de atributos da APS	Usuários atribuíram piores escores a acesso, integralidade e orientação	Amostra local e percepção autorreferida; qualidade moderada.

				familiar/comunitária.	
Oliveira et al. (2018)	Estudo transversal; município hiperendêmico	Agentes comunitários de saúde	Questionário de conhecimentos e práticas	Conhecimento geral satisfatório, com lacunas na classificação operacional e nas práticas de vigilância.	Autorreporte e ausência de observação da prática; qualidade moderada.
Lopes et al. (2018)	Estudo descritivo; APS	Usuários e profissionais	Questionários/entrevistas sobre conhecimentos e atitudes	Persistência de desinformação e preconceito, com necessidade de atuação educativa contínua.	Informações metodológicas incompletas na publicação; qualidade baixa a moderada.
Souza et al. (2019)	Estudo ecológico espaço-temporal; Bahia	Casos notificados e contatos registrados em sistemas de informação	Análise de cobertura do exame de contatos e distribuição territorial	Cobertura incompleta e desigualdades sociodemográficas e territoriais.	Sujeito à incompletude de registros e falácia ecológica; qualidade moderada.
Laurindo et al. (2019)	Estudo transversal; Zona da Mata Mineira	Pessoas diagnosticadas com hanseníase	Entrevistas sobre orientações e autocuidado	Oferta insuficiente de orientações, atividades educativas e encaminhamentos.	Amostra local e recordatório; qualidade moderada.
Fernandes et al. (2019)	Estudo observacional; serviço de referência/APS	Pessoas em tratamento e alta	Avaliação de grau de incapacidade e variáveis clínicas	Frequência relevante de graus 1 e 2, associada a formas multibacilares e maior idade.	Desenho observacional e possível viés de seleção; qualidade moderada.
Vieira, Martínez-Riera e	Estudo ecológico/avaliativo; Brasil	Municípios/equipes e indicadores	Correlação entre atributos da APS e	Melhor qualidade da APS	Associação não implica causalidade;

Lana (2020)		de hanseníase	indicadores de monitoramento	associou-se a indicadores mais favoráveis e menor diagnóstico tardio.	qualidade moderada a alta.
Boigny et al. (2020)	Estudo epidemiológico em redes domiciliares; áreas endêmicas	Famílias com casos sobrepostos	Reconstrução de redes e análise do exame de contatos	Ausência de exame dermatoneuro lógico associou-se à sobreposição de casos nas famílias.	Possível sub-registro e temporalidade limitada; qualidade moderada.
Cortela et al. (2020)	Estudo de aceitabilidade; área endêmica	Contatos elegíveis e profissionais envolvidos no PEP-Hans	Métodos quantitativos e qualitativos sobre rifampicina em dose única	Confiança, comunicação, medo e organização influenciaram a aceitação da profilaxia.	Contexto de projeto demonstrativo e generalização limitada; qualidade moderada a alta.
Melo et al. (2021)	Estudo transversal; município hiperendêmico	Agentes comunitários de saúde	Questionário de conhecimento	Lacunas sobre transmissão, atribuições e busca ativa, apesar de desempenho global adequado.	Autorreporte e amostra local; qualidade moderada.
Ferreira et al. (2023)	Estudo transversal nacional; Brasil	Equipes de atenção básica do PMAQ-AB	Análise de indicadores de estrutura e processo	Áreas rurais remotas apresentaram desvantagens em exames e coordenação do cuidado.	Dados de ciclo específico do PMAQ e autorrelato das equipes; qualidade alta para objetivo descritivo.
Souza et al. (2023)	Estudo transversal; rede de atenção	Profissionais, prontuários ou casos	Análise do manejo e dos registros	Predomínio de detecção passiva e falhas no	Desenho transversal e cenário local;

