Boletim de Saúde de Fortaleza

HANSENÍASE | 2001-2024

Volume 20 - N ° 2. junho 2025
ISSN 1678-8400
Fortaleza - Ceará

HANSENÍASE

Prefeito de Fortaleza

Evandro Sá Barreto Leitao

Secretária Municipal da Saúde

Riane Maria Barbosa De Azevedo

Coordenador de Vigilância em Saúde - COVIS

Josete Malheiro Tavares

Coordenador de Redes de Atenção Primária e Psicossocial - CORAPP

Erlemus Ponte Soares

Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Coordenação Geral das Regionais de Saúde – COGERS

Minuchy Mendes Carneiro Alves

Coordenação técnica:

Alberto Novaes Ramos Júnior

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

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

Ariadna Ribeiro Abreu Almeida Lima

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

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

Francisca Juelita Gomes

Secretaria Estadual de Saúde do Ceará. Célula de Vigilância e Prevenção de Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis

Geziel dos Santos de Sousa

Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Coordenadoria de Vigilância em Saúde, Célula de Vigilância Epidemiológica, Análise de Dados e Geoprocessamento

Jaqueline Caracas Barbosa

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

Paula Sacha Frota Nogueira

Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Enfermagem, Departamento de Enfermagem & Programa de Pós-graduação Profissional em Saúde da Família

Rui de Gouveia Soares Neto

Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Coordenadoria de Vigilância em Saúde, Gerente da Célula de Vigilância Epidemiológica

Carmem Emmanuely Leitão Araújo

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

Equipe técnica:

Antônio Lucas Delerino

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

Aymée Medeiros da Rocha

Fundação NHR Brasil

Askanio Batista Teixeira

Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem

Ellen Dayane Dantas Rodrigues

Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina

Fernanda Aguiar Kucharski

Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Coordenaria Executiva da Regional de Saúde V

Janaína Rocha de Sousa Almeida

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

Jose Bruno Rodrigues Frota

Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Coordenadoria de Vigilância em Saúde, Célula de Vigilância Epidemiológica, Análise de Dados e Geoprocessamento

José Ernando de Farias Filho

Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina

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

Kilma Wanderley Lopes Gomes

Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Coordenadoria de Redes de Atenção Primária e Psicossocial - CORAPP, Gerente da Célula de Atenção Especializada à Saúde

Levi Pinheiro de Moura

Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina

Lucas Soares Radtke

Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina

Mirele Coelho Araújo

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

Reginaldo Alves das Chagas

Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Gerente da Célula de Atenção Primária e Psicossocial – CEAPS

Vittória Rodrigues Felix

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

Colaboração

Aliene Alves Gonçalves Araújo

Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Responsável técnica Vigilância epidemiológica da Coordenaria Executiva da Regional de Saúde I no município de Fortaleza

Antônia Gabriela Monteiro Correa

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

Carlos Henrique Meneses Barroso

Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Responsável técnico da Hanseníase da Coordenaria Executiva da Regional de Saúde II do município de Fortaleza

Daisyanne Augusto de Sales Santos

Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Responsável técnica Vigilância epidemiológica da Coordenaria Executiva da Regional de Saúde V no município de Fortaleza

Francisca Mônica Sousa Café

Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Responsável técnica Vigilância epidemiológica da Coordenaria Executiva da Regional de Saúde III no município de Fortaleza

Georgia Maria Viana Brasileiro Dorta

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

Maria Carlene Rodrigues

Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Responsável técnico da Hanseníase da Coordenaria Executiva da Regional de Saúde II do município de Fortaleza

Maria Rosilane Magalhães Chaves

Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Responsável técnica Vigilância epidemiológica da Coordenaria Executiva da Regional de Saúde II no município de Fortaleza

Michelle Pontes Carneiro

Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Responsável técnica Vigilância epidemiológica da Coordenaria Executiva da Regional de Saúde VI no município de Fortaleza

Patricia Rejane Carneiro Suassuna

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

Silvia Cristina Guimarães Cardoso

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

Formatação e diagramação

Vittória Rodrigues Felix

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

BOLETIM DE SAÚDE DE FORTALEZA / HANSENÍASE - 2001-2024, ORGS. RAMOS JR., A. N, MESQUITA, L.P.S, LIMA, A. R. A. A – FORTALEZA / CE: PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA / SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE / COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE / COORDENADORIA DE REDES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E PSICOSSOCIAL, 2025.
V.20, N.2 (JUN/2025), 86p.

ISSN: 1678-8400
1. BOLETIM DE SAÚDE 2. HANSENÍASE 3. ENFRENTAMENTO 4. EPIDEMIOLOGIA.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição dos bairros de Fortaleza em Secretarias Executivas Regionais. Fortaleza, 2025 12
Figura 2 - Hanseníase indetermina. Mácula hipocrômica na face lateral da coxa direita. Arquivo pessoal, Dra Juliana Ramos, Dermatologista e MFC 17
Figura 3 - Hanseníase tuberculoide. Placa com bordas papulosas localizada no dorso. Arquivo pessoal, Dra Juliana Ramos, Dermatologista e MFC 18
Figura 4 - Hanseniase Boderline. Padrão em "queijo suíço ou favos de mel". Arquivo pessoal, Dra Juliana Ramos, Dermatologista e MFC 18
Figura 5 - Hanseníase Virchowiana. Múltiplas lesões do tipo placas e nódulos. Arquivo pessoal, Dra Juliana Ramos, Dermatologista e MFC 18
Figura 6 - Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase na população geral e menor de 15 anos por 100.000 hab. Fortaleza, 2001 a 2024. 26
Figura 7 - Distribuição espacial acumulada dos casos novos de hanseníase na população geral. Fortaleza, 2001 a 2024. 27
Figura 8 - Distribuição espacial dos casos novos de hanseníase na população geral por ano. Fortaleza, 2001 a 2024. 29
Figura 9 – Distribuição espacial dos casos novos de hanseníase em pessoas abaixo de 15 anos de idade por ano. Fortaleza, 2001 a 2024. 30
Figura 10 - Frequência acumulada de casos novos, segundo sexo e faixa etária. Fortaleza, 2001 a 2024. 31
Figura 11 – Proporção acumulada de casos novos de hanseníase por escolaridade e ano de diagnóstico. Fortaleza, 2001 a 2024. 32
Figura 12 - Proporção de casos novos de hanseníase por escolaridade e ano de diagnóstico. Fortaleza, 2001 a 2024. 33
Figura 13 - Frequência acumulada de casos novos segundo raça/cor. Fortaleza, 2001 a 2024 34
Figura 14 - Proporção de casos novos de hanseníase segundo raça/cor por ano. Fortaleza 2001 a 2024 35
Figura 15 - Proporção de casos novos, segundo Unidade Notificadora. Fortaleza 2001 a 2024 36
Figura 16 - Proporção de casos de hanseníase segundo classificação operacional entre os casos novos diagnosticados no ano. Fortaleza, 2001 a 2024. 37
Figura 17 -Proporção de casos de hanseníase segundo forma clínica informada entre os casos novos diagnosticados no ano. Fortaleza, 2001 a 2024 38
Figura 18 - Proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no momento do diagnóstico. Fortaleza, 2001 a 2024. 40
Figura 19 - Proporção de casos de recidiva entre os casos notificados por ano. Fortaleza, 2001 a 2024 42
Figura 20 - Proporção de cura de hanseníase entre o caso novo de diagnóstico nos anos das coortes. Fortaleza, 2001 a 2024 43
Figura 21 - Proporção de contatos examinados entre os registrados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes. Fortaleza, 2001 a 2024. 44

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descrição dos indicadores epidemiológicos e operacionais. 23
Quadro 2 - Termos a serem evitados e termos recomendados para o enfrentamento ao estigma no contexto da hanseníase. Fortaleza, 2025. 62

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO **8**
CONHECENDO O MUNICÍPIO DE FORTALEZA **11**
HANSENÍASE: REVISANDO CONCEITOS BÁSICOS **15**
Exames complementares em hanseníase **19**
CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO NO BRASIL **21**
MÉTODOS **22**
Desenho do estudo 22
Indicadores epidemiológicos-operacionais 23
Extração, exploração e análise dos dados 25
CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO EM FORTALEZA **26**
Perfil clínico 37
Avaliação de Incapacidades Físicas pela Hanseníase 39
Recidiva 41
Coortes na hanseníase 42
Cura 42
Vigilância de contatos 44
INTERVENÇÕES ESTRATÉGICAS DE ENFRENTAMENTO À HANSENÍASE **46**
INTERVENÇÕES DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE - CONEXÃO ENTRE UNIVERSIDADE E SERVIÇOS DE SAÚDE **48**
AUTOCUIDADO EM HANSENÍASE: UMA INTERVENÇÃO COLETIVA ESTRATÉGICA NO ENFRENTAMENTO A HANSENÍASE **53**
ESTIGMA NO CONTEXTO DA HANSENÍASE **60**
REFERÊNCIAS **66**
APÊNCIDE A – LISTA DE UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DE FORTALEZA COM ENDEREÇO E CONTATO TELEFÔNICO, ABRIL DE 2025 69
APÊNCIDE B – UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE QUE POSSUEM BACILOSCOPIA E ATENDIMENTO AMBULATORIAL, ABRIL 2025 80
APÊNCIDE C – REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: SERVIÇOS DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO EM HANSÉNIASE, POLICLÍNICAS E CAPS, ABRIL 2025 81

APRESENTAÇÃO

A elaboração do Boletim Epidemiológico de Hanseníase (2025) consiste em uma iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza e da Universidade Federal do Ceará, em parceria com a Fundação NHR Brasil, tendo como um dos principais objetivos a melhor descrição do comportamento epidemiológico da doença, durante o período de 2001 a 2024, com dados extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN — Hanseníase). Para tanto, são trazidos indicadores epidemiológicos e operacionais da hanseníase, com o perfil das pessoas acometidas, além de questões relacionadas à integralidade do cuidado e estratégias significativas para o controle da doença seguindo evidências e recomendações nacionais e internacionais.

Este Boletim também é um dos produtos do projeto intitulado “Fortalecimento da temática da hanseníase nas universidades - ampliar e fortalecer o diagnóstico e tratamento da hanseníase”, sob coordenação da Universidade Federal do Ceará com apoio do Ministério da Saúde, que visa fortalecer a resposta do Sistema Único de Saúde (SUS) à hanseníase.

Iniciado em 2020, este projeto tem promovido e fortalecido processo de formação e educação permanente em hanseníase com avanços relevantes nas ações de atenção, vigilância e controle

em áreas prioritárias no estado do Ceará. Por meio de ações de educação permanente, em especial no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), tem contribuído com a ampliação da capacidade de detecção de casos de hanseníase e o enfrentamento do estigma na rede de Atenção Primária à Saúde dos municípios de Fortaleza e Sobral. Também tem fortalecido a inserção da temática da hanseníase nas instituições de ensino e pesquisa, especialmente nas universidades públicas cearenses, incluindo ações estratégicas de extensão.

A hanseníase é uma doença curável, porém, com alto potencial de produzir sequelas irreversíveis estigmatizantes. A pandemia da Covid-19 impactou negativamente os diagnósticos desta doença, que ainda é um problema grave no Brasil e no Ceará. A análise dos dados epidemiológicos do município de Fortaleza, associada à descrição de estratégias relevantes para o controle da doença, é essencial para reunir esforços que visem o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno, bem como o manejo de incapacidade física decorrente.

Neste Boletim, analisa-se descritivamente esta Doença Tropical Negligenciada nas dimensões de pessoa, tempo e espaço, especificando o comportamento da hanseníase ao longo dos anos para qualificar processos de planejamento de novas estratégias e ações de vigilância e controle.

Os resultados deste Boletim Epidemiológico reforçam a necessidade da

descentralização do cuidado da pessoa acometida pela hanseníase e a importância da APS nas ações de controle e na vigilância de contatos. Novas estratégias, como o apoio matricial (matriciamento) em saúde e aplicação de testes rápidos imunocromatográficos para determinação qualitativa de anticorpos IgM anti-*Mycobacterium leprae*, parecem configurar potenciais ferramentas para enfrentamento da doença, ao passo que também podem promover o fortalecimento da APS.

CONHECENDO O MUNICÍPIO DE FORTALEZA

O município de Fortaleza, capital do estado do Ceará, possui 312.353 km² de área total, onde residem 2.428.708 habitantes, segundo Censo do IBGE de 2022 (IBGE, 2024). Classificada como a 5ª capital mais populosa do país, Fortaleza possui 53,5% da população feminina, e 67,0% se autodeclaram parda e preta (IBGE, 2024). O município está dividido em 121 bairros, distribuídos administrativamente em 12 regionais (Fortaleza, 2022a). O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) para a educação é de 0,695 enquanto o Índice de Gini, utilizado para verificar a distribuição de renda, é equivalente a 0,579 (Fortaleza, 2022a). Quanto à ocupação, 31,8% da população total possui algum vínculo empregatício e 63,0% é beneficiária do Programa Bolsa Família (Fortaleza, 2022a).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica do município de Fortaleza-CE.

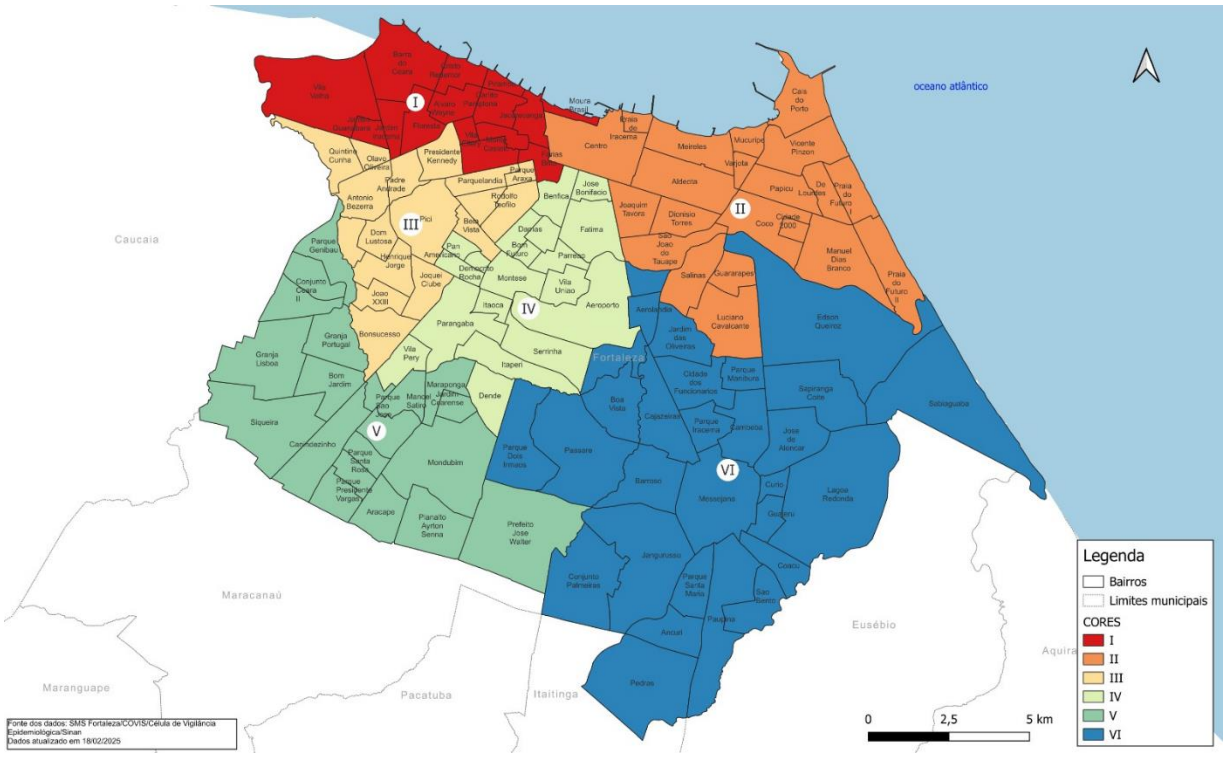
Informações por Cidades e Estados - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	
Área Territorial	312,353 km² [2022]
População residente	2.428.708 pessoas [2022]
Densidade demográfica	7.775,52 hab/km² [2022]
Escolarização 6 a 14 anos	96,1% [2010]
IDHM Índice de desenvolvimento humano municipal	0,754 [2010]
Mortalidade infantil	11,73 óbitos por mil nascidos vivos [2022]
Total de receitas brutas realizadas	12.673.913.825,45 R$ [2023]
Total de despesas brutas empenhadas	12.288.331.897,00 R$ [2023]
PIB per capita	27.164,45 R$ [2021]

Fonte: IBGE, 2024

Considerando o cenário de distribuição de renda e habitação, o território de Fortaleza possui assentamentos precários composto por 74,0% favelas, 15,0% mutirões, 6,0% conjuntos habitacionais, 3,0% cortiços e 2,0% loteamentos irregulares. Destaca-se que nestes assentamentos há uma taxa de detecção de 51,25 casos novos de hanseníase por 100 mil habitantes, havendo nas favelas e conjuntos habitacionais uma fraca correlação negativa com casos de hanseníase, ou seja, quanto menor o IDH tende-se ao aumento de casos, enquanto em mutirões há uma fraca correlação positiva. Contudo, de modo geral, quanto menor o IDH maior o número de casos (Fortaleza, 2022a).

No âmbito da organização administrativa das ações de saúde, a divisão ocorre em 06 Coordenadorias Regionais de Saúde (CORES) elencadas de I a VI que fazem a gestão da rede de atenção à saúde (RAS) (Figura 1). Esta conta com a APS, além das Atenções Secundária e Terciária (média e alta complexidade tecnológica); um sistema de governança; sistemas de apoio diagnóstico, terapêutico, farmacêutico e de informação em saúde; além dos sistemas logísticos compostos pelo transporte sanitário, regulação, prontuário clínico e cartão SUS (Fortaleza, 2022a). Neste sentido, a APS, especialmente por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), deve se estabelecer enquanto porta de entrada e ordenadora do cuidado da RAS no município.

Figura 1 - Distribuição dos bairros de Fortaleza em Secretarias Executivas Regionais. Fortaleza, 2025



Fonte: SMS/COVIS/Célula de Vigilância Epidemiológica de Fortaleza

A cidade de Fortaleza possui 134 Unidades de APS (UAPS) (Fortaleza, 2022a), formadas por 20 Equipes de AP e 464 Equipes de ESF, atingindo uma cobertura de 93,7% em dezembro de 2023, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2020–2023 (BRASIL, 2025a). Conforme apresentado no mapa (Figura 1), a distribuição das UAPS nas CORES acontece da seguinte forma: CORES Centro, 18 unidades na CORES I, 14 na

CORES II, 20 na CORES III, 15 na CORES IV, 32 na CORES V e 35 na regional VI, sendo esta última a maior em extensão territorial. Destaca-se que 70,0% das 134 UAPS são gerenciadas pela gestão municipal e as demais por Organizações Sociais da área da Saúde (OSS).

A rede de atenção conta ainda com 04 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), 04 Policlínicas, e 01 equipe da Estratégia Consultório na Rua, além de outras unidades de acolhimento a pessoas em situação de vulnerabilidade como os Centro de Referência para População em Situação de Rua (Centro POP). A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é formada por Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) Infantil, CAPS Geral e CAPS de álcool e outras drogas e unidades de acolhimento (Fortaleza, 2022a).

Para hanseníase, há a recomendação de que o diagnóstico, o acompanhamento e a avaliação das incapacidades físicas sejam ações realizadas nas UAPS, sendo a atenção secundária e terciária acionadas via prontuário eletrônico e regulação, em casos de reação hansênica com elevada de incapacidade física (Fortaleza, 2022a), ou em casos complexos. Esta orientação segue as diretrizes do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - PCDT para a hanseníase, que aponta a APS como responsável, prioritariamente, pelo diagnóstico e tratamento da doença. Caso necessário, a APS pode atuar, em conjunto com a RAS, em diferentes níveis de complexidades da saúde, visando à atenção integral da pessoa acometida e abrangendo um conjunto de medidas que busquem reestabelecer saúde (Brasil, 2022).

Para o exame da baciloscopia, avaliação complementar ao diagnóstico da hanseníase, 08 UAPS distribuídas nas CORES realizam a coleta, sendo unidades de apoio nos diferentes territórios para além dos centros de referência. Ressalta-se a importante atuação do Centro de Dermatologia Dona Libânia (CDERM), de referência estadual, na atenção a pessoas acometidas, seja no diagnóstico, acompanhamento e, especialmente, na condução de casos mais complexos. Na Rede de Atenção Hospitalar conta-se, ainda, com o Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) e com o Hospital São Jose de Doenças Infecciosas (HSJ) para atendimento aos casos complexos da doença.

No Plano Municipal de Saúde de 2022 a 2025 consta ainda como objetivo o fortalecimento das ações de eliminação da hanseníase mediante o encerramento de casos em tempo oportuno e a cura de casos novos diagnosticados (Fortaleza, 2022b), sendo a descentralização do cuidado um importante avanço. Neste sentido, o Plano Municipal de

Saúde de 2022 a 2025 também prevê diretrizes e metas que visam o fortalecimento da APS por meio da ampliação e qualificação do acesso aos serviços de saúde, aumentando a cobertura em até 80,0% até 2025 (Fortaleza, 2022b), ação que vem contribuindo para os avanços no controle da doença.

HANSENÍASE: REVISANDO CONCEITOS BÁSICOS

A hanseníase é uma doença infecciosa crônica causada, principalmente, por *M. leprae*, um bacilo álcool-ácido resistente e também por *Mycobacterium lepromatosis*, descoberto mais recentemente. Ambos possuem maior afinidade pelo sistema nervoso periférico e pele levando a apresentações patológicas semelhantes (Ploemacher et al., 2020). O período de incubação é longo, podendo variar de 2 a 20 anos, sendo considerada uma doença de investigação obrigatória e notificação compulsória a partir de casos confirmados. Caso não tratada precocemente, pode gerar incapacidades físicas e a manutenção da transmissão (Brasil, 2022).