		acompanha dos na rede		registro do grau de incapacidade na alta.	qualidade moderada.
Grangeiro et al. (2024)	Intervenção educativa antes/depois; APS	Profissionais da Estratégia Saúde da Família	Oficinas teórico-práticas e avaliação pré/pós	Redução da insegurança e maior incorporação de avaliação e busca ativa.	Sem grupo controle e seguimento curto; qualidade moderada.
Santana et al. (2024)	Estudo quase experimental; APS	Profissionais de saúde	Capacitação e comparação de conhecimento/atitude pré e pós	Aumento significativo do conhecimento e das atitudes sobre incapacidades.	Ausência de randomização e avaliação de desfechos assistenciais; qualidade moderada.
Wanderley et al. (2024)	Estudo qualitativo; Imperatriz, Maranhão	Profissionais da Estratégia Saúde da Família	Entrevistas e análise temática	Insegurança, baixa suspeição, estigma e negligência percebida contribuíram para atraso diagnóstico.	Amostra intencional e transferibilidade contextual; qualidade alta para abordagem qualitativa.
Ribeiro et al. (2024)	Estudo descritivo de encaminhamentos; Tocantins	Pessoas encaminhadas à atenção secundária	Revisão de encaminhamentos e resolutividade diagnóstica	Parte dos diagnósticos poderia ter sido resolvida na APS.	Dependência da qualidade dos registros e cenário regional; qualidade moderada.
Fernandes e Pires Neto (2025)	Estudo avaliativo/educativo; APS	Agentes comunitários de saúde	Avaliação de conhecimentos e qualificação	Persistiram dúvidas sobre diagnóstico, tratamento e enfrentamento do preconceito.	Amostra local e ausência de desfechos longitudinais; qualidade moderada.

Fonte: elaboração dos autores.

### 3.1 Diagnóstico precoce: competência clínica, acesso e organização do cuidado

O diagnóstico precoce depende, em primeiro lugar, da suspeição clínica e da realização qualificada do exame dermatoneurológico. A hanseníase pode apresentar manifestações discretas e variadas, exigindo avaliação sensitiva, motora e autonômica dos nervos periféricos, além de interpretação integrada das lesões cutâneas. Estudos com profissionais da ESF demonstram que a insegurança diagnóstica e o conhecimento incompleto podem produzir sucessivas consultas sem definição, encaminhamentos desnecessários e chegada aos serviços em fases mais avançadas (WANDERLEY et al., 2024; GRANGEIRO et al., 2024).

A educação permanente mostra efeito positivo quando combina fundamentos teóricos, demonstração prática, discussão de casos e acompanhamento do processo de trabalho. Intervenções isoladas, entretanto, podem produzir ganhos transitórios se não forem incorporadas à rotina de supervisão, matriciamento e avaliação. A capacidade diagnóstica deve ser tratada como atributo institucional da equipe, e não como competência excepcional de um único profissional (GRANGEIRO et al., 2024; SANTANA et al., 2024).

Os ACS possuem papel estratégico na identificação de pessoas com manchas suspeitas, alteração de sensibilidade, fraqueza muscular ou histórico de contato. Contudo, atribuir exclusivamente a esses trabalhadores a responsabilidade pela busca ativa fragmenta o cuidado. Os estudos apontam lacunas conceituais sobre transmissão, classificação e responsabilidades, indicando a necessidade de trabalho compartilhado entre ACS, enfermagem, medicina, fisioterapia e vigilância (OLIVEIRA et al., 2018; MELO et al., 2021; FERNANDES; PIRES NETO, 2025).

Barreiras organizacionais também interferem no diagnóstico. Horários restritos, dificuldades de deslocamento, indisponibilidade de telefone, baixa orientação comunitária e dependência de centros de referência reduzem a acessibilidade. Quando casos clinicamente manejáveis são encaminhados precocemente para atenção secundária, a APS perde oportunidade de consolidar experiência, longitudinalidade e vínculo, reforçando um ciclo de baixa resolutividade (BARBOZA et al., 2018; RIBEIRO et al., 2024).

A desigualdade territorial exige atenção específica. Serviços rurais remotos podem apresentar menor disponibilidade de exames e maior dificuldade de coordenar encaminhamentos. Em municípios de alta endemicidade, a ausência de insumos simples,

como monofilamentos, e de processos regulares de educação em saúde compromete a detecção. Portanto, descentralizar responsabilidades sem garantir infraestrutura, apoio diagnóstico e retaguarda técnica pode aprofundar iniquidades (PINHO, 2017; FERREIRA et al., 2023).

O estigma completa esse circuito de atraso. Pessoas podem ocultar sinais, evitar unidades conhecidas pela comunidade ou recusar o exame de contatos por medo de exposição. A resposta da APS deve incluir comunicação não discriminatória, confidencialidade, esclarecimento sobre cura e transmissibilidade e valorização das pessoas afetadas como participantes das ações educativas. O enfrentamento do estigma é, portanto, componente do diagnóstico precoce e não atividade acessória (LOPES et al., 2018; WANDERLEY et al., 2024; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2021).

### **3.2 Vigilância ativa e acompanhamento de contatos**

A investigação de contatos constitui uma das intervenções mais importantes para identificar casos subclínicos ou iniciais e interromper a transmissão. O PCDT brasileiro recomenda avaliação clínica dos contatos, registro adequado, vacinação BCG quando indicada e acompanhamento conforme o risco. A efetividade depende de cadastro completo, convocação ética, exame dermatoneurológico, orientação sobre sinais e garantia de retorno (BRASIL, 2022).

As evidências demonstram que a cobertura do exame de contatos permanece incompleta e desigual. Na Bahia, análise espaço-temporal identificou desempenho heterogêneo e menor proporção de contatos examinados em grupos e municípios socialmente vulneráveis. Esse padrão sugere que indicadores agregados podem ocultar bolsões de baixa cobertura justamente onde o risco de transmissão e atraso diagnóstico é maior (SOUZA et al., 2019).

Falhas operacionais incluem contatos registrados, porém não examinados; ausência de avaliação dermato-neurológica; dificuldade de localizar pessoas; baixa integração entre vigilância e equipe assistencial; e descontinuidade após a primeira abordagem. Em redes familiares com casos sobrepostos, a ausência de exame esteve associada à manutenção intergeracional da doença, revelando como uma falha de processo pode se converter em persistência epidemiológica (BOIGNY et al., 2020).

A busca ativa deve combinar análise de prontuários e sistemas de informação, visitas domiciliares, investigação de contatos domiciliares e sociais, ações comunitárias e reconhecimento de territórios prioritários. Contudo, campanhas episódicas não substituem vigilância longitudinal. A ESF dispõe de capilaridade para esse acompanhamento, mas precisa de agenda protegida, instrumentos padronizados, transporte quando necessário e devolutiva dos casos encaminhados (LIMA et al., 2016; SOUZA et al., 2023).

A profilaxia pós-exposição com rifampicina em dose única constitui estratégia complementar para contatos elegíveis, mas não substitui o exame clínico dermatoneurológico, a exclusão de doença ativa, a vacinação BCG quando indicada, a vigilância de contatos e o seguimento longitudinal. Sua implementação requer critérios clínicos, informação qualificada e consentimento. Evidências de aceitabilidade indicam que medo, insegurança e confiança na equipe influenciam a decisão; portanto, a tecnologia não deve ser reduzida à dispensação do medicamento, devendo permanecer integrada ao vínculo e à vigilância (CORTELA et al., 2020; BRASIL, 2022).

Para qualificar a vigilância, recomenda-se monitorar não apenas o número de contatos cadastrados, mas a proporção efetivamente examinada, o tempo entre diagnóstico do caso índice e exame, a completude da avaliação, a vacinação, a indicação de profilaxia e a ocorrência de casos posteriores. Indicadores estratificados por território, raça/cor, idade, sexo e vulnerabilidade social podem revelar iniquidades que médias municipais ocultam (BRASIL, 2026).

### **3.3 Prevenção de incapacidades, autocuidado e reabilitação**

A prevenção de incapacidades deve começar no diagnóstico e continuar durante e após o tratamento. A avaliação do grau de incapacidade física permite identificar comprometimentos oculares, manuais e podais, orientar condutas e monitorar evolução. Sua ausência ou registro incompleto reduz a capacidade de reconhecer diagnóstico tardio, planejar reabilitação e avaliar a qualidade do programa (BRASIL, 2022).