A transmissão da hanseníase ocorre principalmente pela via respiratória, por gotículas provenientes do nariz e da boca durante o contato próximo e frequente principalmente a partir de casos multibacilares não tratados (Santos et al., 2019). Apesar de rara, a transmissão zoonótica e/ou antroponótica entre humanos e tatus-bola presente nas Américas também é possível, a depender da intensidade e frequência de exposição, considerando que tatus são hospedeiros naturais e reservatórios de *M. leprae* (Ploemacher et al., 2020). Estudos apontam o desenvolvimento da hanseníase e/ou o aumento dos níveis de anticorpos anti-PGL1 associado à exposição por meio de atividades de caça. Foi observada ainda a presença de *M. Leprae* em esquilos vermelhos nas Ilhas Britânicas, além de solos e águas situados em áreas endêmicas, próximo a residências de pessoas acometidas no Brasil e Índia, no entanto, são necessários estudos mais rigorosos para estabelecer alguma relação (Ploemacher et al., 2020).

Para que a infecção ocorra é necessária a combinação de fatores que influenciam diretamente a suscetibilidade à doença, como possuir idade entre 08 e 14 anos associado a condições de vida e história familiar (Rodrigues et al., 2020; Moraes et al., 2022), imunossupressão e imunodeficiências e predisposição genética (Moraes et al., 2023). Esta última relacionada, especialmente, a deficiências genéticas na imunidade inata e adaptativa que podem repercutir no desenvolvimento da forma virchowiana (Fava; Dallmann-Sauer; Schurr, 2020; Moraes et al., 2023).

Demarca-se, ainda, que a hanseníase é uma doença crônica mais prevalente em populações que vivem em condições de vulnerabilidade social e a detecção precoce é uma importante ferramenta para prevenção de incapacidades e redução da carga de morbimortalidade nestas populações (Brasil, 2022). As incapacidades físicas possuem como fatores de risco principais, dentre outros, ser do sexo masculino, multibacilar e a presença de reações imunológicas (De Paula et al., 2020).

O diagnóstico da hanseníase é realizado por meio do exame físico e a avaliação neurodermatológica para detectar acometimento neural e/ou lesão na pele e deve seguir pelo menos um dos critérios: alteração de sensibilidade na área da lesão, nervo periférico espessado acompanhado de alteração sensitiva, motora e/ou autonômica e/ou presença de bacilos álcool-ácido resistentes no raspado dérmico ou no histopatológico de biópsia de pele (Brasil, 2022).

A classificação operacional como paucibacilar (PB) ou multibacilar (MB) define o tempo de duração do tratamento com poliquimioterapia única (PQT-U) que inclui três fármacos antimicrobianos: rifampicina, dapsona e clofazimina. Casos PB devem ser tratados por seis meses, podendo o esquema ser completado em até nove meses. Por sua vez, pessoas acometidas tendo a classificação MB recebem a PQT-U por 12 meses, podendo o esquema ser completado em até 18 meses (Brasil, 2022). A realização do exame neurodermatológico demanda o desenvolvimento de competências profissionais, especialmente no que se refere à palpação de nervos periféricos de referência. Assim, caso haja dúvidas quanto à classificação operacional, recomenda-se realizar o tratamento como MB, evitando insuficiência terapêutica.

Destaca-se que o SUS disponibiliza exclusivamente o tratamento padrão para hanseníase e acompanhamento gratuito. Neste sentido, a APS é o primeiro ponto de contato com os serviços de saúde, além de ter a função de coordenação do cuidado. O exame neurodermatológico, principalmente entre os contatos, é um dos grandes desafios no enfrentamento dessa importante doença negligenciada, e é uma atribuição dos profissionais da ESF.

As diretrizes para controle da hanseníase no Brasil, definem contato domiciliar de hanseníase para fins operacionais como toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido, conviva ou tenha convivido com a pessoa acometida por hanseníase no âmbito familiar, nos últimos cinco (5) anos anteriores ao diagnóstico da doença, podendo ser familiar ou não. Já o

contato social, é toda e qualquer pessoa que conviva ou tenha convivido em relações sociais (familiar ou não), de forma próxima e prolongada com o caso notificado (vizinhos, colegas de trabalho e de escola, entre outros) (Brasil, 2016). A proporção de contatos examinados aponta a capacidade dos serviços de saúde em realizar a vigilância. No Brasil é um indicador que precisa ser aprimorado, considerando que é a principal estratégia para interrupção da transmissão da hanseníase, justamente com o diagnóstico e tratamento precoce.

Considerando o fato de ser uma doença com longo período de incubação, fazem-se necessárias avaliações neurodermatológicas frequentes, e durante extenso intervalo de tempo, com foco nos contatos intradomiciliares e sociais (Brasil, 2016; Romero-Montoya, Beltran-Alzate e Cardona-Castro, 2017; Soares et al, 2021). A importância de reconhecer sinais e sintomas remete-se ao fato de existir um risco ampliado para os contatos durante o período em que a doença não havia sido ainda diagnosticada. Desta forma, para além da qualidade da avaliação, a continuidade da vigilância ao longo do tempo, o desenvolvimento de ações de educação em saúde e a mobilização de outros contatos, devem ser sempre efetivadas (Brasil, 2016; WHO, 2016; Souza et al., 2019).

A duração e o número de doses dos antibióticos dependerão da classificação operacional (PB ou MB), e da idade da pessoa acometida, possibilitando a cura (Brasil, 2022a). Após cinco anos da conclusão corretamente da poliquimioterapia, caso haja reaparecimento comprovado de lesões cutâneas e/ou de dano neurológico, classifica-se como sendo um caso de hanseníase em recidiva (Brasil, 2022).

Do ponto de vista clínico, pode-se classificar a doença de acordo com diversos sistemas, entretanto, a classificação de Madri (1953) tem sido elencada como referência no Brasil e compõe a ficha de notificação compulsória, sendo elas: hanseníase indeterminada, tuberculoide, dimorfa ou virchowiana.

Figura 2 - Hanseníase indetermina. Mácula hipocrômica na face lateral da coxa direita. Arquivo pessoal, Dra Juliana Ramos, Dermatologista e MFC

A indeterminada constitui a matriz inicial de todas as formas clínicas e caracteriza-se pela presença de áreas da pele aparentemente normal e/ou máculas hipocrômicas com alteração de sensibilidade. Neste caso, não há comprometimento de troncos nervosos e consequentemente, não há incapacidades e deformidades físicas, com muito baixa probabilidade de transmissão (Opromolla,

2022) (Figura *2*).

Já a tuberculoide é demarcada por máculas ou placas com formas bem delimitadas e bordas mais ou menos elevadas com alterações acentuadas de sensibilidades (tátil, térmica e dolorosa). Pode ocorrer, ainda, o acometimento de nervos superficiais ou profundos. Destaca-se a existência da hanseníase tuberculoide nodular da infância. As duas apresentações clínicas são classificadas como PB e os bacilos não são vistos no exame para pesquisa direta (Opromolla, 2022) (Figura 3).

Figura 3 - Hanseníase tuberculoide. Placa com bordas papulosas localizada no dorso. Arquivo pessoal, Dra Juliana Ramos, Dermatologista e MFC

A dimorfa e a virchowiana são consideradas MB. Na dimorfa há apresentação de lesões polimorfas e/ou faveolares, com limites imprecisos e há, de forma geral, comprometimento de nervos periféricos que pode estar associado a incapacidades físicas (Figura 4). Na virchowiana, além de lesões polimorfas, numerosas, com limites imprecisos, há também o acometimento de mucosas, nervos, articulações, ossos e alguns outros órgãos (Figura 5). Outra área afetada pelo bacilo é o couro cabeludo, principalmente na forma virchowiana (Opromolla, 2022).

Figura 4 - Hanseniase Boderline. Padrão em “queijo suíço ou favos de mel”. Arquivo pessoal, Dra Juliana Ramos, Dermatologista e MFC

Ressalta-se ainda a existência da hanseníase na forma neural primária (HNP) cujas lesões de pele não são evidentes e a análise do raspado dérmico é negativa para a pesquisa direta de bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR), apresentando exclusivamente acometimento do sistema nervoso periférico (Brasil, 2022). Neste caso, o diagnóstico clínico é definido pelo espessamento do nervo associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas (OMS, 2019). Esta constitui-se como importante e desafiadora forma clínica da doença, compondo uma grave falha, especialmente, para o sistema nacional de vigilância epidemiológica, pois não se sabe ao certo quantas pessoas possuem acometimento exclusivamente neural no País.

Figura 5 - Hanseníase Virchowiana. Múltiplas lesões do tipo placas e nódulos. Arquivo pessoal, Dra Juliana Ramos, Dermatologista e MFC.

Exames complementares em hanseníase

Apesar de o diagnóstico da hanseníase ser eminentemente clínico por intermédio do exame físico neurodermatológico, incluindo sempre a avaliação neurológica simplificada, existem exames complementares que podem auxiliar no diagnóstico em caso de dúvida. Entre eles inserem-se, por exemplo, o raspado dérmico com baciloscopia para hanseníase ou a biópsia de pele para exame histopatológico. A biópsia de pele normalmente é realizada por especialistas e somente deve ser solicitada se houver dúvida no diagnóstico. Já o raspado dérmico deverá ser solicitado sempre que houver disponibilidade na rede e o seu resultado positivo confirma a doença na MB, mas o resultado negativo jamais excluirá a possibilidade de diagnóstico.

No município de Fortaleza, houve recentemente a implementação do exame de baciloscopia para hanseníase em algumas unidades básicas de saúde, o que representou um enorme avanço para o processo de descentralização do cuidado. Antes disso, o exame era realizado somente em dois locais: Centro de Dermatologia Dona Libânia e Hospital Universitário Walter Cantídio.

Em 2021, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) aprovou três novas tecnologias a serem utilizadas no âmbito da saúde pública para auxiliar o manejo da hanseníase: 1) Testes rápidos imunocromatográficos para determinação qualitativa de anticorpos IgM anti-*M. leprae* (*ML Flow*) a serem utilizados em contatos de casos índices da doença a nível da APS, 2) pesquisa de qPCR DNA *M. leprae* em fragmento de biópsia de pele ou nervo e 3) pesquisa de resistência antimicrobiana para rifampicina, ofloxacino e dapsona. Os dois últimos são recursos destinados a centros de referência nacionais ou a unidades sentinelas do estado.

Apesar de ter sido aprovado em 2021, o *ML Flow* começou a ser disponibilizado efetivamente para rede de APS somente em 2025. O teste baseia-se na ligação dos anticorpos de casos com a doença ao antígeno PGL-1, imobilizado em membrana porosa de nitrocelulose, por onde a amostra biológica passa durante a execução do teste.

Ressalta-se, entretanto, que a detecção de anticorpos anti-PGL1, por meio de testes rápidos, não pode ser utilizado de forma isolada para diagnosticar a doença, devendo sempre ser interpretado à luz da histórica clínica e do exame físico neurodermatológico. Embora o teste rápido imunocromatográfico para hanseníase não seja um teste diagnóstico, a sua utilização em larga escala, na rotina da APS pode auxiliar na qualificação de ações para o controle da hanseníase, como a vigilância dos contatos, além de poder favorecer o aumento da detecção oportuna de casos MB.

Alguns outros fatores contribuem diretamente para a dificuldade na investigação da fisiologia e patogenicidade do bacilo bem como para o diagnóstico por meio de exames laboratoriais, tais como: característica intracelular do bacilo, incapacidade de cultivo in vitro (cultivo somente em modelos animais), baixa variabilidade genética que evita a identificação do bacilo pelo sistema imune (células T e B), distribuição heterogênea do bacilo dentro dos tecidos associado a baixa carga bacteriana (Han; Silva, 2014). A complexidade desses mecanismos potencializa a sobrevivência das bactérias nos hospedeiros, dificultam o diagnóstico laboratorial e sinalizam a importância de pesquisas futuras alicerçadas em tecnologias e que integram novas formas de detecção da doença e perspectivas terapêuticas.

CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO NO BRASIL

Durante o período de 2013 a 2022 foram notificados 316.182 casos de hanseníase no Brasil, havendo uma redução de 28,9% no número de casos notificados no mesmo período. Nos anos pré-pandemia da Covid-19 (2013 a 2019) houve uma redução de 0,8%. No período de 2019 a 2022, a redução foi de 28,4% sinalizando o significativo impacto da pandemia para o subdiagnóstico (Brasil, 2024). Dessa forma, a redução na taxa de detecção de casos novos de hanseníase contribuiu sobremaneira para a subnotificação e o pior prognóstico dos casos que permaneceram ocultos (Lima, 2022). A redução ocorrida no ano de 2020 foi estimada em 41,4% quando comparada aos últimos cinco anos anteriores à pandemia (Da Paz, 2022). Ainda em 2023, a autodeclaração da raça/cor de pele preta ou parda aumentou 3,7% no país, comparado a 2014, e observou-se no mesmo ano, uma queda de 30,2% na proporção de pessoas analfabetas e de 18,9% com apenas ensino fundamental, comparado a 2014. (Brasil, 2024)

A pandemia da Covid-19 amplificou os desafios históricos para detecção de novos casos da doença fato atribuído, em grande parte, à reestruturação dos serviços de saúde para lidar com uma doença emergente cujo tratamento ainda não era conhecido (Jesus et al., 2023). De fato, teve significativa repercussão na saúde econômica, social, mental e física, desafiando ainda mais o controle da hanseníase. Houve impactos como a interrupção da PQT, falhas na vigilância dos contatos de casos com hanseníase e repercussões financeiras e sofrimento psicológico, para pessoas, famílias e comunidades. Dessa forma, o acompanhamento de casos e contatos é fundamental, bem como abordagem de interrupções da PQT, priorizando assim a retomada do tratamento, com ênfase na avaliação e na prevenção de incapacidades físicas e prestação de assistência psicossocial (Rocha et al., 2024). A Estratégia Nacional para Enfrentamento à Hanseníase 2024-2030 alinhada à Estratégia Global 2021-2030: rumo a zero hanseníase (OMS, 2021a), apresenta a missão de um Brasil sem a doença tendo como visão reduzir significativamente a carga da hanseníase no país.

Assim, a compreensão sobre o cenário epidemiológico tem como finalidade prover subsídios e servir como orientação para gestores(as) e profissionais de saúde

desenvolverem, de maneira organizada e baseada em evidências, estratégias de atenção, vigilância e controle nos serviços de saúde, além de servir como fonte de informação a respeito dessa doença para a população em geral. Baseado nessas informações, objetiva-se com este boletim qualificar a descrição da situação epidemiológica e operacional de controle da hanseníase, com fortalecimento da vigilância em saúde visando reduzir a carga da doença no município.

No município de Fortaleza, os efeitos negativos da pandemia por Covid-19 ainda não foram superados. Dados do Sistema de Monitoramento Diário de Agravos (SIMDA) da SMS Fortaleza, disponível através do link https://simda.sms.fortaleza.ce.gov.br/simda/hanseniase/tabelaestabelecimentomes?ano=2024&regional , evidenciam que os valores pré-pandêmicos de indicadores estratégicos ainda não foram retomados, refletindo a necessidade de angariar esforços ainda maiores na busca da qualificação do processo de detecção e manejo clínico de casos novos, sem esquecer porém as necessidades biopsicossociais ainda presentes nas pessoas com diagnóstico previamente estabelecido.

MÉTODOS

Desenho do estudo

Trata-se de estudo ecológico descritivo alicerçado em indicadores epidemiológicos e operacionais da hanseníase no Brasil durante o período de 2001 e 2024, em Fortaleza. Os dados secundários foram coletados por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) referentes ao município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará. Assim, as bases de dados utilizadas para este boletim são vinculadas à rotina de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza e passaram por um processo criterioso de revisão de dados (qualificação com ajustes). Tais dados podem divergir minimamente, portanto, de apresentações a partir de bases de dados eletrônicas.

Foram considerados todos os diagnósticos de casos novos da doença notificados no período de 2001 a 2024 em pessoas residentes no município, cujo método de entrada fosse “casos novos” e correspondesse a pessoas que nunca receberam tratamento para hanseníase; e

"recidiva" para aquelas que ingressaram novamente no sistema por meio da apresentação de novos sinais e sintomas em um período superior a 5 anos após o diagnóstico anterior cuja alta foi por cura (Brasil, 2022). Além disso, excluiu-se aqueles casos que possuíam a classificação "erro de diagnóstico" como tipo de saída.

O cálculo da taxa de detecção foi realizado para obter a proporção entre os novos casos de hanseníase e a população exposta no município, por 100 mil habitantes. O número de habitantes foi extraído a partir da base de dados populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), considerando-se os referenciais para o período em análise.

Indicadores epidemiológicos-operacionais

Foram considerados para esta análise 09 indicadores epidemiológicos e operacionais preconizados pelo Ministério da Saúde em seu manual para tabulação de indicadores específicos para hanseníase, sendo eles:

Quadro 1 - Descrição dos indicadores epidemiológicos e operacionais.

INDICADOR	REPRESENTAÇÃO	CÁLCULO	PARÂMETROS
Taxa de detecção anual de casos novos	Determinar a força de morbidade, magnitude e tendência da hanseníase ao longo do tempo.	Nº CN diagnosticados no ano da avaliação.	Baixo: <2,00 /100.000 hab. Médio: 2,00 a 9,99/100.000 hab. Alto: 10,00 a 19,99/100.000 hab. Muito Alto: 20,00 a 39,99/100.000 hab. Hiperendêmico: ≥40,00/100.000 hab.

INDICADOR	REPRESENTAÇÃO	CÁLCULO	PARÂMETROS
Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase, na população de zero a 14 anos	Medir a força da transmissão recente da endemia e sua tendência.	Nº CN diagnosticados menores de 15 anos / População de zero a 14 anos.	Baixo: <0,500 /100.000 hab. Médio: 0,50 a 2,49/100.000 hab. Alto: 2,50 a 4,99/100.000 hab. Muito Alto: 5,00 a 9,99/100.000 hab. Hiperendêmico: ≥10,00/100.000 hab.
Proporção de casos novos por escolaridade e ano de diagnóstico	Avaliar a capacidade dos serviços de saúde em assistir os casos de hanseníase	Número de casos novos de hanseníase, diagnosticados segundo raça/cor / total de casos novos de hanseníase X 100	Não há parâmetros estabelecidos.
Proporção de casos novos segundo raça/cor	Avaliar a capacidade dos serviços de saúde em assistir os casos de hanseníase	Número de casos novos de hanseníase, diagnosticados segundo raça/cor / total de casos novos de hanseníase X 100	Não há parâmetros estabelecidos.
Proporção de casos de hanseníase segundo classificação operacional entre o total de casos novos diagnosticados no ano	Avaliar o risco de desenvolver complicações, bem o correto reabastecimento de PQT.	Número de casos novos MB / total de casos novos de hanseníase X 100	Não há parâmetros estabelecidos.
Proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no momento do diagnóstico	Medir a qualidade do atendimento dos serviços de saúde.	Número de casos novos de hanseníase com GIF avaliado no diagnóstico / Total de casos novos	Bom ≥90,0% Regular 75,0% a 89,9% Precário <75,0%
Proporção de casos de recidiva entre os casos notificados no ano	Monitoramento de falência terapêutica	Número de casos de recidiva de hanseníase notificados / total de casos notificados X 100	Não há parâmetros estabelecidos

INDICADOR	REPRESENTAÇÃO	CÁLCULO	PARÂMETROS
Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos de diagnóstico nos anos das coortes	Avaliar a qualidade da atenção e do acompanhamento, bem como a efetividade do tratamento.	Número de casos novos de hanseníase (PB diagnosticados no ano anterior ao ano de avaliação e MB diagnosticados dois anos antes ao ano de avaliação) e curados até 31/12 do ano de avaliação /total de casos novos de hanseníase X 100	Bom 90,0% Regular 75,0% a 89,9% Precário <75,0%
Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	Medir a capacidade dos serviços de saúde em realizar a vigilância de contatos dos casos	Número de contatos de casos novos de hanseníase examinados (PB diagnosticados no ano anterior ao ano de avaliação e MB diagnosticados dois anos antes ao ano de avaliação) e curados / total de contatos dos casos novos de hanseníase X 100	Bom ≥90,0% Regular 75,0% a 89,9% Precário <75,0%

Fonte: Ministério da Saúde, 2022.

Complementarmente, analisou-se dados relacionados ao sexo, faixa etária, escolaridade e raça/cor a fim de reconhecer o perfil das pessoas acometidas pela doença direcionar e direcionar estratégias de enfrentamento a doença mais eficazes.

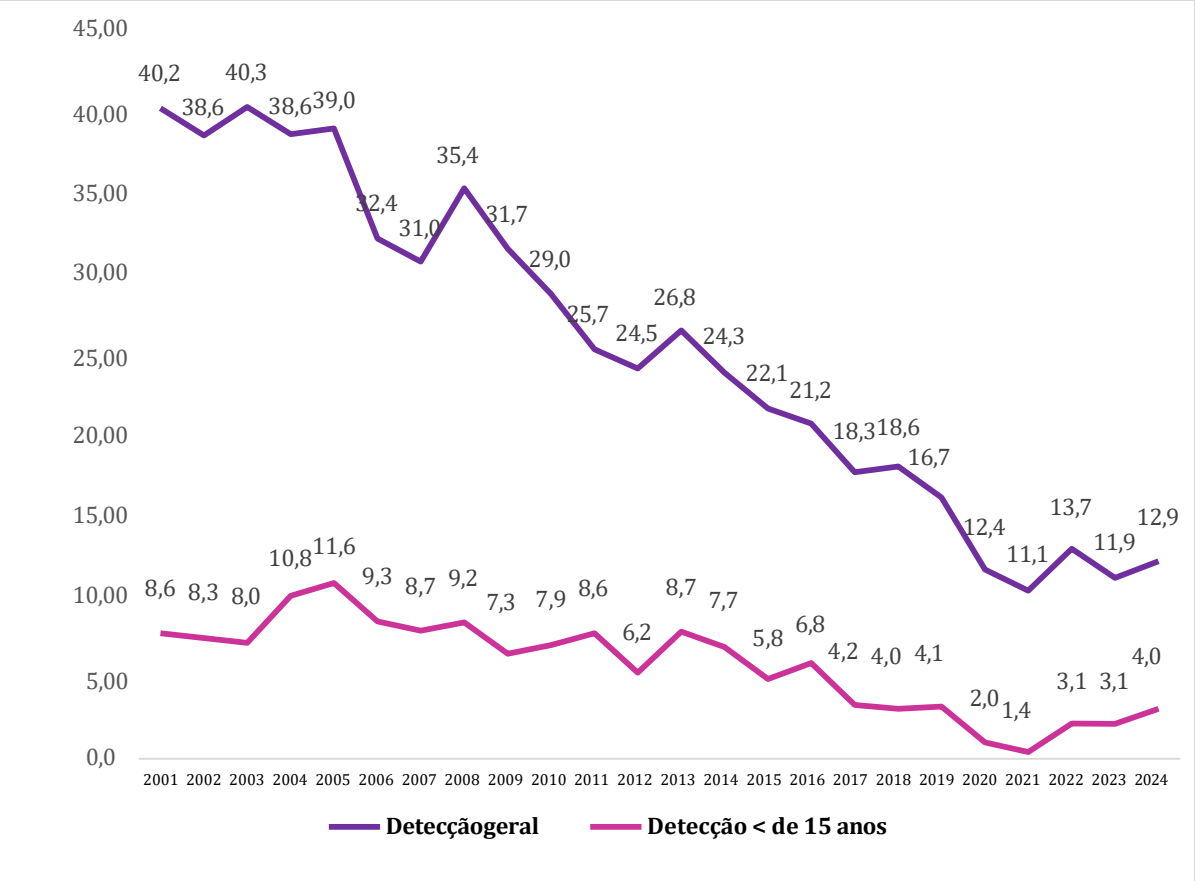
Extração, exploração e análise dos dados

Os dados referentes ao município de Fortaleza foram extraídos por meio do sistema SINAN Net local e organizados no software TabWin, disponibilizado pelo DATASUS. Para a elaboração dos gráficos e a análise descritiva dos dados, foi utilizado o Microsoft Excel.

CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO EM FORTALEZA

Ao longo da série histórica demonstrada na Figura 6 (2001-2024), houve redução significativa na taxa de detecção geral de casos novos de hanseníase no município de Fortaleza, com média de 25,9 a cada 100 mil habitantes no período analisado. Até o ano de 2016 o município mantinha-se no parâmetro 'Muito alto' (20,00 a 39,99/100 mil hab.), já 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. Estes achados indicam redução gradual e constante na taxa de detecção de novos casos por 100 mil habitantes em Fortaleza, traduzindo a princípio redução força da morbidade, magnitude e tendência da hanseníase ao longo do tempo (Figura 6).

Figura 6 - Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase na população geral e menor de 15 anos por 100.000 hab. Fortaleza, 2001 a 2024.



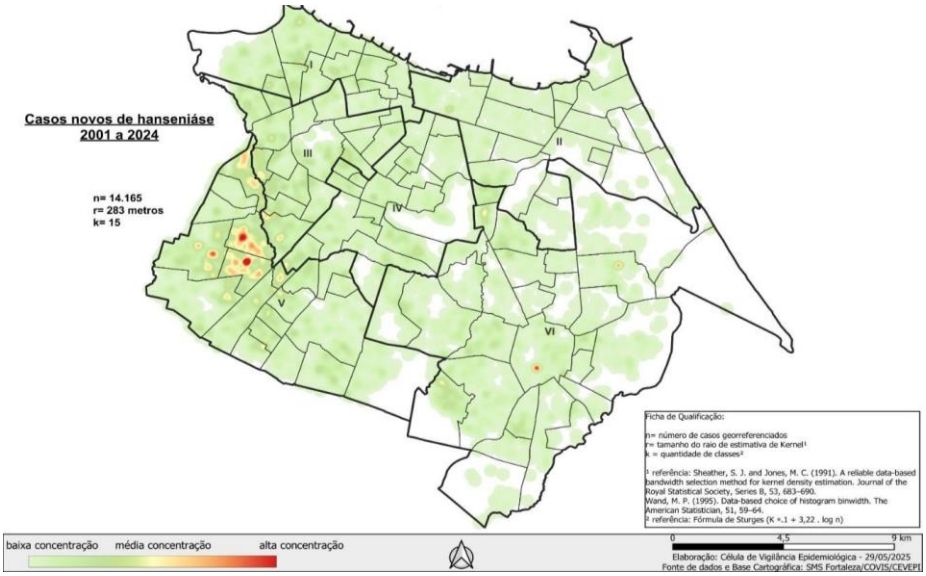
Fonte: SMS/COVIS/CEVEPI/SINAN *Dados atualizados Abril/2025

A hanseníase pode acometer todas as faixas etárias, contudo a redução de casos em menores de 15 anos é prioridade do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) do Ministério da Saúde, pois nesta fase da vida, especialmente na faixa etária de zero a cinco anos, a ocorrência da doença indica alta endemicidade com forte circulação de *M. leprae*, carência de informações sobre a doença e falta de ações efetivas de educação em saúde (Amador, 2001).

No ano de 2020, houve redução na taxa de detecção tanto geral quanto em menores de 15 anos, relacionada principalmente ao contexto da pandemia por Covid-19, conforme mencionado anteriormente, evento que resultou na imposição de diversas restrições e na sobrecarga dos serviços de saúde, o que provavelmente contribuiu para a redução do número de casos diagnosticados. Em crianças menores de 15 anos, houve maior redução na taxa de detecção quando comparado a anos anteriores e em relação à população em geral. Nota-se, ainda, a manutenção das repercussões desse contexto da pandemia por Covid-19 nos indicadores de 2021, com retomada somente em 2022 (Figura 6).

Quanto à densidade espacial, a Figura 7 demonstra o acumulado de novos casos nesse período e verifica-se a importância da regional V como aquela que concentra mais casos no município.

Figura 7 - 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 análise da distribuição espacial revela estabilidade na maior concentração de casos novos na Regional V, a área mais populosa da cidade e com elevada proporção de pessoas em situação de vulnerabilidade socioeconômica. Essa concentração foi especialmente notável nos anos de 2009, 2014, 2016 e 2019. Ao mesmo tempo, identificam-se áreas do município sem registro de casos em determinados anos, o que pode indicar subnotificação ou ausência de detecção ativa (Figura 8).

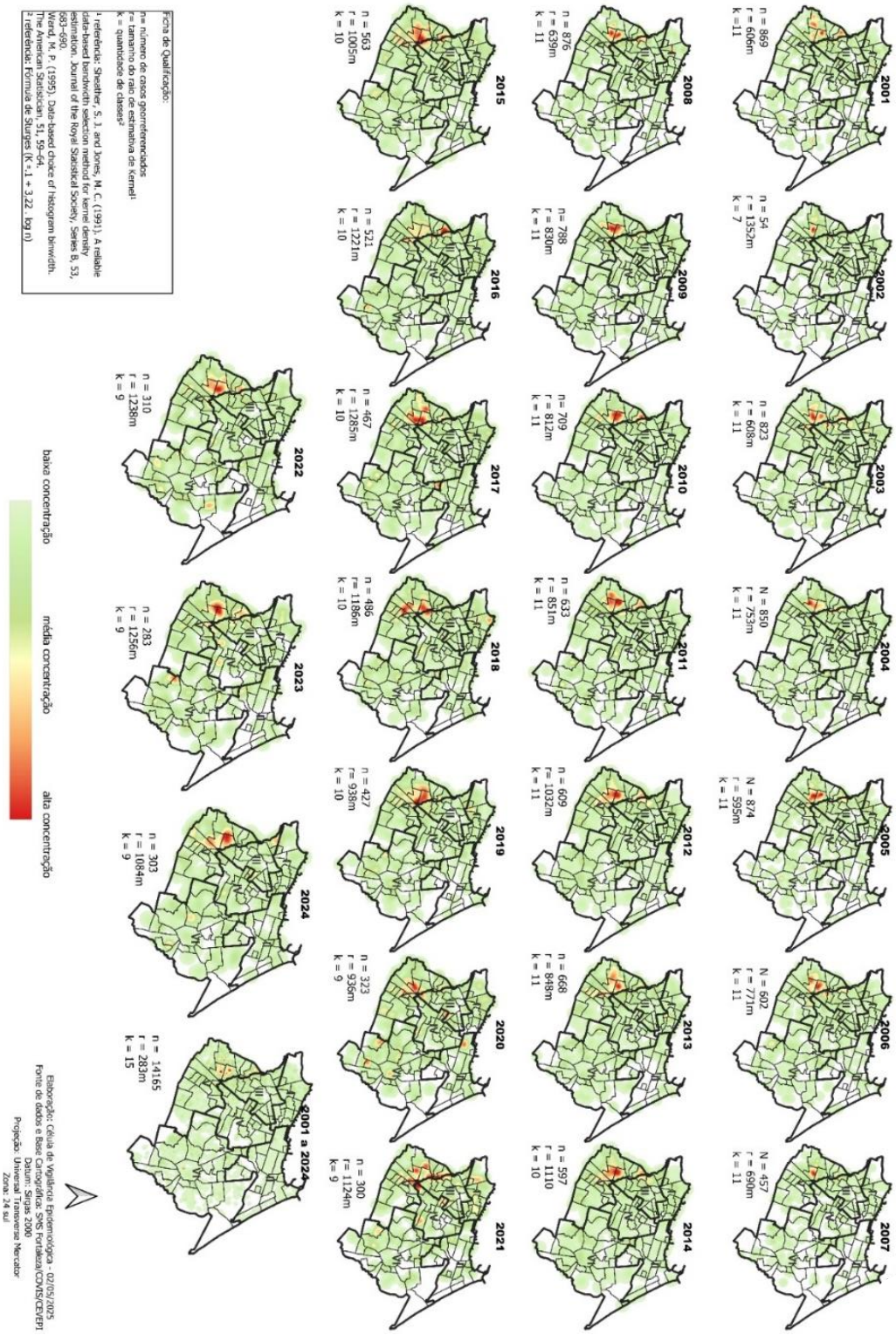
Desde 1992, observa-se maior prevalência da doença em bairros das CORES VI e V, especialmente nos bairros Castelão, Bom Jardim e Granja Lisboa (Fortaleza, 2001). Atualmente, há um destaque também para o Jangurussu, pertencente a regional VI. Do ponto de vista histórico, demarca-se que houve clara migração da população da regional V para o novo bairro Jangurussu devido a piores condições sociais e econômicas, o que pode ter contribuído para essa mudança de cenário.

Ao longo da série histórica, nota-se flutuação na distribuição dos casos entre as CORES I, III e VI, especialmente a partir de 2009 (Figura 8). Em 2024, observou-se uma redução no número de casos novos detectados em comparação aos anos anteriores; entretanto, manteve-se a tendência de maior concentração na Regional V. O mapa com o acumulado de casos novos no período confirma a Regional V como a principal área de concentração da hanseníase no município (Figura 7).

Para pessoas com menos de 15 anos de idade, a distribuição espacial evidenciou maior concentração de casos nas CORES I, III, V, VI nos anos de 2003 e 2010. De modo geral, observou-se maior densidade relativa desses casos nas diferentes CORES de saúde, quando comparados aos casos novos na população em geral (Figura 9).

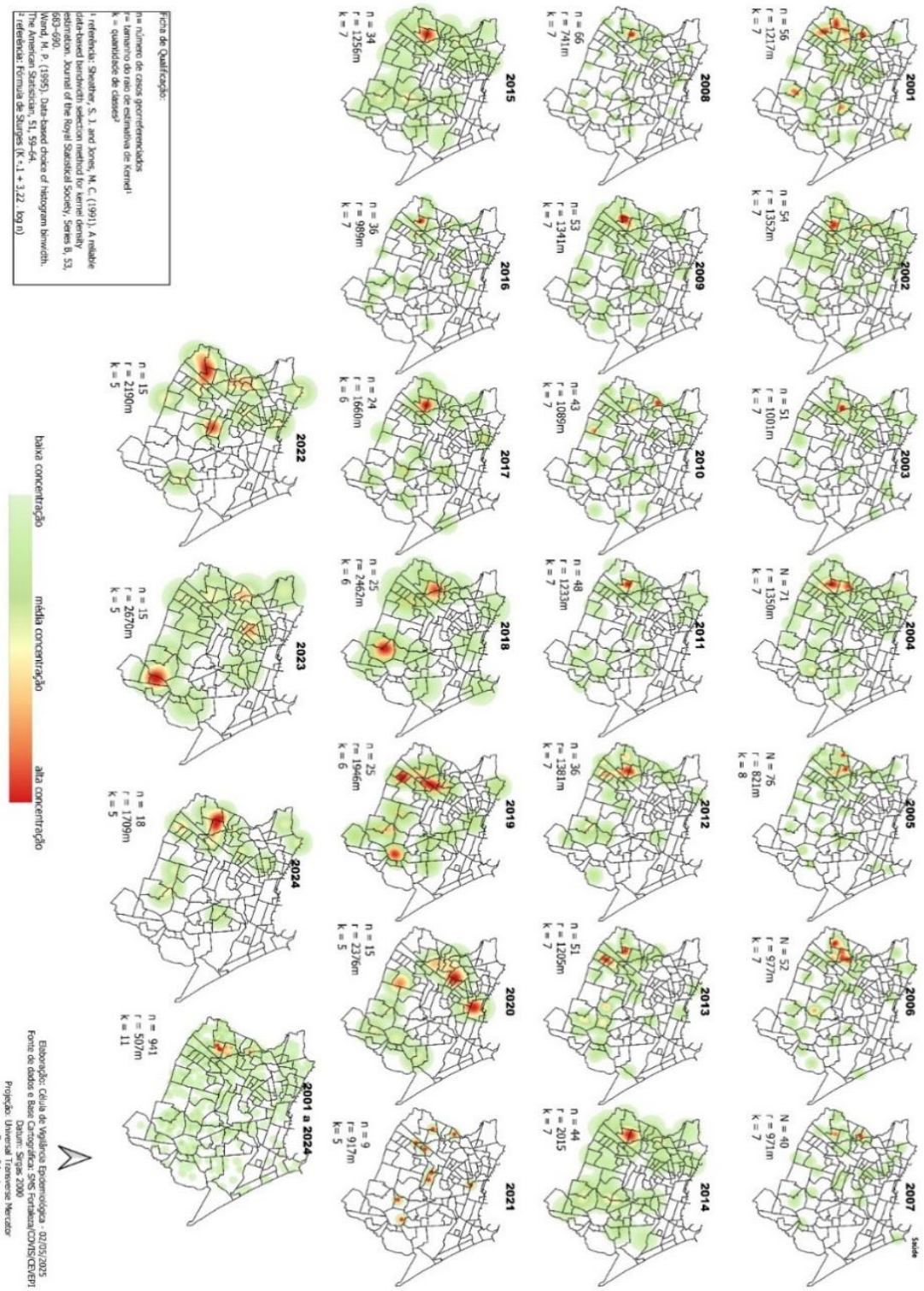
Em 2023, verificou-se distribuição mais homogênea da densidade espacial de novos casos nessa faixa etária, quando comparada àquela de 2022, com destaque para a regional VI, que aparenta, a princípio, concentrar a maioria dos casos. Ainda assim, em todos os anos analisados, a densidade de casos em menores de 15 anos permaneceu significativamente interior à população geral, refletindo uma possível redução na força de transmissão quanto a limitações na detecção precoce nessa faixa etária (Figura 9).

Figura 8 - Distribuição espacial dos casos novos de hanseníase na população geral por ano. Fortaleza, 2001 a 2024.



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

Figura 9 – Distribuição espacial dos casos novos de hanseníase em pessoas abaixo de 15 anos de idade por ano. Fortaleza, 2001 a 2024.

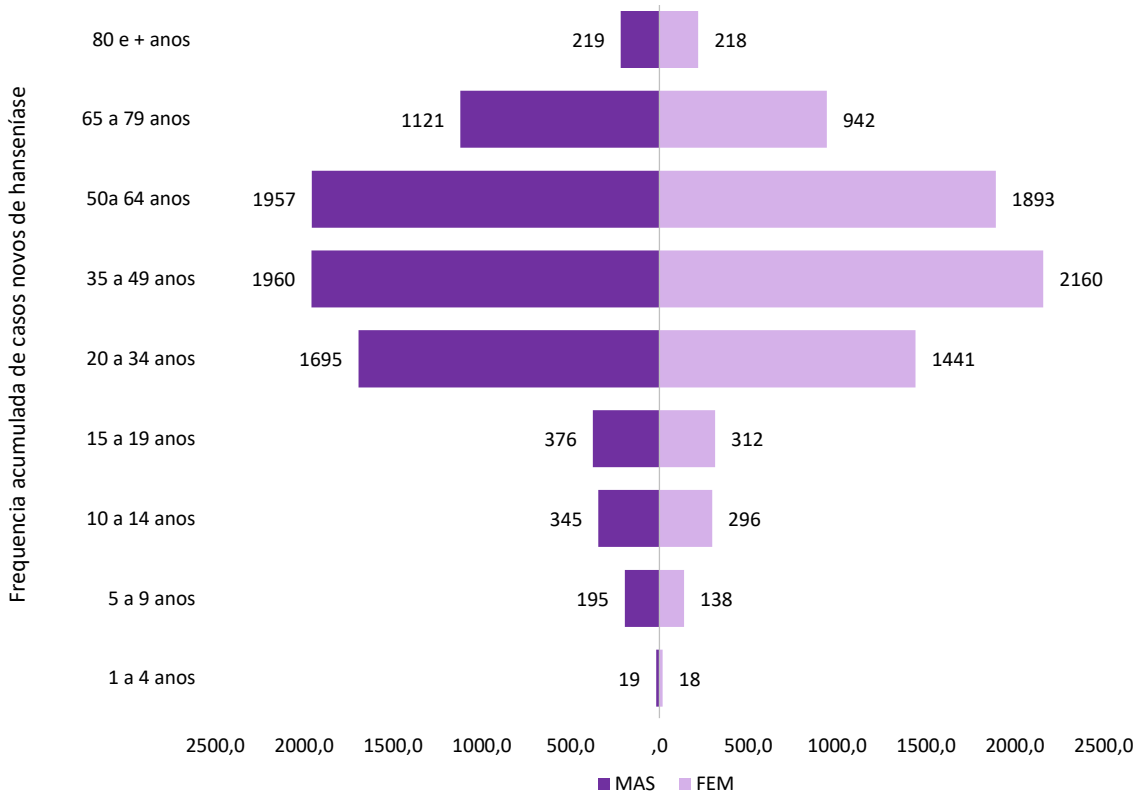


Fonte: SMS/COVIS/CEVEPI/SINAN *Dados atualizados Abril/2025

Com relação às frequências relativa de novos casos por sexo de idade, dos 15.305 casos novos diagnosticados durante o período analisado observa-se maior prevalência entre homens (n = 7.887, 51,5%), especialmente nas faixas etárias de 20 a 64 anos e acima de 65 anos, segundo a frequência acumulada. Embora na faixa etária de 35 a 49 anos, a maioria de novos casos diagnosticados seja em mulheres (n = 2160; 52,4%) (Figura 10).

Por outro lado, 1.011 casos (6,6% dos casos totais) foram diagnosticados entre crianças e adolescentes com 14 anos ou menos, o que representa uma informação relevante para monitoramento da endemia no território. Segundo Ministério da Saúde, a ocorrência de hanseníase em menores de 15 anos indica transmissão recente, apontando para o convívio de crianças com pessoas com hanseníase ainda não tratadas. Este dado constitui um relevante indicador para a vigilância de contatos e comportamento da doença na comunidade (Figura

Figura 10 - Frequência acumulada de casos novos, segundo sexo e faixa etária. Fortaleza, 2001 a 2024.



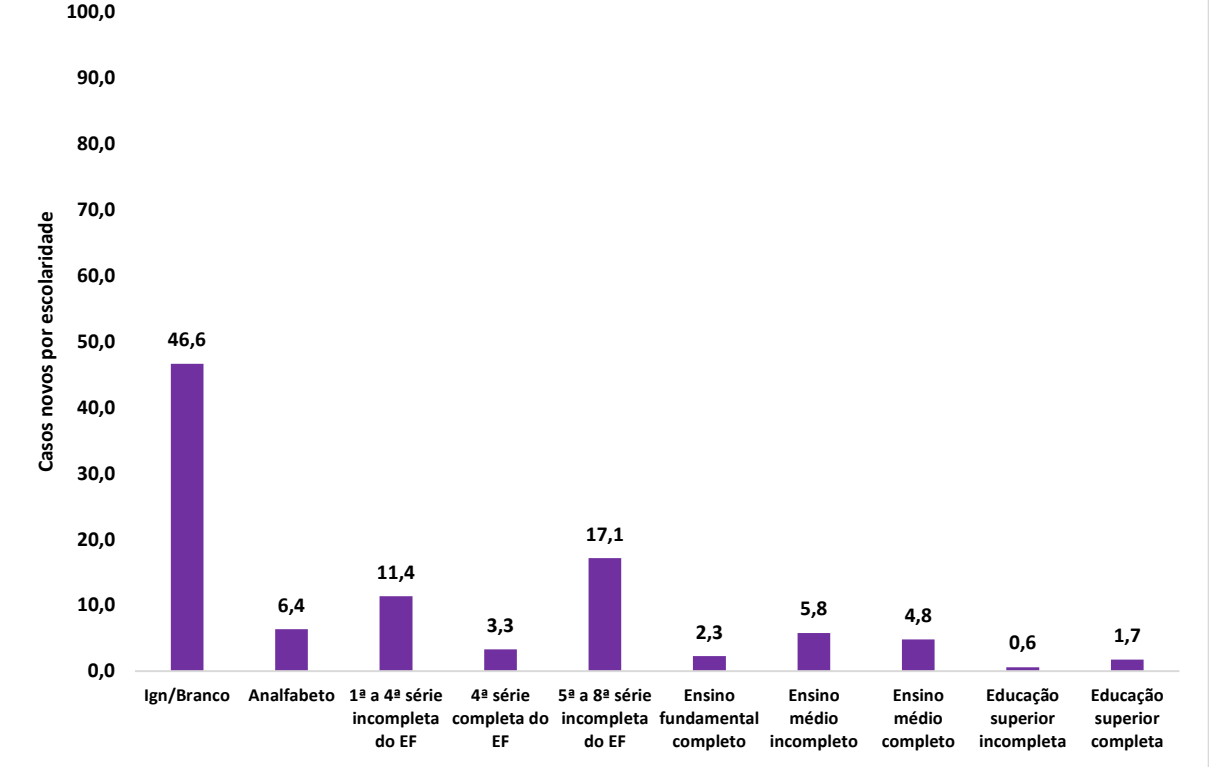
10).