Estudos brasileiros apontam frequência relevante de incapacidades já no diagnóstico, sobretudo em formas multibacilares e em pessoas mais velhas. Esse achado reforça que incapacidade não é apenas consequência inevitável da doença, mas indicador sentinela de atraso diagnóstico e falhas de acesso. A redução do grau 2 entre casos novos

exige detecção precoce, manejo rápido de reações e neurites e avaliação neurológica sistemática (FERNANDES et al., 2019; BRASIL, 2026).

Persistem falhas no registro do grau de incapacidade na alta e na continuidade do seguimento. O encerramento da poliquimioterapia não equivale ao término das necessidades de cuidado: reações podem ocorrer, danos neurais podem persistir e adaptações funcionais podem ser necessárias. A APS deve garantir longitudinalidade, articulando atenção especializada, fisioterapia, terapia ocupacional, saúde ocular, saúde mental e proteção social quando indicado (SOUZA et al., 2023; BRASIL, 2022).

O autocuidado envolve inspeção diária, hidratação e proteção da pele, prevenção de queimaduras e traumas, exercícios, cuidados com olhos, mãos e pés e reconhecimento precoce de sinais de neurite ou reação. Entretanto, parte dos usuários relata orientação insuficiente e baixa participação em atividades educativas. A mera entrega de recomendações padronizadas é inadequada quando não considera escolaridade, condições de moradia, trabalho, renda e possibilidade real de adotar medidas protetoras (LAURINDO et al., 2019; FERREIRA; DIAS; SILVA, 2020).

A educação em saúde deve ser dialógica, demonstrativa e repetida ao longo do acompanhamento. Grupos de autocuidado, consultas compartilhadas, materiais acessíveis e participação de pessoas com experiência vivida podem fortalecer autonomia e reduzir estigma. Profissionais também necessitam de treinamento prático para avaliação neurológica simplificada, classificação de incapacidades e prescrição de medidas protetoras (SANTANA et al., 2024).

A prevenção de incapacidades demanda abordagem interprofissional. A enfermagem possui papel relevante no acompanhamento, educação, vigilância de reações e coordenação; a medicina responde pelo diagnóstico diferencial e manejo clínico; fisioterapia e terapia ocupacional contribuem para função e adaptação; ACS apoiam seguimento territorial. A integração evita que o cuidado se fragmente entre tratamento medicamentoso, vigilância e reabilitação.

#### **4 Discussão**

A síntese evidencia que o principal desafio da hanseníase na APS não é a inexistência de normas, mas a distância entre o cuidado recomendado e a capacidade

cotidiana de executá-lo. O Brasil dispõe de protocolo clínico abrangente, tratamento gratuito e rede territorial extensa. Ainda assim, persistem diagnóstico tardio, cobertura incompleta de contatos e falhas no monitoramento de incapacidades, indicando problemas de implementação, governança e equidade (BRASIL, 2022; BRASIL, 2026).

Os três eixos analisados são interdependentes. Baixa capacidade diagnóstica aumenta o tempo de transmissão e a probabilidade de dano neural; vigilância incompleta deixa casos iniciais não reconhecidos; prevenção de incapacidades fragmentada mantém sequelas evitáveis mesmo após a cura microbiológica. Estratégias verticais e desconectadas tendem a produzir resultados limitados. A resposta precisa integrar assistência, vigilância, educação, reabilitação e participação comunitária (BRASIL, 2026).

A educação permanente aparece como recomendação recorrente, mas deve ser compreendida criticamente. Capacitação não pode funcionar como explicação única para falhas que também decorrem de equipes incompletas, rotatividade, sobrecarga, indisponibilidade de insumos, fluxos mal definidos e suporte especializado insuficiente. Treinar profissionais sem modificar condições de trabalho transfere para indivíduos a responsabilidade por problemas organizacionais (FERREIRA et al., 2023; GRANGEIRO et al., 2024).

A organização em rede deve equilibrar descentralização e apoio especializado. A APS precisa resolver casos típicos e acompanhar longitudinalmente as pessoas, enquanto referências devem ofertar suporte para dúvidas diagnósticas, reações complexas, dano neural, resistência medicamentosa e reabilitação. Matriciamento, teleconsultoria e discussão regular de casos podem aumentar a resolutividade sem produzir isolamento técnico das equipes (GRANGEIRO et al., 2024).

O uso de sistemas de informação requer qualificação. Registros incompletos do grau de incapacidade, contatos e modo de detecção comprometem tanto o cuidado individual quanto a vigilância. A gestão deve transformar indicadores em instrumentos de melhoria: identificar unidades com baixa cobertura, revisar prontuários, realizar busca de faltosos e discutir resultados com equipes e comunidades. A qualidade do dado deve ser tratada como parte da qualidade assistencial (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2021).

A equidade precisa orientar a priorização territorial. A hanseníase se concentra em contextos de vulnerabilidade social e acesso precário, e a resposta homogênea pode reproduzir desigualdades. Territórios com maior carga, distância geográfica, população rural, baixa renda ou grupos historicamente marginalizados necessitam de recursos proporcionais, estratégias móveis, apoio logístico e ações intersetoriais (SOUZA et al., 2019; BRASIL, 2026).

O enfrentamento do estigma é condição para a efetividade de todas as ações. Intervenções devem proteger confidencialidade, evitar linguagem culpabilizadora, divulgar que a doença tem cura e que a transmissão é interrompida com tratamento adequado, além de combater discriminação nos serviços, trabalho, escola e família. A participação de pessoas afetadas pode aprimorar materiais, fluxos e políticas, alinhando o SUS à estratégia global de zero discriminação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2021).

## **5 Implicações para a Atenção Primária à Saúde e para a gestão do SUS**

As evidências sugerem a necessidade de instituir processos permanentes de educação em saúde e educação continuada para as equipes da Atenção Primária à Saúde, com treinamento prático em exame dermatoneurológico, avaliação do grau de incapacidade física, manejo de reações hansênicas, neurites e investigação de contatos (FERREIRA et al., 2023; GRANGEIRO et al., 2024).

Os estudos indicam que a efetividade dessas ações depende de garantir a disponibilidade de insumos básicos, instrumentos de avaliação, medicamentos, transporte e apoio diagnóstico, especialmente em territórios remotos e hiperendêmicos. A busca ativa deve ser contínua, articulada ao trabalho dos agentes comunitários de saúde, à análise de dados e às visitas domiciliares, evitando-se ações restritas a campanhas episódicas. O acompanhamento de contatos precisa ser monitorado por indicadores de oportunidade, completude e equidade, e não apenas pelo número absoluto de pessoas registradas (SOUZA et al., 2019; BRASIL, 2026).

A avaliação do grau de incapacidade é recomendada no diagnóstico, durante o tratamento e na alta, com seguimento posterior à cura nos casos de dano neural ou risco funcional. Além disso, é fundamental fortalecer grupos de autocuidado e reabilitação, com materiais acessíveis e abordagem adaptada às condições sociais, econômicas e

ocupacionais dos usuários. A organização da rede deve contemplar matriciamento, fluxos claros entre a APS e os serviços de referência e contrarreferência efetiva, com discussão compartilhada dos casos (SOUZA et al., 2019; BRASIL, 2026).

Os registros no Sistema de Informação de Agravos de Notificação e nos prontuários devem ser qualificados e utilizados para supervisão, planejamento e melhoria do cuidado. Por fim, devem ser incorporadas ações permanentes de enfrentamento do estigma, proteção dos direitos das pessoas afetadas e priorização de recursos conforme a carga da doença, as vulnerabilidades sociais e as barreiras territoriais, de modo a operacionalizar o princípio da equidade no SUS (SOUZA et al., 2019; BRASIL, 2026).

A heterogeneidade regional observada nos estudos exige evitar generalizações nacionais indevidas. Evidências da Bahia, Maranhão, Tocantins, Minas Gerais e de áreas rurais remotas mostram que endemicidade, distância geográfica, capacidade instalada, estabilidade das equipes e completude da vigilância variam entre territórios. Assim, a concentração da doença e das falhas assistenciais deve ser interpretada como fenômeno territorialmente desigual, e não como desempenho uniforme da APS brasileira (SOUZA et al., 2019; FERREIRA et al., 2023; WANDERLEY et al., 2024; RIBEIRO et al., 2024).