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

Em relação à escolaridade dos casos novos de hanseníase no município, 33,8% (n=5.147) tinham ensino fundamental incompleto ou completo e 10,4% (n=1584) apresentavam ensino médio incompleto ou completo. Analfabetos correspondiam a 6,3% (n=962) e 2,3% (n=354) possuíam ensino superior incompleto ou completo no momento do diagnóstico, refletindo a tendência observada no cenário nacional (Figura 11).

Um aspecto crítico e importante para a vigilância dos casos é o alto índice de notificações com o campo escolaridade em branco ou ignorado, que corresponde a 46,0% (n=7.004) dos casos novos acumulados. Este dado revela uma possível fragilidade na qualificação dos registros e sugere desconhecimento ou subvalorização, por parte dos profissionais de saúde, da relevância desse indicador para o planejamento e execução de ações de vigilância em saúde do município (Figura 11).

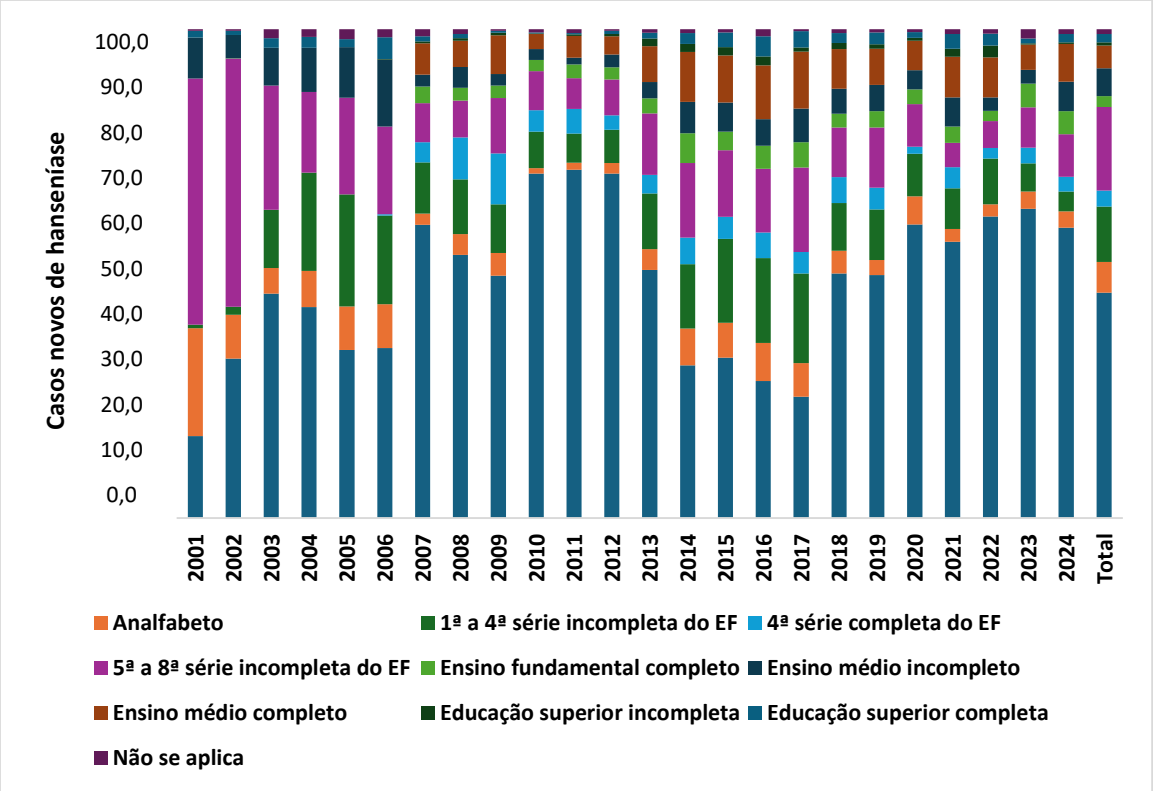
Figura 11 – Proporção acumulada de casos novos de hanseníase por escolaridade e ano de diagnóstico. Fortaleza, 2001 a 2024.



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

Quando comparado a 2001, houve em 2023 um maior quantitativo de notificações com este campo não preenchido, passando de 16,8% em 2001 para 62,8% em 2023 (Figura 12). Fato também observado durante os anos 2010 a 2012. Ações de educação permanente sobre o adequado preenchimento das fichas de notificação destinadas a profissionais de saúde de nível superior devem ser frequentemente realizadas nas unidades de saúde.

Figura 12 - Proporção de casos novos de hanseníase por escolaridade e ano de diagnóstico. Fortaleza, 2001 a 2024.



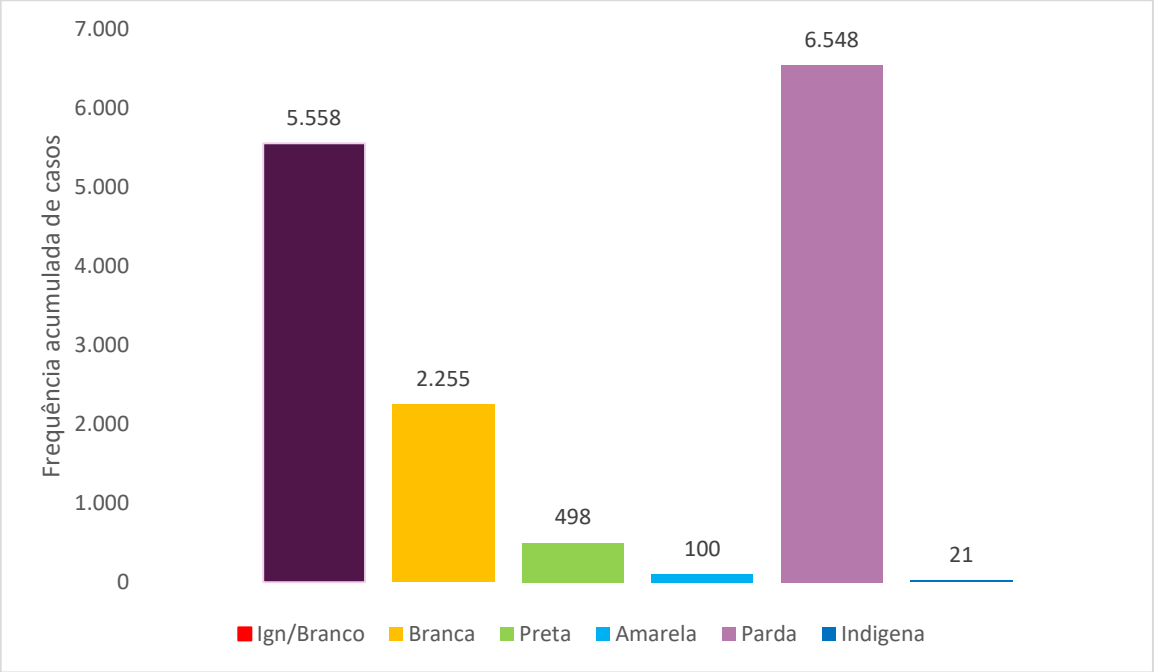
Fonte: SMS/COVIS/CEVEPI/SINAN *Dados atualizados Abril/2025

Em relação ao campo "raça/cor", observa-se que, no ano de 2001, 100% das notificações foram registradas como pertencentes à categoria “parda”, o que evidencia a limitação na qualificação dos dados naquele período. Com o passar dos anos, houveram avanços significativos na qualidade do preenchimento dessa variável, possibilitando uma análise mais detalhada e representativa do perfil dos indivíduos acometidos (Figura 13).

Atualmente, os dados acumulados para o campo raça/cor indicam maior diagnóstico de casos novos entre pessoas pardas (n=6.548; 43,7%), seguidas de brancas

(n=2.255; 15,0%), pretas (n=498; 3,3%), amarelas (n=100; 0,6%) e indígenas (n=21;0,1%). No entanto, Apesar da melhora na qualificação das notificações, ainda persiste um percentual expressivo de registros com o campo "raça/cor" em branco ou ignorado (37,1%), o que compromete a precisão das análises epidemiológicas e limita a formulação de estratégias mais equitativas no enfrentamento da hanseníase (Figura ***13***).

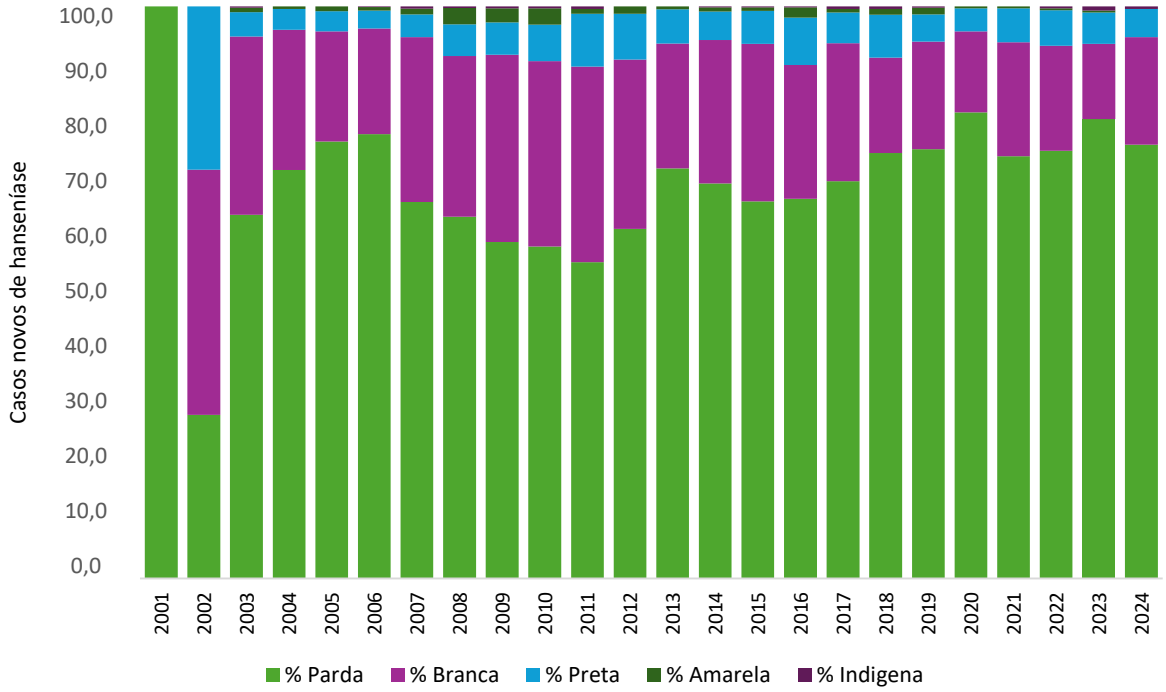
Figura 13 - Frequência acumulada de casos novos segundo raça/cor. Fortaleza, 2001 a 2024



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

Quando analisada a série temporal quanto a raça/cor, nota-se uma flutuação no diagnóstico entre pessoas autodeclaradas pardas e pretas, com incremento em 2020 e 2023 (Figura 14). Reconhecer o perfil das pessoas acometidas pela doença quanto a autodeclaração permite refletir sobre estratégias específicas que abordem as sinergias de estigma e preconceito vivenciados por esses sujeitos. Portanto, é fundamental fortalecer a capacitação dos profissionais de saúde quanto à importância do correto preenchimento dessa variável, assegurando a confiabilidade dos dados e sua utilização efetiva no planejamento e avaliação das políticas públicas de saúde.

Figura 14 - Proporção de casos novos de hanseníase segundo raça/cor por ano. Fortaleza 2001 a 2024



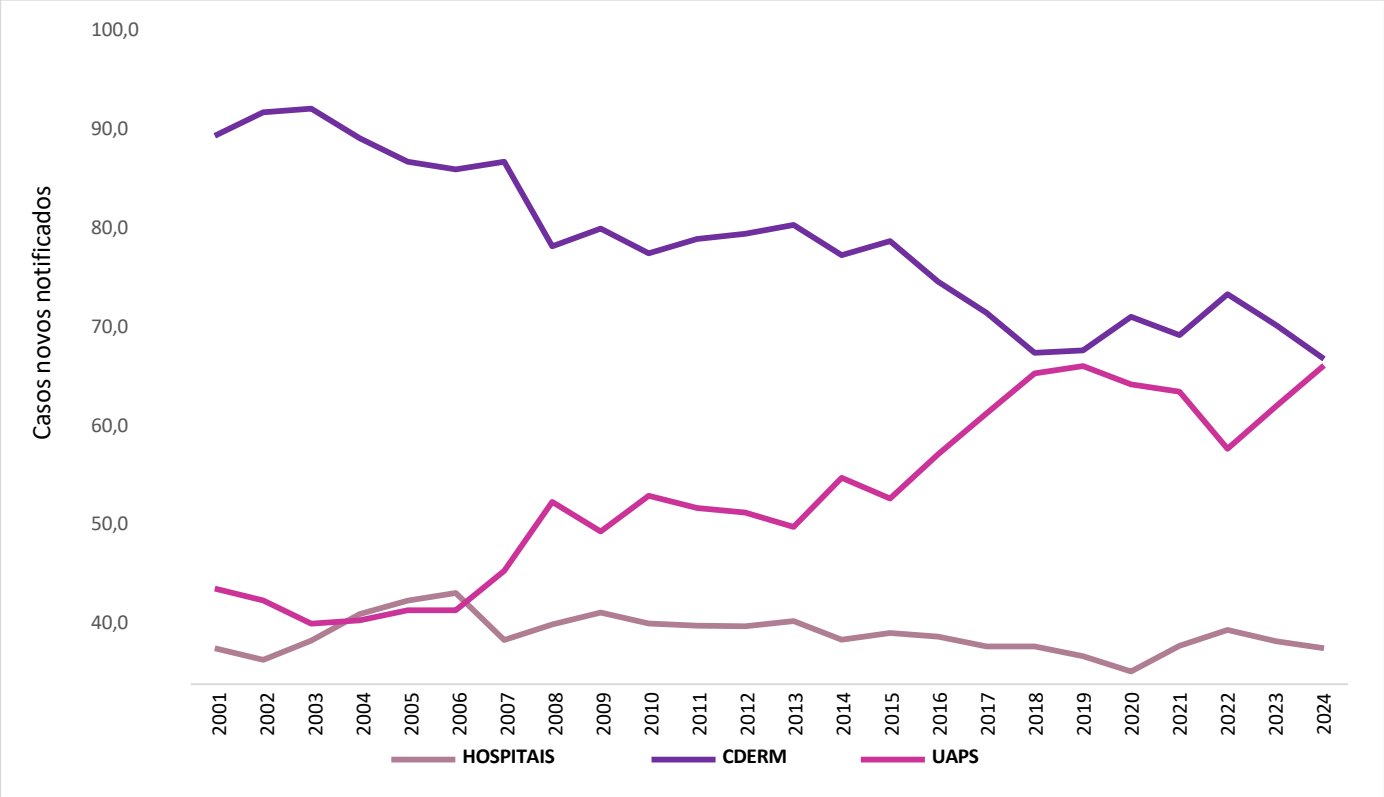
Fonte: SMS/COVIS/CEVEPI/SINAN *Dados atualizados Abril/2025

Outro fator relevante na estratégia de enfrentamento da hanseníase é 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 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), que aumentaram de 13,9% para 43,1%. Em contrapartida, houve uma redução na participação dos Centros de Dermatologia (CDERM), que passaram de 84,3% para 50,3%, além de uma contribuição menos expressiva dos hospitais ao longo do período.

A crescente atuação das UAPS é um aspecto positivo, pois reforça seu papel fundamental no diagnóstico precoce da hanseníase e no manejo de complicações. Já o CDERM seguem sendo essenciais na condução de casos de maior complexidade. Esse cenário evidencia um processo de descentralização do diagnóstico, antes concentrado nos centros especializados, e aponta para o fortalecimento da atenção primária como porta de entrada efetiva para o cuidado em hanseníase.

Destaca-se ainda o ano de 2024 como um marco nesse processo, sendo o primeiro ano em que a atenção primária superou os demais níveis de atenção, respondendo por 53,0% das notificações de hanseníase. No entanto, esses dados ainda não estão contemplados nos boletins oficiais devido ao encerramento da coorte.

Figura 15 - Proporção de casos novos, segundo Unidade Notificadora. Fortaleza 2001 a 2024



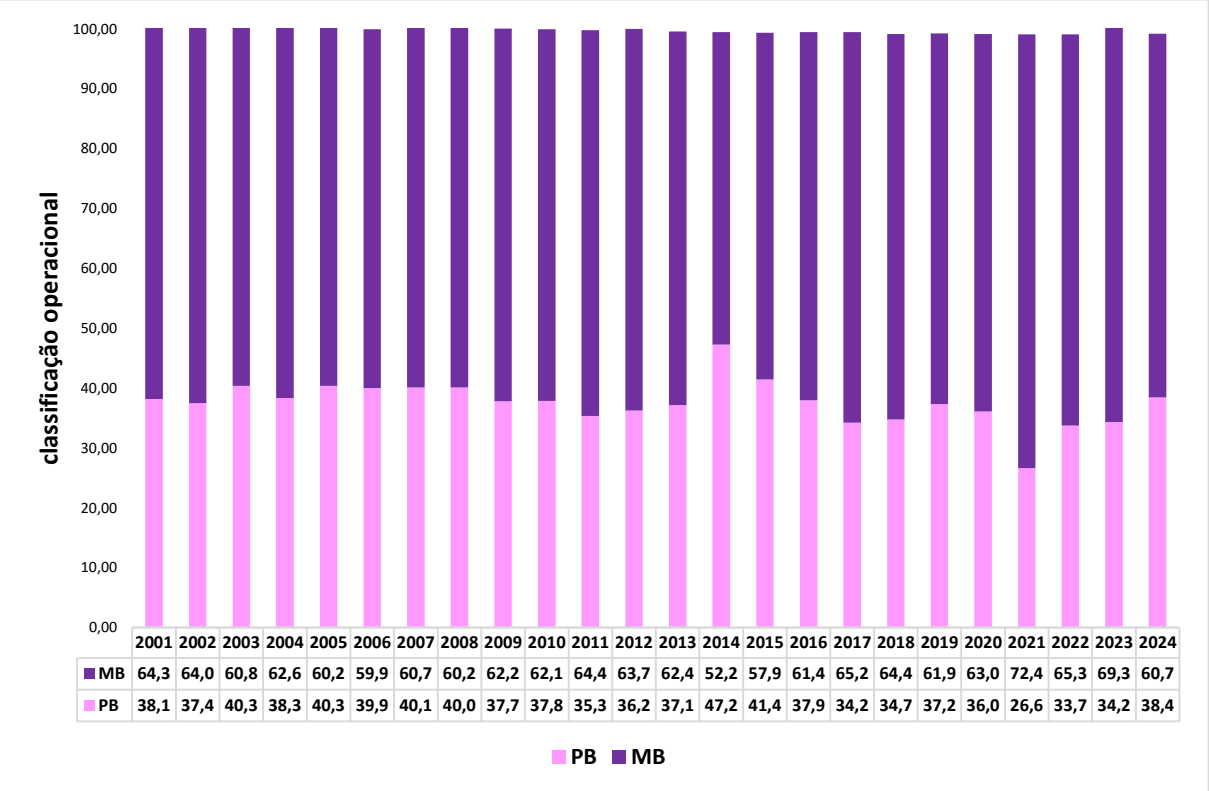
Fonte: SMS/COVIS/CEVEPI/SINAN *Dados atualizados Abril/2025

Projetos destinados ao fortalecimento da temática da hanseníase nos territórios a partir da busca ativa dos suspeitos, matriciamento de casos, educação de permanente de ACS e profissionais de saúde de nível superior, além da implementação do atendimento ambulatorial de hanseníase e da “segunda opinião” em que uma especialista hansenóloga compartilha casos com médicos APS podem ter contribuído substancialmente para esta mudança de cenário.

Perfil clínico

Seguindo os padrões epidemiológicos nacionais, em que se demarca incremento de 26,1% na proporção de casos novos MB, saindo de 64,4% em 2013 para 72,7% em 2021 —, o município de Fortaleza também apresenta predominância dessa forma clínica. Conforme demonstrado na Figura 7, em todos os anos analisados, a proporção de casos multibacilares foi superior à de paucibacilares, evidenciando um padrão consistente ao longo do tempo (Figura 16).

Figura 16 - Proporção de casos de hanseníase segundo classificação operacional entre os casos novos diagnosticados no ano. Fortaleza, 2001 a 2024.