A experiência dos usuários acrescenta dimensão que os indicadores administrativos não captam integralmente. A percepção de acesso difícil, acolhimento insuficiente, medo de exposição, desinformação e preconceito pode prolongar o itinerário diagnóstico e reduzir a adesão ao exame de contatos e ao autocuidado. Como poucos estudos incluídos exploraram diretamente narrativas de pessoas afetadas, essas conclusões devem ser consideradas consistentes, porém ainda limitadas, reforçando a necessidade de investigações qualitativas e participativas (BARBOZA et al., 2018; LOPES et al., 2018; LAURINDO et al., 2019; WANDERLEY et al., 2024).

## **6 Limitações**

Esta revisão apresenta limitações relacionadas à heterogeneidade dos delineamentos, populações, instrumentos e indicadores, o que impediu metanálise e comparações uniformes. A concentração de estudos em municípios e estados específicos reduz a generalização para todo o país. Estudos transversais e ecológicos não permitem estabelecer causalidade; análises de bases secundárias estão sujeitas a subnotificação,

incompletude e diferenças na qualidade dos registros; e intervenções educativas frequentemente não incluíram grupo comparador nem seguimento de longo prazo.

Também devem ser reconhecidas limitações da própria revisão. A inclusão de três idiomas e de seis bases não elimina risco de perda de literatura cinzenta, trabalhos não indexados ou estudos publicados após a última busca, realizada em 15 de junho de 2026. A amplitude conceitual da revisão integrativa e a heterogeneidade dos estudos aumentam a dependência de julgamento na categorização temática. Embora triagem, extração e avaliação tenham sido realizadas por revisores independentes, permanece possível viés de seleção e interpretação. A avaliação pelo MMAT orientou a ponderação dos achados, mas não transforma estudos observacionais em evidência causal. Essas restrições exigem cautela na extrapolação das recomendações e indicam necessidade de estudos multicêntricos, de implementação e com participação de pessoas afetadas.

## 7 Considerações finais

A hanseníase permanece como desafio complexo para a APS brasileira, não apenas pela persistência da transmissão, mas pela coexistência de atraso diagnóstico, vigilância incompleta de contatos, incapacidades evitáveis e estigma. As evidências analisadas demonstram que a efetividade das ações depende da conversão das diretrizes em capacidade operacional territorialmente distribuída.

O diagnóstico precoce requer profissionais seguros, serviços acessíveis e suspeição ativa; a vigilância de contatos exige cadastro, exame, acompanhamento e comunicação; e a prevenção de incapacidades demanda avaliação neurológica, registro, autocuidado e reabilitação longitudinal. Essas dimensões devem funcionar de maneira integrada e centrada nas necessidades das pessoas e comunidades.

Para avançar em direção às metas nacionais e internacionais, o SUS precisa fortalecer a APS com educação permanente, estrutura, apoio matricial, informação de qualidade, participação social e financiamento orientado pela equidade. A eliminação da hanseníase como problema de saúde pública não será alcançada apenas pela disponibilidade de tratamento, mas pela capacidade de interromper transmissão, prevenir danos e assegurar cuidado livre de discriminação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2021; BRASIL, 2026).