	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
MB	64,3	64,0	60,8	62,6	60,2	59,9	60,7	60,2	62,2	62,1	64,4	63,7	62,4	52,2	57,9	61,4	65,2	64,4	61,9	63,0	72,4	65,3	69,3	60,7
PB	38,1	37,4	40,3	38,3	40,3	39,9	40,1	40,0	37,7	37,8	35,3	36,2	37,1	47,2	41,4	37,9	34,2	34,7	37,2	36,0	26,6	33,7	34,2	38,4

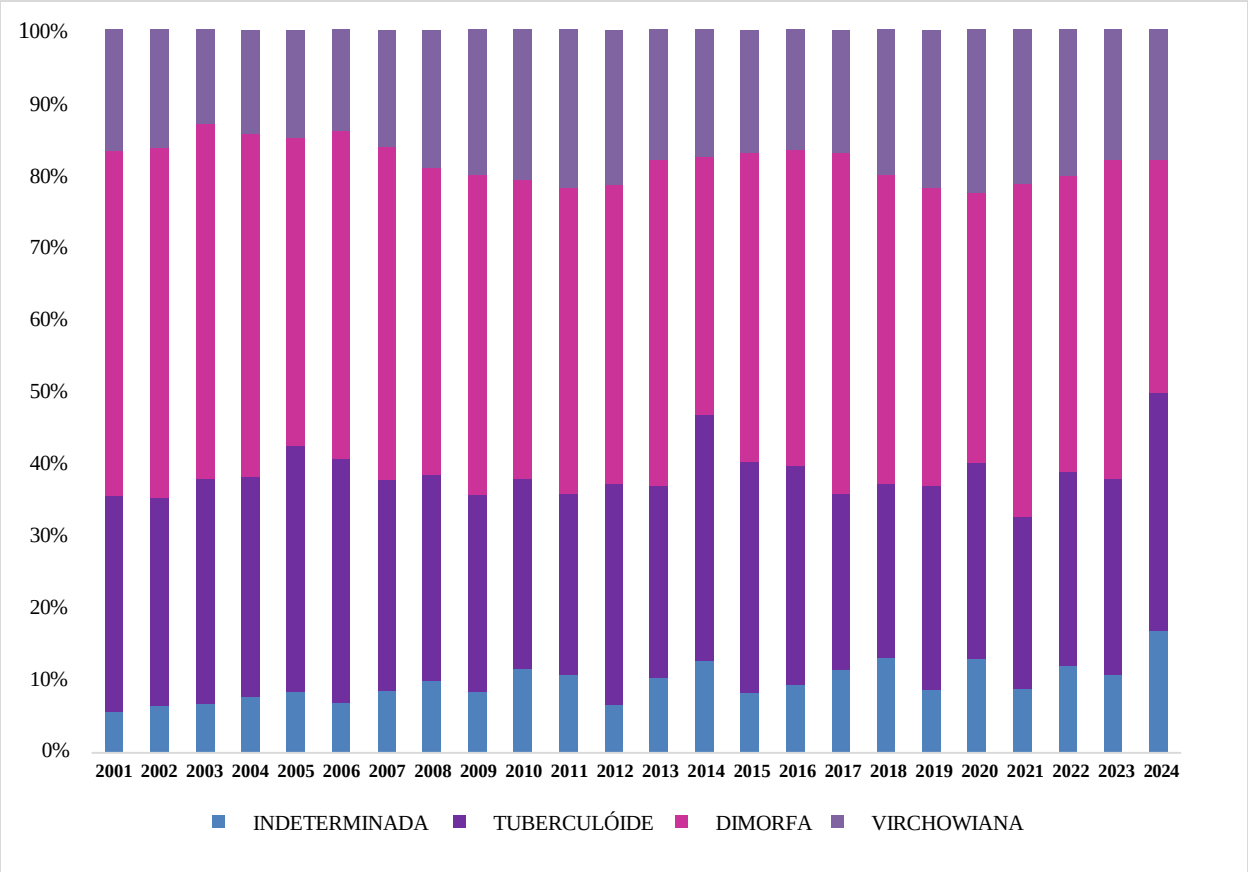
Fonte: SMS/COVIS/CEVEPI/SINAN *Dados atualizados Abril/2025

Quanto à forma clínica (Gráfico 8), observa-se que 41,4% (n=6.298) dos casos foram classificados como forma “dimorfa”, 27,5% (n=4.182) como “tuberculoide”, 16,7%

(n=2.544) “virchowiana”, 8,7% (n = 1.293) como “indeterminada” e 5,7% (n=873) casos novos ou não foram classificados ou o campo da notificação estava em branco/ignorado. A proporção de ignorados e/ou não classificados tem aumentado ao longo do período, saindo de 1,2% em 2001 para 13,2% em 2024.

Nota-se ainda que houve um incremento nos diagnósticos da forma clínica indeterminada, de 5,7% em 2001 para 14,7% em 2024. Em contrapartida, a apresentação dimorfa observou-se um decréscimo ao longo do tempo, de 47,1% em 2001 para 28,1% em 2024 (Figura 11). Ressalta-se que a ficha de notificação não dispõe de um campo específico para o registro da forma clínica da hanseníase neural pura, o que impossibilita sua adequada classificação nos dados oficiais.

Figura 17 -Proporção de casos de hanseníase segundo forma clínica informada entre os casos novos diagnosticados no ano. Fortaleza, 2001 a 2024



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

Avaliação de Incapacidades Físicas pela Hanseníase

No momento do diagnóstico devemos preencher a ficha de Avaliação Neurológica Simplificada (ANS) que perpassa a palpação dos nervos periféricos, a realização de testes de sensibilidade e a avaliação da força muscular nas mãos, pés e olhos (Brasil, 2022). Esta avaliação é obrigatória e determina os critérios de diagnóstico, sendo útil também para monitoramento da evolução da doença, além de definir o grau de incapacidade física (GIF) da pessoa acometida pela doença (Brasil, 2022).

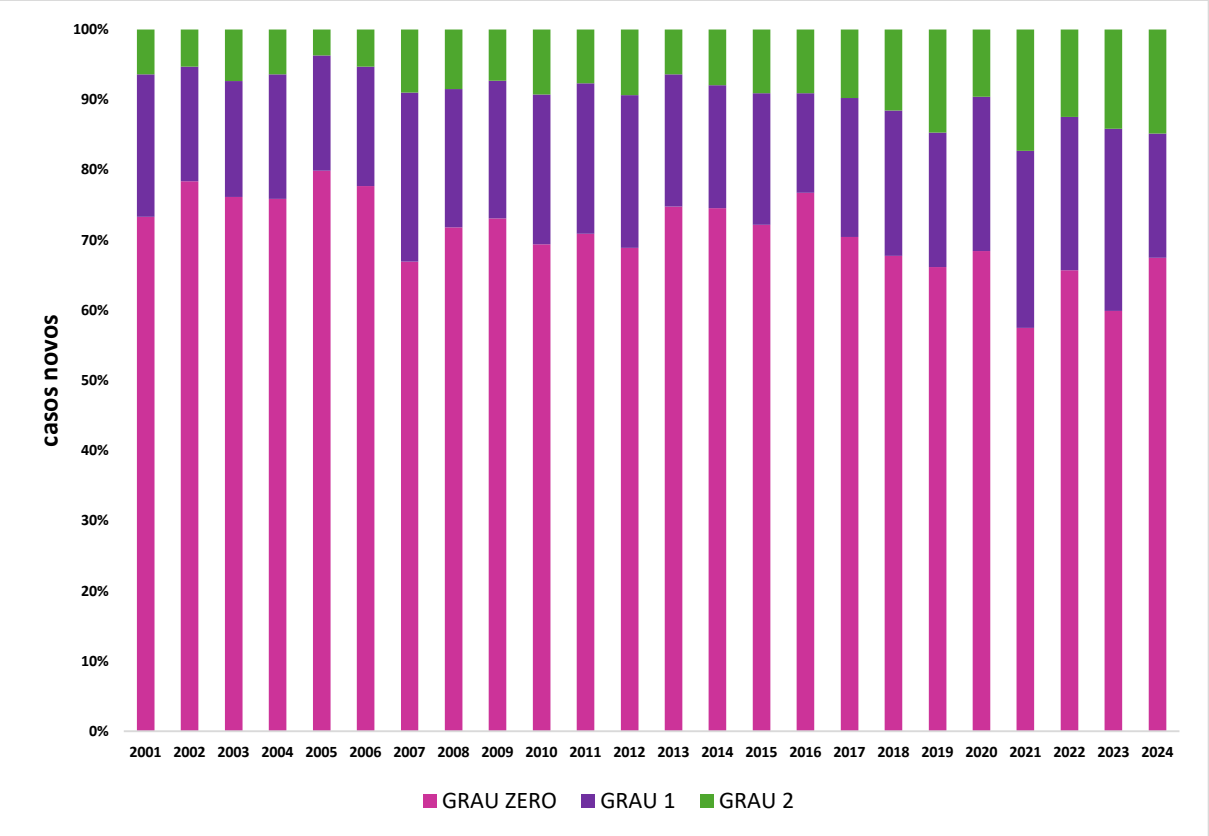
Em termos epidemiológicos, a avaliação do GIF no momento do diagnóstico mensura a efetividade das atividades de detecção precoce dos casos. A proporção de casos avaliados com GIF registrado é classificada considerando-se o parâmetro como bom: ≥ 90,0%; regular: 75,0 a 89,9% e precário: < 75,0%.

A adequada coleta e registro desta informação é fundamental e dependem diretamente da atuação de profissionais capacitados, da existência de infraestrutura física adequada, disponibilidade de insumos, suporte técnico e apoio institucional das gestões municipais e estaduais (Oliveira, 2014). Este contexto desvela a necessidade de processos formativos contínuos mais abrangentes e adaptados às realidades locais e necessidades técnicas, destinados a profissionais de saúde, para o fortalecimento do diagnóstico em hanseníase e, especialmente, da aplicação correta da ANS.

Destaca-se, ainda, o papel fundamental da APS, onde, preferencialmente, devem ocorrer o diagnóstico, tratamento e acompanhamento das pessoas acometidas, com vistas a integralidade do cuidado.

Na Figura 18, observa-se piora desse parâmetro no município de Fortaleza, sendo 2008 o ponto inicial para esse declínio. No período de 2001 a 2007 este parâmetro foi considerado bom, posteriormente manteve-se como regular durante 10 anos (2008 a 2018), com exceção de 2011, em que atingiu 90,2% dos casos avaliados. A partir de 2019 o município foi classificado como tendo padrão “precário”, com reduções acentuadas em 2019 e 2023, embora tenha alcançado 75,0% dos casos avaliados em 2020.

Figura 18 - Proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no momento do diagnóstico. Fortaleza, 2001 a 2024.



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

Considerando os casos avaliados, a maior proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física 2 (G2I) no momento do diagnóstico traduz a presença de sequelas irreversíveis visíveis nos olhos e/ou mãos e/ou mãos e/ou pés. Essas manifestações físicas contribuem significativamente para manutenção do estigma e da discriminação social associados à doença (Brasil, 2016).

Este é um importante parâmetro para avaliação de qualidade e efetividade das atividades da detecção oportuna e/ou precoce de casos. A classificação do percentual de casos novos com G2I segue esse parâmetro: baixo (≤ 5,0%); médio (5,0 a 9,9%) e alto (≥ 10,0%). No entanto, sua utilização como parâmetro de qualidade é recomendada apenas quando o percentual de casos novos avaliados e registrados for igual ou superior a 75,0% (Brasil, 2022).

Retrospectivamente, de 2001 a 2018, o percentual de G2I não evidenciou alterações significativas, situando-se sempre entre 5,3 e 9,8%, classificado como médio. Isso

demonstra que, ao longo desses anos, faz-se necessário o uso de novas estratégias, tanto para avaliação como para a detecção precoce dos casos (Figura 18).

Salienta-se que em 2005 o município foi classificado com parâmetro baixo deste indicador e que, em 2018, como alto; os anos seguintes não puderam ser avaliados quanto a este parâmetro pela limitação da avaliação da rede do SUS (Figura 18). Conforme demonstrado na (Figura 18), observou-se um aumento no número de casos classificados como G2I no momento do diagnóstico, no ano de 2024, no município de Fortaleza. Esse dado reforça a necessidade de qualificação da atenção básica para garantir diagnósticos mais precoces e, consequentemente, menores índices de incapacidades.

É importante destacar que os principais objetivos do tratamento da hanseníase são a cura e a prevenção de incapacidades físicas e neurológicas. A presença de incapacidades visíveis no momento do diagnóstico indica, de forma clara, a ocorrência de detenção tardia da doença, o que impacta negativamente no prognóstico e na qualidade de vidas das pessoas acometidas (Brasil, 2016).

Recidiva

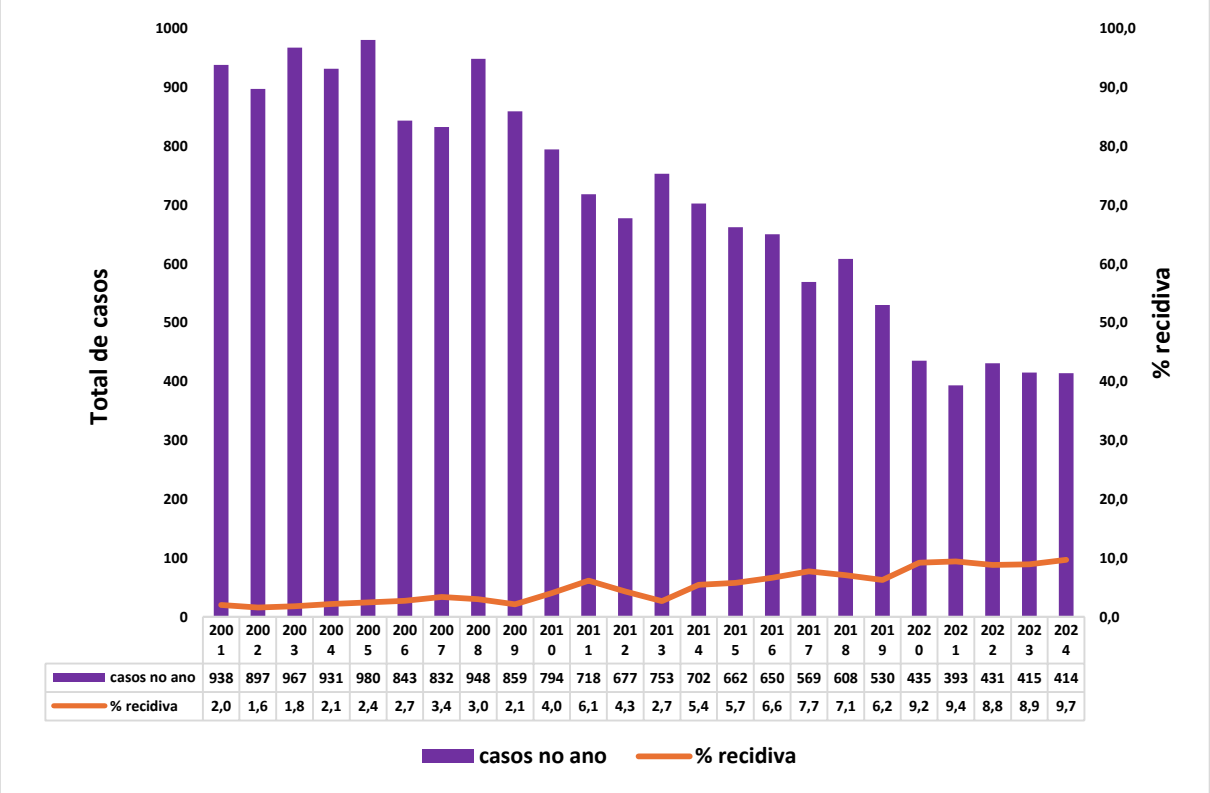
Recidiva de hanseníase é um evento caracterizado pelo reaparecimento de sinais e sintomas da doença em pessoas acometidas que já tiveram a doença e receberam alta por cura. A proporção de recidivas entre casos notificados denota, fundamentalmente, a potencial falha terapêutica considerando o diagnóstico após 5 anos do tratamento (Brasil, 2016).

Nota-se uma diminuição do número de casos novos diagnosticados ao longo do período, sendo 943 casos em 2001 e passando para 422 em 2023, fato que sugere, a princípio, prevenção da doença nos territórios endêmicos, e detecção oportuna dos casos. Entretanto, houve um incremento nos diagnósticos de casos por recidiva, elevando-se de 2,0% em 2001 para 8,8% em 2023 (Gráfico 10).

Esse aumento pode estar relacionado a desafios na efetividade do tratamento ou no acompanhamento dos pacientes após a cura, incluindo abandono terapêutico, resistência medicamentosa ou falhas na vigilância de casos curados. Diante das terapias atualmente

disponíveis, esses dados reforçam a importância da adesão completa ao tratamento, do cumprimento do esquema terapêutico dentro do tempo preconizado e da vigilância ativa de possíveis recidivas, especialmente para monitoramento da resistência medicamentosa (BRASIL, 2022).

Figura 19 - Proporção de casos de recidiva entre os casos notificados por ano. Fortaleza, 2001 a 2024



	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
casos no ano	938	897	967	931	980	843	832	948	859	794	718	677	753	702	662	650	569	608	530	435	393	431	415	414
% recidiva	2,0	1,6	1,8	2,1	2,4	2,7	3,4	3,0	2,1	4,0	6,1	4,3	2,7	5,4	5,7	6,6	7,7	7,1	6,2	9,2	9,4	8,8	8,9	9,7

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

Coortes na hanseníase

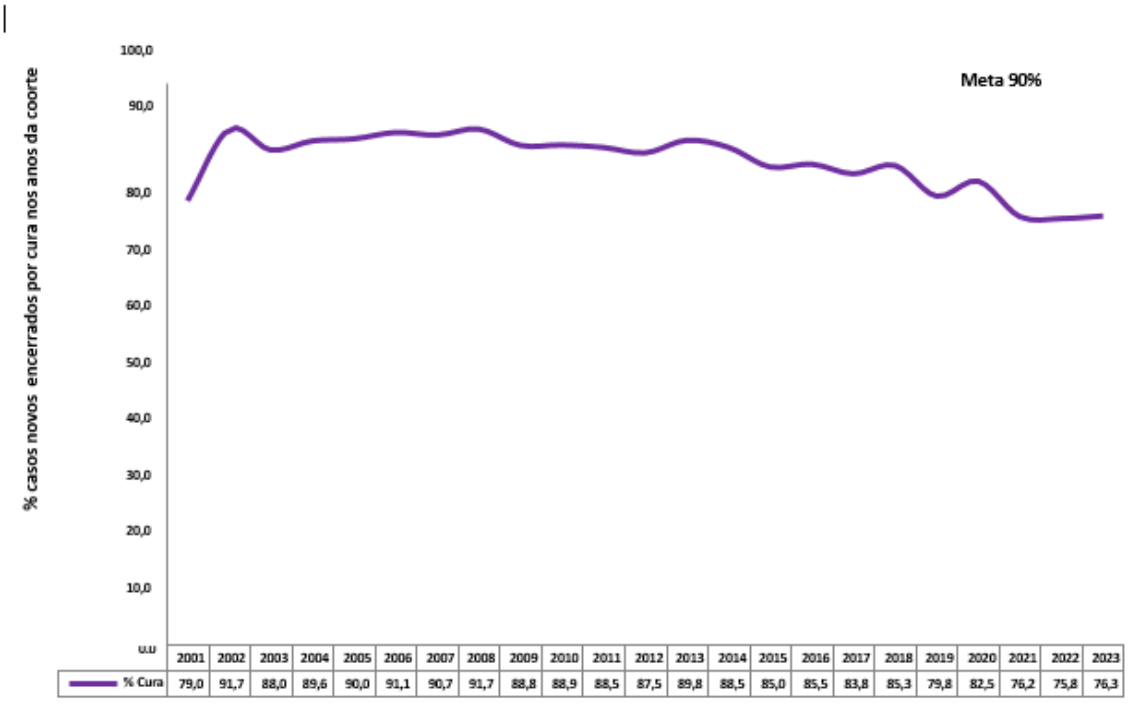
Cura

A proporção de cura entre os casos novos de hanseníase é um dos principais indicadores para avaliar a qualidade dos serviços de saúde, bem como o acompanhamento e a efetividade do tratamento. De acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde, esse indicador é considerado "bom" quando alcança 90,0% ou mais de cura, "regular" entre 75,0% e 89,9%, e "precário" quando inferior a 75,0%.

Observa-se, ao longo do tempo, uma tendência de redução desse indicador. Em 2002, a proporção de cura atingiu 91,7%, mantendo-se relativamente estável até 2008. A partir desse período, houve uma queda progressiva, atingindo 76,3% em 2023 — valor classificado como "regular" segundo os critérios estabelecidos (Figura 20).

Os resultados referentes ao ano de 2024 ainda não estão disponíveis, uma vez que os pacientes diagnosticados nesse período continuam em tratamento, impossibilitando o fechamento da coorte.

Figura 20 - Proporção de cura de hanseníase entre o caso novo de diagnóstico nos anos das coortes. Fortaleza, 2001 a 2024



	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
% Cura	79,0	91,7	88,0	89,6	90,0	91,1	90,7	91,7	88,8	88,9	88,5	87,5	89,8	88,5	85,0	85,5	83,8	85,3	79,8	82,5	76,2	75,8	76,3

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

Houve piora da proporção de cura dos casos diagnosticados nos últimos anos em Fortaleza. Além do desafio do diagnóstico ser estabelecido em tempo oportuno a fim de evitar sequelas irreversíveis da doença, a conclusão da poliquimioterapia também constitui em uma grande contenda. Diversos fatores podem influenciar a taxa de abandono como tempo prolongado da terapia, ocorrência de reações adversas medicamentosas, negação ou dúvida

das pessoas acometidas sobre seu diagnóstico, questões sociais e econômicas, inabilidade de profissionais de saúde em lidar com a complexidade da doença, dentre outras (Brasil, 2022).

Vigilância de contatos

A vigilância de contatos de casos de hanseníase constitui importante estratégia de enfrentamento à hanseníase, uma vez que os contatos possuem mais chances de adoecer do que a população em geral. A proporção de contatos examinados entre os registrados mensura a capacidade dos serviços de saúde em realizar este processo de vigilância (Brasil, 2024). Para o Ministério da Saúde, parâmetro estabelecido como "bom" requer proporção acima de 75,0%; "regular" entre 50,0% e 75,0% e "precário" abaixo de 50,0% (Brasil, 2022).

A Figura 21 revela flutuação neste indicador ao longo do tempo, sendo o município, de modo geral, classificado como "regular" ou "precário". A meta foi alcançada apenas em alguns anos – 2002, 2008 e 2005 – enquanto nos demais períodos os índices ficaram abaixo do esperado (Figura 21).

Figura 21 - Proporção de contatos examinados entre os registrados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes. Fortaleza, 2001 a 2024.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
% Examinados	20,50	62,70	32,60	34,20	30,40	35,07	70,52	55,45	55,18	49,82	51,18	52,63	49,33	45,80	51,49	54,13	57,72	57,71	59,48	59,43	55,15	64,20	47,90

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

O incremento desse indicador em 2022 pode ser destacado pela presença de recursos destinados à avaliação de contatos e à formação de profissionais de saúde, além da incorporação ao SUS de novos testes rápidos que estão destinados à avaliação de contatos examinados e sem diagnóstico da doença. Embora o teste rápido não seja diagnóstico, espera-se a melhora na cobertura de avaliação de contatos nos próximos anos, a partir da adoção em maior escala dessa nova ferramenta para enfrentamento à hanseníase.