## Referências

- BARBOZA, N. A. et al. Primary health care in leprosy, assessed by users and professionals. *International Archives of Medicine*, v. 11, 2018. DOI: 10.3823/2563.
- BOIGNY, R. N. et al. Operational failures of leprosy control in household social networks with overlapping cases in endemic areas in Brazil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 29, n. 4, 2020. DOI: 10.5123/S1679-49742020000400004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico de Hanseníase: número especial, janeiro de 2026. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026.
- CORTELA, D. C. B. et al. Aceitabilidade da quimioprofilaxia em área endêmica para hanseníase: projeto PEP-Hans Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00068719.
- FERNANDES, D. O. H. et al. Ocorrência das incapacidades físicas na hanseníase durante o tratamento medicamentoso. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, Vitória, v. 21, n. 3, 2019. DOI: 10.21722/rbps.v21i3.28216.
- FERNANDES, S. A.; PIRES NETO, O. A. Qualificação das práticas do agente comunitário de saúde para o enfrentamento da hanseníase. *Revista Foco*, v. 18, n. 2, 2025. DOI: 10.54751/revistafoco.v18n2-114.
- FERREIRA, G. et al. Leprosy and tuberculosis control scenario of the national program for the improvement of access and quality of primary care in Brazil. *BMC Health Services Research*, London, v. 23, 2023. DOI: 10.1186/s12913-023-09842-5.
- FERREIRA, L. S.; DIAS, G. A. S.; SILVA, T. B. V. Autocuidado em hanseníase na atenção primária à saúde: avaliação do conhecimento de usuários de uma unidade básica de saúde. *Revista CPAQV*, v. 12, n. 3, 2020. DOI: 10.36692/v12n3-30.
- GRANGEIRO, S. et al. Hanseníase na atenção básica: saberes e práticas dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Revista de APS, Juiz de Fora*, v. 27, 2024. DOI: 10.34019/1809-8363.2024.v27.36777.
- LAURINDO, C. R. et al. Acesso à orientação quanto ao autocuidado por pessoas diagnosticadas com hanseníase em um município da Zona da Mata Mineira. *HU Revista*, Juiz de Fora, v. 44, 2019. DOI: 10.34019/1982-8047.2018.v44.14130.
- LIMA, R. K. E. et al. A importância da busca ativa como estratégia de controle da hanseníase em territórios endêmicos. *Hansenologia Internationalis*, Bauru, v. 41, 2016. DOI: 10.47878/hi.2016.v41.34981.
- LOPES, V. A. S. et al. Conhecimento de usuários e profissionais no contexto da atenção primária sobre hanseníase. [S. l.: s. n.], 2018.
- MELO, N. B. et al. Avaliação do conhecimento de agentes comunitários de saúde acerca da hanseníase em um município hiperendêmico. *Vittalle: Revista de Ciências da Saúde*, Rio Grande, v. 33, n. 2, 2021. DOI: 10.14295/vittalle.v33i2.12784.

- OLIVEIRA, C. M. et al. Conhecimento e práticas dos agentes comunitários de saúde sobre hanseníase em um município hiperendêmico. *Saúde em Revista, Piracicaba*, v. 17, n. 48, p. 39-50, 2018. DOI: 10.15600/2238-1244/sr.v17n48p39-50.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Rumo à zero hanseníase: estratégia global de hanseníase 2021–2030. Nova Délhi: Escritório Regional da OMS para o Sudeste Asiático, 2021.
- PAGE, M. J. et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ, London*, v. 372, n. 71, 2021. DOI: 10.1136/bmj.n71.
- PINHO, R. D. B. Controle da hanseníase na atenção básica em saúde no Brasil: análise de fatores de estrutura e processo de trabalho. 2017. Trabalho acadêmico — instituição não informada no documento-base, 2017.
- RIBEIRO, C. F. et al. Análise de referências à atenção secundária para diagnóstico e manejo da hanseníase no interior do Tocantins. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 10, n. 12, 2024. DOI: 10.51891/rease.v10i12.17685.
- SANTANA, E. M. F. et al. Adequabilidade do conhecimento e atitude de profissionais na avaliação das incapacidades hanseníase. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 24, 2024. DOI: 10.25248/reas.e13946.2024.
- SOUZA, E. A. et al. Desempenho da vigilância de contatos de casos de hanseníase: uma análise espaço-temporal no Estado da Bahia, Região Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 35, 2019. DOI: 10.1590/0102-311X00209518.
- SOUZA, M. et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde frente ao manejo da hanseníase: um estudo transversal. *Revista de APS, Juiz de Fora*, v. 25, 2023. DOI: 10.34019/1809-8363.2022.v25.35355.
- VIEIRA, N. F.; MARTÍNEZ-RIERA, J. R.; LANA, F. C. F. Primary care quality and its effects on leprosy monitoring indicators. *Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, DF*, v. 73, 2020. DOI: 10.1590/0034-7167-2019-0038.
- WANDERLEY, D. S. P. et al. Fatores que dificultam o diagnóstico da hanseníase nas perspectivas dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em unidades básicas de saúde em Imperatriz, Maranhão. *Revista de APS, Juiz de Fora*, v. 26, 2024. DOI: 10.34019/1809-8363.2023.v26.41156.