INTERVENÇÕES ESTRATÉGICAS DE ENFRENTAMENTO À HANSENÍASE

A hanseníase vem se constituindo cada vez mais como prioridade em saúde pública ao longo dos anos no município de Fortaleza. No Boletim Epidemiológico publicado pela Secretaria Municipal de Saúde em 2001 salientaram-se as recomendações do MS à época. Perpassando desde a detecção de casos até a prevenção de incapacidades e educação em saúde, o documento destacava a necessidade do envolvimento da comunidade, pessoas acometidas e profissionais em ações educativas, além da garantia da referência e contrarreferência para acompanhamento e reabilitação das pessoas acometidas (Fortaleza, 2001). Neste sentido, destacou-se a realização de ações educativas em praças municipais, divulgação sistemática do tratamento evidenciando a cura da doença e a distribuição de *folders* (Fortaleza, 2001).

Desde 1992 aponta-se a centralização do diagnóstico em Unidades de Referência, responsáveis por 90,0% da detecção de casos novos (Fortaleza, 2001, 2006), como um aspecto importante para a fragilização do controle. A centralização do processo pode trazer desdobramentos como o abandono do tratamento em decorrência da distância entre a residência da pessoa acometida e o local de atendimento, além da subutilização das unidades de saúde na APS. Anteriormente, as referências para os territórios eram o CDERM e o Ambulatório do Hospital Universitário Walter Cantídio como equipamentos de atenção especializada e 5 unidades da APS, sendo duas delas pertencentes à Regional V. A vigilância dos contatos era realizada parcialmente pelas unidades de saúde municipais, mas de forma não sistematizada em todos os territórios (Fortaleza, 2006).

Neste sentido, demarcava-se como um dos objetivos a ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento por meio da APS e formação de profissionais de saúde (Fortaleza, 2001, 2006). Observa-se um avanço significativo quando comparada àquela publicação realizada em 2001, onde hoje, praticamente todas as unidades de saúde são consideradas aptas para o diagnóstico e cuidado em hanseníase. Apontava-se também no âmbito da hanseníase, a importância de incentivos destinados à reestruturação dos “Hospitais Colônias” no componente de Implantação de Ações e Serviços de Saúde (Fortaleza, 2001, 2007). O

Boletim enfatizava, ainda, a necessidade da integração entre vigilâncias, a importância do tratamento descentralizado e a participação comunitária (Fortaleza, 2001).

A implementação da poliquimioterapia possibilitou o uso do critério de alta por cura ao fim do esquema terapêutico e de vigilância, resultando em uma redução importante da prevalência estimada da hanseníase no mundo. Entretanto, casos novos continuaram surgindo, indicando a manutenção da transmissão de *M leprae* e a necessidade do surgimento de novas estratégias para enfrentamento da doença (OMS, 2021). O Boletim (2001) preconizava a garantia de recursos para medicamentos, insumos e infraestrutura, com priorização da temática nos planos municipais e estaduais de saúde (Fortaleza, 2001). O financiamento destas ações foi retomado nos planos municipais enquanto componentes estratégicos da assistência farmacêutica (Fortaleza, 2001, 2006, 2007).

Quanto à educação permanente, estratégias de formação de profissionais de saúde da APS por meio de especializações e a promoção da integração da temática nas universidades e centros formadores já eram recomendadas. Pesquisas sobre aspectos psicossociais e educacionais e inclusão do tema em escolas também foram consideradas prioridades. Colaboração com entidades como o Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN) também foram citadas (Fortaleza, 2001, 2006, 2007).

INTERVENÇÕES DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE - CONEXÃO ENTRE UNIVERSIDADE E SERVIÇOS DE SAÚDE

Destaca-se mais recentemente a parceria entre a Universidade Federal do Ceará e a Fundação NHR Brasil com a composição de pesquisas estratégicas no município de Fortaleza como: “Conhecimentos, atitudes, práticas e percepções relativos à hanseníase em contextos de hiperendemicidade no Brasil (CAPP-HANS Brasil)”, “Profilaxia pós-exposição à hanseníase aprimorada (Programa PEP++): Protocolo de ensaio clínico para avaliar a interrupção das taxas de transmissão de *M. leprae* em contatos de pessoas com hanseníase nas cidades de Fortaleza e Sobral, Ceará” e “Fortalecimento da temática hanseníase na Universidade - ampliar e fortalecer o diagnóstico e tratamento da hanseníase no estado do Ceará”.

O Estudo CAPP-HANS[1], desenvolvido no período de 2018 a 2020, permitiu observar que há uma clara relação entre conhecimento e nível de estigma e distanciamento social das pessoas participantes. No geral, há maior desconhecimento sobre causa e transmissão da doença entre as pessoas acometidas, contatos domiciliares e extradomiciliares e membros de comunidade, repercutindo nos níveis de estigma antecipados, principalmente entre os casos de referência. Justificou-se, portanto, maior estigma comunitário e distanciamento social, em especial nas questões associadas ao cuidado de filhos(as).

O estudo observou ainda que, no que se refere a sinais e sintomas, há forte associação da doença essencialmente a manchas na pele e pouca correlação com a perda de sensibilidade, principal característica da doença pela sua base neurológica. Isto facilita a confusão dos sinais e sintomas com outras doenças como micoses superficiais (“pano branco” e “impingem”), dificultando a procura pelo serviço de saúde e o alcance do diagnóstico precoce. Já entre profissionais de saúde, ensino superior e ACS, denota-se o conhecimento

[1] O CAPP-HANS realizou aplicação de instrumentos parar medir a percepção do estigma e de empoderamento em relação a hanseníase entre grupos que interagem diretamente com a doença e as pessoas diagnosticadas. Escalas como: *Social distance scale* (SDS); *Explanatory model interview catalogue stigma scale* (EMIC-SS); *Explanatory model interview catalogue community stigma scale* (EMIC-CSS); e escala de Empoderamento, foram utilizadas na coleta de dados do estudo. Há um guia de acesso aberto para aplicação dessas escalas disponível em: https://www.researchgate.net/publication/337315818_Guia_de_Aplicacao_das_Escalas_de_Estigma_EMIC.

classificado como adequado e alto, mesmo com diferenças na associação à perda de sensibilidade como principal sintoma.

Os ACS do município de Fortaleza possuíam maiores níveis de estigma, mas menores de distanciamento social. Reconheceu-se como preocupante a não completa associação da perda de sensibilidade à doença, bem como as pontuações acerca de estigma e distanciamento social. Para fins comparativos, a segunda etapa está prevista para o segundo semestre de 2025 visando verificar se as intervenções em saúde realizadas durante o intervalo das duas pesquisa, seja na formação de profissionais ou na educação em saúde junto a casos, contatos e comunidade, foram estratégias efetivas para mudanças em conhecimentos, práticas, percepções e atitudes destes públicos, assim como para redução do estigma frente à hanseníase.

As intervenções em saúde foram realizadas principalmente por meio do "Programa PEP++" e do "Fortalecimento da Temática Hanseníase na Universidade - Ampliar e fortalecer o diagnóstico e tratamento da hanseníase no estado do Ceará". O Programa PEP++ foi um ensaio clínico para avaliar a interrupção das taxas de transmissão de *M. leprae* em contatos de pessoas com hanseníase a partir da administração de rifampicina em dose única ou rifampicina e claritromicina associadas, em três doses. Para ser implementado, o programa abordou profissionais de saúde do nível técnico ao superior, visando fomentar a temática nas unidades de saúde, além de ter realizado a busca ativa de casos, a avaliação dos contatos com a equipe da ESF e momentos de educação em saúde na comunidade. A pesquisa continua sendo implementada no município por meio do acompanhamento sistemático dos contatos que receberam a profilaxia.

Como parte da ampliação e implementação das estratégias efetivas no âmbito da hanseníase, destaca-se o Projeto "Fortalecimento da Temática Hanseníase na Universidade - Ampliar e fortalecer o diagnóstico e tratamento da hanseníase no estado do Ceará", que busca integrar a promoção e o fortalecimento da educação permanente em hanseníase com foco nas interfaces ensino-serviço. A proposta visa contribuir com o avanço nas ações de vigilância e controle em áreas prioritárias no estado do Ceará, com padrões de hiperendemicidade para a hanseníase. Além de objetivar o fortalecimento da inserção da temática da hanseníase em universidades públicas, a proposta busca também potencializar a identificação e formação de agentes multiplicadores para ações de formação e educação permanente em hanseníase. De

modo ainda mais preciso, ampliar a capacidade de detecção oportuna de casos e de investigação e avaliação de contatos de casos de hanseníase no âmbito dos territórios da APS.

Com vigência inicial estabelecida no período de dezembro de 2020 o projeto permanece em execução até outubro de 2025. Foram realizadas 96 oficinas com 1.529 ACS formados, cujos tópicos abordados consistiam em: classificações operacionais da hanseníase, formas de transmissão e tratamento, uma abordagem sobre o conceito e resgate histórico do estigma, além de, a partir da vivência no território, propor discussão sobre estratégias para o enfrentamento do estigma e discriminação entre pessoas diagnosticadas com hanseníase.

Durante esse período iniciou-se a estratégia de Matriciamento ou Apoio Matricial (AM) em hanseníase. Trata-se de uma 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. O AM visa tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Trata-se de um método de trabalho complementar, previsto em sistemas hierarquizados, que envolve conceitos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação, com forte potencial de fortalecer as redes de atenção e sua resolutividade a partir da APS.

Apesar de a expressão ter surgido há mais de 30 anos, ainda na década de 1990, há lacunas na compreensão do verdadeiro conceito e de suas potencialidades no campo da saúde para a melhoria do atendimento das pessoas usuárias do SUS, além da sua importância como ferramenta de fortalecimento da APS. Revisando a literatura científica, observa-se que há diversas publicações envolvendo matriciamento no âmbito da saúde mental, porém, existem poucas produções que abordam a importância do AM no enfrentamento à hanseníase.

A hanseníase segue como importante problema de saúde pública no Brasil, que ocupa a segunda posição mundial em número de casos novos, com cerca de trinta mil novos diagnósticos por ano. Além da complexidade clínica e diagnóstica, soma-se o fato de a temática não ser adequadamente contemplada nas matrizes curriculares das graduações na área da saúde. Muitas pessoas que atuam como profissionais da APS declaram não se sentirem seguras e ou preparadas para compor o processo de diagnóstico e, tampouco, de conduzir uma pessoa acometida, o que acaba resultando em diagnósticos tardios, já com

sequelas irreversíveis, contribuindo também para o aumento do estigma e dos contextos de vulnerabilidade social.

A proposta do matriciamento em hanseníase considera um contexto não particular ao estado do Ceará, mas dos profissionais da área médica em contexto geral. Ou seja, apesar da atuação na APS, devido às problemáticas destacadas anteriormente, acabam encaminhando as pessoas acometidas por hanseníase para atendimento em Centros de Referência que, por sua vez, encontram-se com problemas de demanda excessiva e apresentam maior dificuldade na realização das ações vigilância epidemiológica nos territórios de vida de contatos pela própria natureza do serviço. Diante do exposto, observa-se uma necessidade premente e, ao mesmo tempo, desafiadora de aumento do processo de descentralização do cuidado das pessoas com hanseníase. Um possível caminho para concretização desse processo seria o fortalecimento da APS com a implementação do apoio matricial em hanseníase na UAPS.

Profissionais que passaram pelo processo formativo seguiram com o aprendizado por meio de teleconsultorias via prontuário eletrônico (Fastmedic®), processo denominado de "2° opinião" que oportuniza a consulta ou retirada de dúvidas frente a casos clínicos mais complexos. Ressalta-se que a 2ª opinião para dermatologia e especialmente, para hanseníase, advém da percepção da necessidade da continuidade da formação após o primeiro encontro com profissionais de saúde (médicos/as e enfermeiros/as) e do maior cuidado e atenção com a pessoa acometida.

Durante o processo de matriciamento foram formados profissionais médicos(as) e enfermeiros(as) das unidades de saúde das seis CORES do município de Fortaleza. Destaca-se também um total de 312 casos de hanseníase diagnosticados em 2024, sendo 155 nas UAPS e 156 em Equipamentos de Atenção Secundária.

Além disso, foram promovidos cinco eventos técnico-científicos, entre seminários e encontros. Entre eles, citam-se: "Seminário diagnóstico e acompanhamento da pessoa acometida por hanseníase: um olhar atento e cuidadoso", realizado em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, que reuniu 130 profissionais da APS; "I Encontro Acadêmico de Ligas e Ações de Extensão Universitária em Hanseníase" com 51 participantes e 10 ligas acadêmicas de diversas áreas da saúde, como infectologia, enfermagem e Saúde Coletiva, entre Universidades Públicas e Privadas; além do "I Seminário de Integração Ensino-Serviço em Hanseníase" que contou com a presença de 70 participantes.

Ainda nas Universidade Públicas, destaca-se também a inclusão da Sessão de Saúde Coletiva sobre hanseníase no Internato de Saúde Coletiva (ISCol) do curso de Medicina da UFC. Essa é considerada uma ação estratégica de interfaces da Saúde Coletiva na APS para formação médica e controle de doenças negligenciadas, neste caso, da hanseníase. As atividades iniciaram-se em maio de 2023, com alcance de 323 discentes até maio de 2024, incluindo sessões de reconhecimento de território, triagem dermato-neurológica, discussão de casos e estratégias de vigilância/educação em saúde.

Neste contexto, as ações desenvolvidas no município de Fortaleza inserem elementos importantes definidos na Estratégia Nacional para Enfrentamento a Hanseníase (2024-2030), como a recomendação da importância de articulação e parceria entre instituições de ensino e saúde, qualificação da equipe multidisciplinar, apoio matricial, educação permanente para detecção precoce, além da qualificação de profissionais de saúde e da assistência social com ações de enfrentamento ao estigma e à discriminação em relação à doença e fortalecimento da inclusão social (Brasil, 2024).

A qualificação do cuidado às pessoas acometidas pela hanseníase, especialmente na APS, facilita o acesso ao diagnóstico, tratamento e possibilita a formação do vínculo de modo a viabilizar a qualidade da assistência e reduzir os níveis endêmicos da doença. Embora haja entraves, ações destinadas ao fortalecimento da APS mostram-se eficientes no enfrentamento da doença, considerando seu papel na promoção de intervenções holísticas, com colaboração interprofissional e integrada que aborde questões clínicas, sociais e psicológicas (Alves et al, 2022; Cabral et al, 2024).

Para uma condição crônica como a hanseníase, os resultados são verificados a médio e longo prazos, e requerem uma linha de cuidado bem estrutura e em constante monitoramento e avaliação de seus efeitos para as pessoas acometidas nas redes de atenção.

AUTOCUIDADO EM HANSENÍASE: UMA INTERVENÇÃO COLETIVA ESTRATÉGICA NO ENFRENTAMENTO A HANSENÍASE

O autocuidado é um processo essencial para minimizar ou prevenir consequências da hanseníase e que a aderência às orientações com o cuidado do próprio corpo demanda, além da informação, a internalização de conceitos que possam favorecer a compreensão das possíveis alterações na imagem corporal que a hanseníase pode causar (Batista; Vieira; De Paula, 2014). Ressalta-se que a hanseníase é uma condição crônica, em que os grupos de apoio para o autocuidado se constituem em um espaço oportuno para o ensino-aprendizagem de forma compartilhada (Camargo-Borges; Japur, 2008; De Sousa; Da Silva; Brasil-Xavier, 2018).

O grupo de autocuidado é um espaço 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. Trata-se de um movimento que permite trocar e compartilhar experiências fortalecendo cada pessoa participante (Brasil, 2010).

Na perspectiva do autocuidado, a redução ou prevenção das consequências causadas pela hanseníase pode ser resultado da adesão a orientações de cuidados básicos com o próprio corpo. Demanda além da informação, a internalização de conceitos que possam favorecer a compreensão das possíveis alterações na imagem corporal que a hanseníase pode causar (Batista; Vieira; De Paula, 2014).

Nesse espaço, a educação em saúde é uma ferramenta potente, pois pode ser vista como um campo de práticas sociais estabelecidas pelos profissionais de saúde entre si, com a instituição e, sobretudo, com a pessoa usuária. Trata-se de um processo educativo de construção de conhecimentos, por meio de práticas que 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 que respondam às necessidades da população. Assim, tem como objetivo promover a inclusão social e a autonomia individual e coletiva (Pinafo; Nunes; Gonzalez, 2012). Embora seu papel seja reconhecido, verifica-se na

prática muitas dificuldades para implantação e sustentação, inclusive em áreas de grande endemicidade para hanseníase.

Em consonância com a perspectiva global, a Estratégia Nacional para Enfrentamento da Hanseníase 2019-2022, que tem como objetivo reduzir a carga de hanseníase no país, desvela a formação dos GAC como uma das ações chaves no pilar relacionado ao enfrentamento da hanseníase e suas complicações bem como da inclusão social por meio do enfrentamento ao estigma e discriminação (Brasil, 2019).

Neste sentido, ressalta-se que os GAC devam ter um importante papel na promoção do empoderamento, autonomia, autocuidado necessária ao rompimento de ciclos de pobreza, adoecimento e incapacidades.

Corroborando com a portaria, 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 Auto Cuidado (GAC). Estes foram compreendidos como fundamentais na promoção da saúde, humanização do cuidado e integração entre a rede de saúde e pessoas usuárias favorecendo a atenção integral e humanizadora às pessoas acometidas. (Brasil, 2010). 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 (Brasil, 2010).

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.

OLHAR ATENTO E CUIDADOSO: ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL

A abordagem multiprofissional no contexto da hanseníase é necessária para garantia do cuidado integral e olhar ampliado do sujeito. Esta perspectiva converge com a definição de saúde preconizada como completo bem-estar físico, mental e social, que se constitui enquanto direito fundamental a todo ser humano (WHO, 1946). Para além, a perspectiva global de saúde em suas diferentes dimensões inclui a manutenção e dinamicidade das questões sociais, mentais e físicas influenciadas diretamente por questões políticas e econômicas (Schramme, 2023). No âmbito da hanseníase, as repercussões do processo de saúde doença são potencializadas pela vulnerabilidade social e programática que afetam as pessoas acometidas (Souza et al., 2018).

Embora não esteja vinculada primariamente à ocorrência de óbitos, as complicações decorrentes da hanseníase propõem-se como medida de gravidade ampliadas. Há, portanto, um desafio relacionado à qualidade do cuidado e atenção em saúde destinado à doença (Brasil, 2025b), especialmente na ocorrência de reações hansênicas que elevam os riscos de danos neurais, muitas vezes irreversíveis, (Brasil, 2022) e são desencadeadas e mantidas por alguns fatores clínicos como gravidez, alterações hormonais, coinfecções, parasitoses, baixa qualidade da saúde bucal, estresse físico e psicológico (Penna et al., 2014). Quanto ao aspecto psicossocial da doença remete-se a medo, solidão e ansiedade decorrentes do diagnóstico que em conjunto, contribuem diretamente na qualidade de vida, no autocuidado, no sistema imunológico e no desenvolvimento de incapacidades físicas (Santos et al., 2015).

Isto evidencia a importância do acesso ao diagnóstico e tratamento em tempo oportuno, especialmente em crianças menores de 15 anos (Brasil, 2025b). Desta forma, ao ser diagnosticada, os serviços de saúde devem destinar esforços para garantia da integralidade e longitudinalidade do cuidado, objetivando para além da cura microbiológica (Souza et al., 2018). Neste aspecto, o PDCT recomenda a garantia do acesso a todos os serviços de saúde nos diferentes níveis de complexidade, seja na prática curativa, na prevenção e reabilitação de incapacidades e/ou cuidado psicossocial e/ou quaisquer outras demandas das pessoas acometidas (Brasil, 2022).

A multidimensionalidade do sujeito pode ser abordada a partir da integralidade, princípio-diretriz do SUS imbricado na rede de atenção em saúde, especialmente na APS. Esta visa o cuidado como categoria comum a diferentes formações da saúde, permeando o sujeito enquanto ser holístico, biopsicossocial e considerando o acesso a todos os níveis do sistema de saúde (Carnut, 2017).

Para isso, é necessária a composição de equipes multiprofissionais (atualmente, dentro da proposta eMulti, Ministério da Saúe) que atuem, no âmbito individual e coletivo, na prevenção de doenças, promoção da saúde, além da vigilância e formação profissional, especialmente no contexto da hanseníase na APS (Brasil, 2023). A presença de estratégias e/ou tecnologias que ampliam a capacidade resolutiva e assistencial da APS como o matriciamento em saúde, segunda opinião, o acesso à teleconsulta e aos demais equipamentos de saúde da rede, dentre outras, são importantes neste contexto.

Dito isto, alguns aspectos são fundamentais a atuação dos profissionais de saúde no âmbito da hanseníase, tais como:

ASPECTO	**ESTRATÉGIA**
Comunicação clara, adequada e sensível sobre a condução do processo saúde doença, tornando o sujeito protagonista do seu cuidado.	Sugestões de perguntas norteadoras: 1. Você já tinha escutado falar sobre a hanseníase? 2. Você poderia me explicar o que compreendeu sobre a doença? 3. Você poderia me contar o que você sabe sobre a transmissão? 4. Como você tomará esses remédios em casa? 5. Se houver alguma dúvida, anote ou grave uma mensagem de voz e conversamos na próxima consulta.
Escuta e acolhimento dos anseios e medos das pessoas acometidas e familiares	Sugestões de perguntas norteadoras: 1. Tem algo que te incomode sobre a doença? 2. Você tem receio ou medo de algo?

ASPECTO	ESTRATÉGIA
Identificação de possível rede de apoio no contexto familiar e social	Durante a investigação dos contatos é possível identificar as pessoas com as quais há convívio. Sugestões de perguntas norteadoras: 1. Você conversa com alguém sobre as suas condições de saúde? 2. Há alguém na sua casa, trabalho, com quem você conviva que você pode contar/apoiar? 3. Essa(s) pessoas podem te ajudar a lembrar de tomar o remédio, vir às consultas?

Durante o acompanhamento da pessoa diagnosticada é importante que dúvidas, crenças e percepções sobre a doença sejam esclarecidas e que a equipe de profissionais de saúde forneça apoio/suporte na comunicação a membros da família, quando necessário (Brasil, 2022). O compartilhamento de conhecimentos sobre a doença e o apoio psicossocial são fundamentais para potencializar a qualidade da atenção prestada e melhorar o direcionamento das intervenções (Brasil, 2022).

São recomendados ainda o uso de escalas como Escala de Estigma para Pessoas Acometidas pela Hanseníase (EMIC-AP) (Oliveira et al., 2019) e Escala de Participação (Brasil, 2018) e escala de conhecimentos, atitudes e práticas para facilitar estes processos. Foi produzido pela Universidade Federal do Ceará em parceria com a Fundação NHR-Brasil o Guia de Aplicação das Escalas de Estigma (EMIC), disponível em: https://www.researchgate.net/publication/337315818_Guia_de_Aplicacao_das_Escalas_de_Estigma_EMIC, como estratégia importante para identificação do estigma e elaboração de ações para melhoria no acolhimento e gestão do cuidado em cada nível de atenção à saúde.

No âmbito da relação entre nutrição e doenças infecciosas, a resposta imunológica mediada pelo estado nutricional pode ser fator determinante para o risco e prognóstico que, especialmente quando associada aos efeitos dos fármacos da hanseníase como anemia, aumento da glicose e elevação da pressão arterial (Penteado et al., 2012). Aspecto agravado

pelas condições socioeconômicas desfavoráveis que afetam pessoas acometidas (Teixeira et al., 2019).

Assim, a promoção de uma alimentação saudável alicerçada em alimentos *in natura* ou minimamente processados; uso de pequenas porções de fontes de gordura; consumo limitado de alimentos processados e ultraprocessados, bem como o consumo de água em quantidades adequadas são fundamentais (Brasil, 2020). Complementarmente, alimentos ricos em vitaminas A, E, D, C, B6, e minerais folato, zinco e cobre são importantes para redução do estresse oxidativo e dano tecidual relacionado à cronicidade da doença, à carga bacilar e as formas de manifestação do bacilo bem como da poliquimioterapia (Cardona Castro et al., 2019).

Insere-se de forma direta e indireta nestas perspectivas, a saúde bucal. A odontologia, por sua vez, possui papel fundamental no cuidado à hanseníase, considerando que focos de infecção dentária, cáries, periodontite, sangramento gengival e a saúde oral comprometidas aumentam o risco de desenvolvimento de reações hansênicas e, consequentemente, maior risco de dano neural. Assim, tanto a avaliação odontológica quanto o tratamento adequado dessas condições são fundamentais para boa condução do cuidado à pessoa acometida (Brasil, 2022).

Para as incapacidades físicas e melhora da qualidade de vida recomenda-se a atuação da fisioterapia e terapia ocupacional. Técnicas como mobilização neural, cinesioterapia, uso de ultrassom e laser e baixa potência, além de alongamentos e facilitação neuromuscular contribuem significativamente para melhora da dor, da sensibilidade, da força muscular (Souza; Almeida; Ferreira, 2020). O fortalecimento da musculatura, a redução ou prevenção das contraturas e manutenção do tônus, integridade e elasticidade da pele configuram aspectos importantes para prevenção das incapacidades físicas (Álvarez; Filho, 2019). A orientação e aplicação dessas técnicas impactam diretamente na reabilitação funcional, a autonomia para as atividades diárias e o autocuidado no domiciliar.

Para além, a atenção ao cuidado farmacêutico durante este período torna-se fundamental considerando os diferentes medicamentos utilizados e complexidade da doença e de comorbidades associadas. Embora muitas vezes este(a) profissional esteja vinculado(a) somente a dispensação do fármaco, sua atuação pode estar relacionada ao acompanhamento farmacoterapêutico, a revisão da farmacoterapia e a gestão da condição de saúde. A educação

em saúde para o aumento do letramento das pessoas acometidas em tratamento repercute potencialmente na redução de problemas relacionados a medicamentos, melhora da adesão e do nível de conhecimento sobre a doença (Pereira et al., 2023).

Diante da complexidade da hanseníase, permeada por determinantes sociais e vulnerabilidade, o acesso à equipe multiprofissional e a RAS impacta diretamente no contexto global de vida do sujeito, inclusive na garantia de direitos. Reconhecer as demandas e necessidades de saúde da pessoa acometida e promover o acesso aos demais pontos da RAS é atribuição não somente das competências profissionais citadas, mas de todas as equipes de profissionais que compõem a rede.

ESTIGMA NO CONTEXTO DA HANSENÍASE

Embora seja uma doença curável e com tratamento gratuito fornecido pelo SUS, a hanseníase se mantém associada a construções sociais baseadas no estigma, que geram além de processos de preconceito e discriminação, uma série de outros desdobramentos psicossociais e econômicos para as pessoas diagnosticadas (Oliveira et al., 2003; Silva et al., 2014; Garbin et al., 2015). O estigma é uma importante questão a ser discutida, uma vez que, apesar dos avanços tecnológicos de vigilância, prevenção e tratamento, ainda se configura como uma questão que persiste e traz consequências significativas para as pessoas que são acometidas pela doença.

Inicialmente, o estigma foi caracterizado como um fenômeno que resulta em uma "identidade deteriorada" para pessoas que possuem características interpretadas e/ou consideradas pela sociedade como uma "diferença indesejável", tornando-os inferiores por suas condições (Goffman, 2004). Após alguns estudos, o estigma é entendido não somente como um atributo individual, mas como um processo social, onde essa perspectiva ressalta a natureza dinâmica e representativa. Destaca-se então o estigma como um produto das interações sociais e das normas culturais não inerentes à pessoa (Parker; Aggleton, 2001).

É importante salientar que este processo não tem apenas um impacto na percepção externa do sujeito, mas também influência a sua autoimagem e experiência social, de acordo com o que foi construído a respeito da hanseníase. Conhecida e relatada pelo termo "lepra", a hanseníase sempre permeou a sociedade em distintos períodos históricos (Oliveira et al., 2003).

No passado, a doença era relacionada a castigo divino ou impureza, onde as pessoas eram expostas a situações e condições discriminatórias, como, por exemplo, soar sinetas para avisar aos demais que ela estava próxima, ou usar faixas ou vestimentas longas, soltas e de mangas compridas para cobrir as manchas e as incapacidades físicas decorrentes do avanço da doença. Na atualidade, as pessoas diagnosticadas ainda enfrentam dificuldades de interação com as redes de relacionamentos, sejam familiares, sociais, parcerias afetivas,

bem como nos diferentes núcleos e ambientes, tais como o local de trabalho, a escola, a instituição religiosa e a comunidade.

Os processos também são intrapessoais e interpessoais, podendo gerar negação ao diagnóstico, afetar a procura, acesso e vinculação no serviço de saúde, influenciar na adesão e continuidade do tratamento, bem como autoexclusão e isolamento das relações sociais e comunitárias (Adhikari et al., 2013; Adhikari et al., 2014). Podemos perceber o efeito do estigma no contexto coletivo, como, por exemplo, no ambiente de trabalho e escolar, podendo haver constrangimento, exclusão e recusa de emprego ou vaga nas escolas.

É fundamental chamar a atenção para os desdobramentos no cuidado em saúde, entendendo que a falta de conhecimento sobre a doença pode se desdobrar em situações de estigma e discriminação. Nessa perspectiva, o diagnóstico tardio, o tratamento inadequado, a perda de vínculo e retenção do usuário ao serviço e à equipe são exemplos desse processo, o que torna o desafio de controle e prevenção ainda mais complexos.

Para além da incorporação de estratégias de redução do estigma e seus desdobramentos nas políticas e programas voltados para a hanseníase, a legislação brasileira sofreu alterações significativas. Vale destacar a Lei N° 9.010, de 29 de março de 1995, que altera a terminologia “lepra” e suas variações para o termo “hanseníase” em documentos oficiais da administração federal e dos Estados-membros. Essa mudança foi impulsionada por movimentos sociais, sociedade civil e outros atores, que identificaram a terminologia anterior como discriminatória (Brasil, 1995).

A lei sinaliza uma importante tentativa de reduzir o estigma milenar que atravessa a doença ao reconhecer termos que reproduzem preconceito e discriminação. Dado que a linguagem molda as crenças e pode influenciar comportamentos, a mudança de sistemas simbólicos (palavras, imagens e práticas) é crucial para modificações sociais, tendo em vista que esses elementos atuam na desigualdade e nos sistemas de hierarquia presentes na estrutura social, constantemente reforçados pelo estigma (Bourdieu; Passeron, 2008).

O Brasil se destaca mundialmente como o único país a adotar a substituição e extinção de diversas terminologias como “doente de lepra”, “leprologista”, “leprosário”, “leprocômio” por expressões mais adequadas, como “pessoa diagnosticada com hanseníase”, “hansenologista”, “Centro de Dermatologia”, entre outros. Abaixo estão alguns termos

utilizados que, embora não estejam incluídos na Lei n° 9.010/95 (Brasil, 1995), devem ser evitados considerando as suas representações (Quadro 1).

Quadro 2 - Termos a serem evitados e termos recomendados para o enfrentamento ao estigma no contexto da hanseníase. Fortaleza, 2025.

TERMOS A SEREM EVITADOS	JUSTIFICATIVA	TERMOS RECOMENDADOS
Lepra, leproso, lazarento	Lei n° 9.010/95	Pessoa com ou diagnosticada com hanseníase; Pessoa em tratamento para hanseníase.
Portador de hanseníase	Não utilizar portador, termo que traz a ideia de portar algo perigoso.	Pessoa com ou diagnosticada com hanseníase; Pessoa em tratamento para hanseníase.
Contaminado	Ideia de sujeira, impureza, utilizar somente para objetos e não para pessoas.	Pessoa com ou diagnosticada com hanseníase; Pessoa em tratamento para hanseníase.
Mão em garra	Atribuição de características animalescas a pessoas com sequelas devido ao avanço da doença.	Deformidade em flexão dos dedos ou Contratura dos dedos; Incapacidades físicas móveis ou fixas.
Mão de macaco	Atribuição de características animalescas a pessoas com sequelas devido ao avanço da doença.	Alteração na preensão palmar ou Disfunção da musculatura intrínseca da mão; Incapacidades físicas móveis ou fixas.
Mão simiesca	Atribuição de características animalescas a pessoas com sequelas	Alteração na oposição do polegar ou Déficit motor da mão

	devido ao avanço da doença.	Incapacidades físicas móveis ou fixas;
Face leonina	Atribuição de características animalescas a pessoas com mudanças corporais devido ao avanço da doença.	Face com infiltrações; Rosto, testa, orelhas infiltradas.
Doença incurável	Tratamento completo com poliquimioterapia como responsável pela cura bacteriológica.	Promover que a hanseníase tem tratamento e tem cura bacteriológica.

Fonte: Autoria própria (2025).

Ao longo da história da doença, foram construídos conhecimentos, impressões, percepções, condutas e diversas abordagens a respeito da hanseníase, muitas das quais persistem nos dias de hoje. Desse modo, é necessária a ampliação do debate sobre a hanseníase para a sociedade, com informações que sejam de qualidade e livres de preconceito ou atitudes discriminatórias que retroalimentam o estigma e seus desdobramentos, dificultando a plena aceitação social das pessoas diagnosticadas e de seus familiares.

O diagnóstico da hanseníase pode expor pessoas a situações de preconceito e discriminação. Para garantir a proteção contra a exposição indevida dessas informações foi sancionada a Lei N° 14.289/2022, em 3 de janeiro de 2022, que torna obrigatório o sigilo do diagnóstico para pessoas com hanseníase e outras infecções estigmatizadas, como o HIV e a tuberculose (Brasil, 2022). Essa legislação estabelece-se enquanto mecanismo de proteção para casos de publicização do diagnóstico em serviços de saúde, estabelecimentos de ensino, local de trabalho e outros espaços, quando realizada sem o consentimento da pessoa e com propósito de de gerar constrangimento. Nestes casos, a lei aplica penas pecuniárias (sanções e suspensões) e indenizações pelos danos morais causados.

Entende-se que o objetivo primordial é naturalizar não só a temática, mas o diagnóstico da hanseníase de modo que as pessoas se sintam confortáveis em compartilhar seu processo de saúde-doença sem receio de passarem por situações de preconceito e discriminação. No entanto, em alguns casos, a existência de dispositivos legais torna-se

fundamental para resguardar a integridade de sujeitos afetados pelo estigma, sempre na perspectiva da garantia de direitos e minimizando os impactos sociais negativos.

Outro ponto a ser destacado é o estigma reproduzido por profissionais da saúde, relatado pelas pessoas que são diagnosticadas com a doença. O acolhimento é a principal abordagem para enfrentar práticas discriminatórias, como a evasão do contato físico, o distanciamento da pessoa acometida, compartilhamento segregado de utensílios e o uso de terminologias preconceituosas. Profissionais que atuam na APS e na rede de referência devem estar atentos aos relatos de ações discriminatórias, uma vez que podem trazer impactos e desdobramentos significativos na vida da pessoa acometida pela doença. A responsabilidade compartilhada de diferentes profissionais é fundamental para promoção de práticas de cuidado e acolhimento, garantindo vinculação com a equipe e a unidade, além da adesão ao tratamento. A prática de informar os direitos constitucionais, especialmente neste contexto, pode ser um importante enfrentamento a atividades de preconceito e discriminação.

Busca-se trazer nesta breve seção a perspectiva da importância de uma universalização da preocupação com o estigma relacionado à hanseníase, elencando palavras, contextos e posturas discriminatórias, que atuam na reprodução da desigualdade, exclusão ou restrição, impedindo o exercício de direitos em igualdade de condições. A necessidade da democratização de informações, para além de espaços institucionais, atuando junto à comunidade, à pessoa acometida e seus familiares, a profissionais de saúde e diversos outros atores sociais, para fomentar o entendimento sobre o tema e promover a desconstrução de mitos, medos, preconceito e discriminação. A complexidade da hanseníase destaca que é necessário constantemente reativar discussões e perspectivas em resposta a questões que pareciam superadas, mas que estão presentes ainda hoje.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

O cenário demonstrado neste boletim objetiva apontar diferentes perspectivas epidemiológicas sobre a hanseníase no município de Fortaleza, além de gerar evidências importantes para o planejamento e gestão de estratégias preventivas, de controle e vigilância do agravo. Alinhando-se às metas nacionais, busca-se também a abordagem de outras dimensões importantes para a resposta a hanseníase como o enfretamento do estigma e discriminação, acesso e fortalecimento dos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde, principalmente da Atenção Primária a Saúde enquanto coordenadora do cuidado.

Elucidando os princípios da universalidade, equidade e integralidade, temos como meta a garantia de um cuidado integral e longitudinal das pessoas e seus familiares afetados pela hanseníase, partindo do pressuposto que há outros elementos para além das questões biológicas que se relacionam com o processo de adoecimento e que devem fazer parte das agendas estratégias (Barbosa et al., 2008). As diferentes dimensões da vulnerabilidade e complexidade clínica da doença constroem um cenário que requer diferentes ações intersetoriais e interdisciplinares para uma resposta efetiva que contemple também a perspectiva de promoção e garantia de direitos.

Atualmente o Brasil é signatário dos 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), recomendados pela Organização das Nações Unidas (ONU) que visam um movimento global de sustentabilidade ambiental e bem-estar das pessoas até 2030 (PNUD, 2015). A resposta para hanseníase e outras DTN, estimulam o desenvolvimento de ações que visam à garantia da saúde e do bem-estar para todas as pessoas (ODS 3), além de outras estratégias fundamentais como a redução das desigualdades (ODS 10) e educação de qualidade (ODS 4) (WHO, 2020; WHO, 2025).

Para o alcance desses e outros ODS, o Brasil implementa através do Programa Brasil Saudável (Unir para Cuidar), uma série de ações importantes com o apoio do Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente (CIEDDS), instituído em 2023, como uma articulação que visa a eliminação da hanseníase e outros agravos prevalentes no país, que se relacionam com indicadores de determinação social.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, J. C. et al. Pós-alta em Hanseníase no Ceará: limitação da atividade funcional, consciência de risco e participação social**. Rev. Bras. Enferm.,** v. 61, ed. esp., p. 727-733, 2008. DOI: 10.1590/s0034-71672008000700012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cobertura da Atenção Primária (PNS 2020 - 2023)**. Disponível em: <https://relatorioaps.saude.gov.br/cobertura/pns>. Acesso em: 10 maio 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim Epidemiológico**: Hanseníase, 2024. Disponível em: <be_hansen-2024_19jan_final.pdf>. Acesso em: 10 de mar. de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (2020). **Caderneta de Saúde da Pessoa Acometida pela Hanseníase**, 2024. Disponível em: <caderneta_saude_pessoa_acometida_hanseniase.pdf>.

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** [recurso eletronico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria de Vigilância Em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Indicadores e Dados Básicos de Hanseníase nos Municípios Brasileiros**, 2022. Disponível em: <https://indicadoreshanseniase.aids.gov.br/>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da Hanseníase**, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/20220712_pcdt_hanseniase.pdf/view>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional**, 2016. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/diretrizes-vigilancia-atencao-eliminacao-hanseniase.pdf>.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023** Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes

Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Brasília: 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-484773799>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

Brito AL, Monteiro LD, Ramos Junior AN, Heukelbach J, Alencar CH. Temporal trends of leprosy in a Brazilian state capital in Northeast Brazil: epidemiology and analysis by joinpoints, 2001 to 2012. **Rev Bras Epidemiol**. 2016 Mar;19(1):194-204. English, Portuguese. doi: 10.1590/1980-5497201600010017. PMID: 27167660.

CEARÁ. Boletim Epidemiológico – Hanseníase. Nº 01 | 21/01/2025 https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/Boletim-Hans-2025.pdf

IBGE. **Cidades e Estados: Censo 2022 – Fortaleza**, 2022. Disponível em:< https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ce/fortaleza.html>. Acesso em: 22 de dez de 2023.

LIMA, L. V. et al. Temporal trend, distribution and spatial autocorrelation of leprosy in Brazil: ecological study, 2011 to 2021. **Revista Brasileira de Epidemiologia [online]**. v. 25, p. e220040, 2022.

MAYMONE, M. B.C. et al. Leprosy: clinical aspects and diagnostic techniques. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 83, n. 1, p. 1-14, 2020.

MEDEIROS JÚNIOR, N. F. et al. **Hanseníase no Brasil**: Mato Grosso em foco. Mato Grosso, 2024. Disponível em: <https://www.tce.mt.gov.br/uploads/flipbook/livro-hanseniase/index.html>. Acesso em: 11 de jan de 2025.

Netherlands Hanseniasis Relief do Brasil. **Guia de Aplicação das Escalas de Estigma** (EMIC) 2019. https://www.researchgate.net/publication/337315818_Guia_de_Aplicacao_das_Escalas_de_Estigma_EMIC

Queirós MI, Ramos AN Júnior, Alencar CH, Monteiro LD, Sena AL, Barbosa JC. Clinical and epidemiological profile of leprosy patients attended at Ceará, 2007-2011. **An Bras Dermatol.** 2016 May-Jun;91(3):311-7. doi: 10.1590/abd1806-4841.20164102. PMID: 27438198; PMCID: PMC4938275.

ROCHA, A M da et al. The impact of COVID-19 on persons affected by leprosy and leprosy control in the North and Northeast of Brazil. **Leprosy Review**, v. 95, n. 1, p. 97-112, 2024. DOI: 10.47276/lr.95.1.97.

ROMERO-MONTOYA, M.; Beltran-Alzate, J. C.; Cardona-Castro, N. Evaluation and Monitoring of Mycobacterium leprae Transmission in Household Contacts of Patients with Hansen's Disease in Colombia. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, v. 11, n. 1, p. 1–11, 2017.

SILVA, C. P. G.; MIYAZAKI, Maria Cristina Oliveira Santos. Hanseníase e a Nutrição: uma revisão da literatura. **Hansenologia Internationalis**: hanseníase e outras doenças infecciosas, v. 37, n. 2, p. 69-74, 2012.

SOARES, G. M. M. de M. et al. Fatores sociodemográficos e clínicos de casos de hanseníase associados ao desempenho da avaliação de seus contatos no Ceará, 2008-2019. **Epidemiol. Serv. Saúde,** [online], v. 30, n. 3, e2020585, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000300024

SOUZA, E de et al. Vulnerabilidade programática no controle da hanseníase: padrões na perspectiva de gênero no Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 1–14, 2018.

TEIXEIRA, C. S. S. et al. Nutritional aspects of people affected by leprosy, between 2001 and 2014, in semi-arid Brazilian municipalities**. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, n. 7, p. 2431–2441, 2019.

TORRES-GUERRERO, E. et al. Identification of Mycobacterium leprae and Mycobacterium lepromatosis in Formalin-Fixed and Paraffin-Embedded Skin Samples from Mexico. **Ann Dermatol**, v. 30, n. 5, p. 562-565, out. 2018.

WHO. **Weekly Epidemiological Record, n. 37**, 2024. Disponível em: <https://reliefweb.int/report/world/weekly-epidemiological-record-wer-13-september-2024-vol-99-no-37-pp-497-522-enfr>.

WHO. **Summary Reports on Proceedings Minutes and Final Acts of the International Health Conference held in New York**, 1946. Disponível em: https://iris.who.int/handle/10665/85573.

WHO. **Estratégia Global para Hanseniase 2016-2020: Aceleração rumo a um mundo sem Hanseníase.** Geneva: World Health Organization, 2017.

APÊNCIDE A – LISTA DE UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DE FORTALEZA COM ENDEREÇO E CONTATO TELEFÔNICO, ABRIL DE 2025

CORES	UAPS	ENDEREÇO	TELEFONE
I	AIRTON MONTE	RUA ALBERTO OLIVEIRA S/N – JARDIM IRACEMA	(85) 3433-8629
I	CARLOS RIBEIRO	RUA JACINTO DE MATOS, 944 – JACARECANGA	(85) 3452-6373
I	CASEMIRO FILHO	AV FRANCISCO SÁ, 6449 – BARRA DO CEARA	(85) 3452-5876
I	FRANCISCO DOMINGOS DA SILVA	AV PRES CASTELO BRANCO, 4759 – BARRA DO CEARA	(85) 3452-6644
I	FERNANDO FACANHA	RUA RIO TOCANTINS S/N – JARDIM IRACEMA	(85)3452-6660
I	JOSÉ IRAGUASSU	RUA TENENTE JOSE BARREIRA, 251 – ALVARO WEYNE	(85) 3433-6657
I	GUIOMAR ARRUDA	RUA GENERAL COSTA MATOS, 6 – PIRAMBU	(85) 3452-6377
I	JOAO MEDEIROS	AV DOM ALOISIO LORSCHEIRDER, 982 – VILA VELHA	(85) 3452-6646
I	LINEU JUCÁ	RUA PARQUE VILA VELHA II, 101 – BARRA DO CEARÁ	(85) 3452-5888
I	MARIA APARECIDA	AVENIDA K, 915 – VILA VELHA	(85) 3433-9514
I	MARIA CIRINO SOUZA	RUA DA SAUDADE, 364 – MOURA BRASIL	(85) 3212-1325

I	PAULO DE MELO	RUA BERNARDO PORTO, 497 – MONTE CASTELO	(85) 3452-6380
I	REBOUCAS MACAMBIRA	RUA CREUZA ROCHA S/N – JARDIM GUANABARA	(85) 3105-1060
I	ZENIRTON PEREIRA DA SILVA	RUA DOUTOR ROBERTO SALES, 475 – BARRA DO CEARA	(85) 98200-1109
I	VIRGÍLIO TÁVORA	AV MONSENHOR HELIO CAMPOS S/N – CRISTO REDENTOR	(85) 3286-2219
I	4 VARAS	RUA PROFETA ISAIAS, 456 – PIRAMBU	(85) 3101-2594
I	ANTÔNIO TEIXEIRA DE SOUZA	AV TENENTE LISBOA S/N – CARLITO PAMPLONA	CONTATO TELEFÔNICO NÃO DISPONÍVEL
I	DOUTOR MIGUEL SCHETTINI NETO	RUA FREI ODILON S/N – FLORESTA	CONTATO TELEFÔNICO NÃO DISPONÍVEL
II	AIDA SANTOS E SILVA	RUA TRAJANO DE MEDEIROS, 813 – VICENTE PIZON	(85) 3433-2734
II	BENEDITO ARTHUR DE CARVALHO	RUA JOSE GUILHERME DA COSTA, 228 – LUCIANO CAVALCANTE	(85) 3452-1880
II	CÉLIO BRASIL GIRÃO	RUA PROF HENRIQUE FIRMEZA, 82 – CAIS DO PORTO	(85) 3433-2739
II	FÁTIMA MARIA QUEZADO FERNANDES	AV. PINTOR ANTÔNIO BANDEIRA, SN – PRAIA DO FUTURO	CONTATO TELEFÔNICO NÃO DISPONÍVEL
II	FLÁVIO MARCÍLIO	AVENIDA DA ABOLICAO, 418 – MUCURIPE	(85) 3433-2737

II	FREI TITO	RUA JOSE CLAUDIO GURGEL COSTA LIMA, 100 – CAÇA E PESCA	(85) 3265-7933
II	IRMÃ HERCÍLIA ARAGÃO	RUA FREI VIDAL, 1821 – SAO JOAO DO TAUAPE	(85) 3452-1883
II	LIDUÍNA MARIA ARAÚJO	RUA RAMOS BOTELHO, 601 – PAPICU	CONTATO TELEFÔNICO NÃO DISPONÍVEL
II	MIRIAM PORTO MOTA	RUA CORONEL JUCA, 1636 – ALDEOTA	(85) 3452-2315
II	ODORICO DE MORAIS	RUA ESPERANTINA S/N – CASTELO ENCANTADO	(85) 3433-2738
II	PAULO MARCELO	RUA 25 DE MARCO, 607 – CENTRO	(85) 3105-1455
II	PIO XII	RUA BELISARIO TAVORA, 41 – SAO JOAO DO TAUAPE	(85) 3452-1896
II	RIGOBERTO ROMERO	AVENIDA DAS GRAVIOLAS, 195 – CIDADE 2000	(85) 3433-2746
II	SANDRA NOGUEIRA FAUSTINO	RUA JOSIAS PAULO DE SOUSA, 167 – VICENTE PIZON	(85) 3452-5403
III	ANASTÁCIO MAGALHÃES	RUA DELMIRO DE FARIAS, 1679 – RODOLFO TEOFILO	(85) 3433-2561
III	CDFAM GILMÁRIO TEIXEIRA	RUA PERNAMBUCO, 1674 – PLANALTO PICI	(85) 3488-3250
III	CÉSAR CALS DE OLIVEIRA FILHO	RUA PERNAMBUCO, 3172 – PLANALTO PICI	(85) 3233 -4055
III	CLODOALDO PINTO	RUA BANVARTH BEZERRA, 100 – PADRE ANDRADE	(85) 3433-9745

III	ELIÉZER STUDART	RUA TOMAS CAVALCANTE, 545 – AUTRAN NUNES	(85) 3488-3259
III	FÁBIO MARTINS DE LIMA	RUA GUSTAVO BRAGA, 547 – RODOLFO TEÓFILO	CONTATO TELEFÔNICO NÃO DISPONÍVEL
III	FERNANDES TÁVORA	RUA MACEIO, 1354 – HENRIQUE JORGE	(85) 3488-3254
III	FRANCISCO PEREIRA DE ALMEIDA	RUA JOSÉ FREITAS DA SILVA, 359 – PICI	(85) 3433.2890
III	GEORGE BENEVIDES	RUA TENENTE LIRA, 41 – QUINTINO CUNHA	(85) 3105-1086
III	HERMÍNIA LEITÃO	RUA GENERAL JOAO COUTO, 470 – QUINTINO CUNHA	(85) 3433-9741
III	HUMBERTO BEZERRA	RUA HUGO VICTOR, 51 – ANTONIO BEZERRA	(85) 3212-1920
III	IVANA PAES	RUA VIGILIO BRIGIDO, S/N – PRESIDENTE KENNEDY	(85) 3238.1851
III	CICERA CARLA	RUA JULIO BRAGA, S/N – JOÃO XXIII	(85) 3488-3258
III	LÍCINIO NUNES DE MIRANDA	RUA SEIS, S/N – QUINTINO CUNHA	(85) 3237-8574
III	LUÍS RECAMONDE CAPELO	RUA MARIA QUINTELA, 935 – BOM SUCESSO	(85) 3488-3252
III	MARIUSA SILVA SOUSA	RUA ARACA, 440 – BOM SUCESSO	(85) 3281-2698
III	METON DE ALENCAR	RUA PADRE PERDIGAO SAMPAIO, 820 – ANTONIO BEZERRA	(85) 3488-3271

III	SANTA LIDUINA	RUA PROF JOAO BOSCO, 213 – PARQUE ARAXA	(85) 3433-2569
III	SOBREIRA DE AMORIM	RUA DESEMBARGADOR LUIS PAULINO, 90 – HENRIQUE JORGE	(85)3488-1271
III	WALDEMAR ALCÂNTARA	RUA SILVEIRA FILHO, 903 – JOCKEY CLUBE	(85) 3488-3253
IV	ABEL PINTO	TRAVESSA GOIAS S/N – DEMOCRITO ROCHA	(85) 3452-5191
IV	ANTÔNIO CÍRIACO	RUA GOMES BRASIL, 555 – PARANGABA	(85) 3105-3091
IV	DOM ALOISO LORSCHEIDER	RUA BETEL S/N – DENDE	(85) 3131-1945
IV	DOM JOSE BEZERRA COUTINHO	RUA PRIMEIRO DE JANEIRO, S/N – PARANGANBA	CONTATO TELEFÔNICO NÃO DISPONÍVEL
IV	DR. RAIMUNDO PONTES FILHO	RUA DAMASCENO GIRÃO, S/N – JARDIM AMÉRICA	CONTATO TELEFÔNICO NÃO DISPONÍVEL
IV	FRANCISCO MONTEIRO	RUA DOS EUCALIPTOS S/N – DENDE	(85) 3488-3397
IV	GOTHARDO PEIXOTO	RUA IRMA BAZET, 153 – DAMAS	(85) 3433-5084
IV	GUTEMBERG BRAUN	RUA MONSENHOR AGOSTINHO, 505 – VILA PERY	(85) 3452-5199
IV	LUIS ALBUQUERQUE MENDES	RUA BENJAMIM FRANKLIN, 735 – SERRINHA	(85) 99849-0604

IV	LUIS COSTA	RUA MARECHAL DEODORO, 1501 – BENFICA	(85) 3131-7677
IV	OCELO PINHEIRO	RUA ELCIAS LOPES, 517 – ITAOCA	(85) 3131-7334
IV	OLIVEIRA POMBO	TRAVESSA RIO GRANDE DO SUL, S/N – PAN AMERICANO	(85) 3433-2965
IV	ROBERTO BRUNO	AV BORGES DE MELO, S/N – FATIMA	(85) 3227-9177
IV	TURBAY BARREIRA	RUA GONCALO SOUTO, 420 – VILA UNIÃO	(85) 3272-4055
IV	VALDEVINO CARVALHO	RUA GUARÁ, S/N – ITAOCA	(85) 3131-7338
V	ABNER CAVALCANTE BRASIL	RUA JOANA BATISTA, 471 – BOM JARDIM	(85) 3452-2468
V	AGUEDA XEREZ CUNHA	RUA D, EM FRENTE AO NÚMERO 23 – JOSÉ WALTER	CONTATO TELEFÔNICO NÃO DISPONÍVEL
V	ARGEU HERBSTER	RUA GERALDO BARBOSA, 1095 – BOM JARDIM	(85) 3452-2495
V	DOM LUSTOSA	RUA JOAO CORONEL CORREIA S/N – GRANJA LISBOA	(85) 3245-9323
V	EDMILSON PINHEIRO	AV H, 2191 – GRANJA LISBOA	(85) 3452-2421
V	FERNANDO DIOGENES	RUA TEODORO DE CASTRO, 1087 – GRANJA PORTUGUAL	(85) 3488-3240
V	GRACILIANO MUNIZ	RUA 106, 345 – CONJ ESPERANÇA	(85) 3433-4913

V	GUARANY MONT'ALVERNE	RUA DR GERALDO BARBOSA, 3230 – GRANJA LISBOA	(85) 3452-2496
V	DOUTOR HENRIQUE MOTA NETO	RUA SERENA, 242 – SIQUEIRA	CONTATO TELEFÔNICO NÃO DISPONÍVEL
V	JOÃO PESSOA	RUA RUBI S/N – JARDIM JATOBÁ	(85) 3498-4745
V	JOÃO ELÍSIO HOLANDA	RUA JUVENCIO PORFIRIO SALES S/N – MONDUBIM	(85) 3131-6222
V	JOSÉ GALBA DE ARAÚJO	AV SENADOR FERNANDES TAVORA, 3161 – PARQUE GENIBAÚ	(85) 3452-6753
V	JOÃO MACHADO	TV. JOÃO HENRIQUE, 82 – PLANALTO AYRTON SENNA	(85) 3223-0806
V	JOSÉ PARACAMPOS	RUA ALFREDO MAMEDE, 250 – MONDUBIM	(85) 3433-4919
V	DR LUIZ AUGUSTO CASTELO BRANCO	AV JOAO DE ARAUJO LIMA, 1631 – JOSE WALTER	(85) 3433-4918
V	JURANDIR PICANÇO	RUA DUAS NAÇÕES S/N – GRANJA PORTUGAL	(85) 3452-2480
V	LUCIANO TORRES DE MELO	RUA DELTA, 365 – VILA MANOEL SATIRO	(85) 3433-4922
V	LUIZA TÁVORA	TRAVESSA SAO JOSE, 940 – MONDUBIM	(85) 3433-4916
V	MACIEL DE BRITO	RUA 602, 2 – CONJUNTO CEARA	(85) 3452-2486
V	PARQUE SÃO JOSÉ	RUA DESEMBARGADOR FROTA, S/N – PARQUE SÃO	(85) 3483-5451

		JOSÉ	
V	PEDRO CELESTINO	RUA GASTAO JUSTA, 215 – MARAPONGA	(85) 3433-4915
V	PEDRO UCHOA	RUA DAS CEREJEIRAS, S/N – PRESIDENTE VARGAS	CONTATO TELEFÔNICO NÃO DISPONÍVEL
V	PONTES NETO	RUA 541, 150 – CONJUNTO CEARA	(85) 3259-5414
V	REGINA MARIA SEVERINO	RUA ITATIAIA, 889 – CANINDEZINHO	(85) 3433.5289
V	RÉGIS JUCÁ	AV. PREF. EVANDRO AYRES DE MOURA, 618 – ARVOREDO	(85) 2180-7068
V	RITA MARIA LEMOS COELHO	RUA GECI FREITAS MONTEIRO, EM FRENTE AO NÚMERO 67 – PARQUE SANTA ROSA	CONTATO TELEFÔNICO NÃO DISPONÍVEL
V	RONALDO ALBUQUERQUE	AVENIDA I, S/N – GENIBAU	(85) 3459-1741
V	JOSE DILSON	AV LUIS MONTENEGRO, 485 – SIQUEIRA	(85) 3105-3342
V	VIVIANE BENEVIDES	RUA JOAO AREAS, 1296 – VILA MANOEL SATIRO	(85) 3105-3169
V	ZÉLIA CORREIA	RUA ANTONIO PEREIRA, 1495 – PLANALTO AYRTON SENNA	(85) 3452-5125
V	FRANCISCO TAILSON PINHEIRO	RUA SAMARIA, S/N – BOM JARDIM	CONTATO TELEFÔNICO NÃO DISPONÍVEL

V	FERNANDO UCHOA COSTA	AV PAU BRASIL S/N – CIDADE JARDIM	CONTATO TELEFÔNICO NÃO DISPONÍVEL
VI	ACRISIO EUFRASINO	AV. COLETORA CENTRAL III S/N – PEDRAS	(85) 4042-3347
VI	ALARICO LEITE	AVENIDA DOS PAROARAS, 301 – PASSARE	(85) 3452-9369
VI	ANÍSIO TEIXEIRA	RUA GUARANI, 355 – PAUPINA	(85) 3433-5285
VI	CÉSAR CALS DE OLIVEIRA	RUA CAPITAO ARAGAO, 555 – AEROLANDIA	(85) 3472-9069
VI	EDILMAR NORÕES	RUA H, 251 – PARQUE DOIS IRMAOS	(85) 3493-7656
VI	EDMAR FUJITA	AV ALBERTO CRAVEIRO, 4211 – DIAS MACEDO	(85) 3452-5130
VI	EVANDRO AYRES DE MOURA	AV CASTELO DE CASTRO, 2842 – CONJ PALMEIRAS	(85) 3269-7477
VI	FAUSTO FREIRE	RUA ISABEL BEZERRA, 410 – PARQUE SANTA MARIA	(85) 3433-7550
VI	GALBA DE ARAÚJO	AV. PROFESSOR JOSÉ ARTHUR DE CARVALHO, 1351 – LAGOA REDONDA	(85) 3105-1602
VI	HÉLIO GÓES FERREIRA	AV ENG LEAL LIMAVERDE, 453 – SAPIRANGA	(85) 3452-5714
VI	JANGURUSSU	ESTRADA DO ITAPERI, 146 – PASSARÉ	(85) 2180-6705
VI	JANIVAL DE ALMEIDA	RUA COELHO GARCIA, 25 – PASSARÉ	(85) 3105-3095

VI	JOÃO HIPÓLITO	RUA TRES, 88 – DIAS MACEDO	(85) 3105-3200
VI	JOSÉ BARROS DE ALENCAR	RUA JOSE NOGUEIRA, 180 – PEDRAS	(85) 3105-1562
VI	LUÍS FRANKLIN	RUA ALEXANDRE VIEIRA S/N – COAÇU	(85) 3433-5969
VI	MANOEL CARLOS GOUVEIA	RUA DESEMBARGADOR FAUSTINO DE ALBUQUERQUE, 486 – JARDIM DAS OLIVEIRAS	(85) 3452-6092
VI	MÁRCIA MARIA MESQUITA VELOSO	RUA ODILON GUIMARÃES, 1773 – CURIÓ	CONTATO TELEFÔNICO NÃO DISPONÍVEL
VI	MARIA DE LOURDES	R. REINO UNIDO, 115 – JARDIM DAS OLIVEIRAS	(85) 3452-8160
VI	GRASIELA BARROSO	RUA EDESIO MONTEIRO, 1450 – SANTA FÉ	(85) 3472-8821
VI	MARCUS AURÉLIO RABELO	RUA IRACEMA, 1100 – JANGURUSSU	(85) 3472-8490
VI	MATTOS DOURADO	AV DESEMBARGADOR FLORIANO BENEVIDES, 391 – EDSON QUEIROZ	(85) 3105-1564
VI	MELO JABORANDI	RUA 315, 80 – SÃO CRISTOVAO	(85) 3256-8791
VI	LUCIA DE SOUSA BELÉM	RUA CORONEL GUILHERME DE ALENCAR S/N – MESSEJANA	(85) 3474-2637
VI	MONTEIRO DE MORAES	RUA EVILASIO ALMEIDA DE MIRANDA S/N – SAPIRANGA	(85) 3452-6091

VI	OSMAR VIANA	AVENIDA CHIQUINHA GONZAGA S/N – JANGURUSSU	(85) 3269-7827
VI	OTONI CARDOSO DO VALE	RUA JOSE TEIXEIRA COSTA, 643 – PAUPINA	(85) 3274-8591
VI	PADRE ALBERTO TROMBINI	AV. DEPUTADO PAULINO ROCHA, S/N – CAJAZEIRAS	CONTATO TELEFÔNICO NÃO DISPONÍVEL
VI	PEDRO SAMPAIO	RUA IRACEMA, 1516 – CONJUNTO PALMEIRAS	(85) 3105-1767
VI	POMPEU VASCONCELOS	RUA 5, S/N – BARROSO	(85) 3269-8142
VI	SÍTIO SÃO JOÃO	RUA VERDE CINCO, 71 – JANGURUSSU	(85) 3105-1765
VI	TEREZINHA PARENTE	RUA NELSON COELHO, 209 – LAGOA REDONDA	(85) 3488-3288
VI	VICENTINA CAMPOS	RUA B, 145 – PARQUE DOIS IRMAOS	(85) 3493-4732
VI	WALDO PESSOA	RUA CAPITAO HUGO BEZERRA, 75 – BARROSO	(85) 98916-1682
VI	DR. SERGIO GOMES DE MATOS	RUA ROUXINOL, S/N – EDSON QUEIROZ	CONTATO TELEFÔNICO NÃO DISPONÍVEL
VI	JOSAFÁ GOMES DA SILVA	RUA NOSSA SENHORA DE FATIMA, 555 – SÃO BERNARDO	CONTATO TELEFÔNICO NÃO DISPONÍVEL

APÊNCIDE B – UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE QUE POSSUEM BACILOSCOPIA E ATENDIMENTO AMBULATORIAL, ABRIL 2025

CORES	UAPS	ENDEREÇO	TELEFONE	SERVIÇO FORNECIDO
I	CARLOS RIBEIRO	RUA JACINTO MATOS, 944 – JACARECANGA	(85) 3452-6373	BACILOSCOPIA
II	PIO XII	RUA BELISARIO TAVORA, 41 – SÃO JOÃO DO TAUAPE	(85) 3452-1896	BACILOSCOPIA
III	CICERA CARLA	RUA JULIO BRAGA, S/N – JOÃO XXIII	(85) 3488-3258	BACILOSCOPIA
IV	LUIS COSTA	RUA MARECHAL DEODORO, 1501 - BENFICA	(85) 3131-7677	BACILOSCOPIA
V	JOSÉ PARACAMPOS	RUA ALFREDO MAMEDE, 250 – PLANALTO AYRTON SENNA	(85) 3223-0806	BACILOSCOPIA
V	FERNANDO DIÓGENES	RUA TEODORO DE CASTRO, 1087 – GRANJA PORTUGAL	(85) 3488-3240	BACILOSCOPIA
VI	EDMAR FUJITA	AV ALBERTO CRAVEIRO, 4211 – CONJ. PALMEIRAS	(85) 3452-5130	BACILOSCOPIA
VI	HÉLIO GÓES FERREIRA	AV ENG LEAL LIMAVERDE, 453 – SAPIRANGA	(85) 3452-5714	AMBULATÓRIO DE HANSENÍASE[2] BACILOSCOPIA

[2] O Ambulatório de Hanseníase funciona as terças-feiras no turno da manhã, na UAPS Hélio Goes. São ofertados serviços de atendimento de pessoas com suspeita ou diagnosticadas com Hanseníase, avaliação de contatos, Avaliação Neurológica Simplificada (ANS), raspado dérmico, vacina BCG, biópsia de pele e pesquisa de resistência antimicrobiana.

APÊNCIDE C – REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: SERVIÇOS DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO EM HANSÉNIASE, POLICLÍNICAS E CAPS, ABRIL 2025

CENTRO DE REFERÊNCIA EM HANSENÍASE			
CORES	**SERVIÇO**	**ENDEREÇO**	**TELEFONE**
I	CENTRO DE DERMATOLOGIA DONA LIBANIA	RUA PEDRO I, 1033 – CENTRO	(85) 3101-5452
III	HOSPITAL UNIVERSITARIO WALTER CANTIDIO	RUA PASTOR SAMUEL MUNGUBA, 1290 – RODOLFO TEÓFILO	(85) 3366-8167
III	HOSPITAL SÃO JOSE DE DOENÇAS INFECCIOSAS	RUA NESTOR BARBOSA, 315 – PARQUELÂNDIA	(85) 3194-6208
ATENDIMENTO AMBULATORIAL ESPECIALIZADO			
CORES	**SERVIÇO**	**ENDEREÇO**	**FUNCIONAMENTO**
III	LUSMAR VERAS RODRIGUES	AV CARNEIRO DE MENDONÇA, 1583 – JOQUEI CLUB	SEG A SEX DAS 07H ÀS 19H
V	DR. JOSÉ ELOY DA COSTA FILHO	AV AUGUSTO DOS ANJOS, 2466 - BONSUCESSO	SEG A SEX DAS 07H ÀS 19H
VI	DR. LUIZ CARLOS FONTENELE	AV JUSCELINO KUBISTCHEK, 5491 - PASSARÉ	SEG A SEX DAS 07H ÀS 19H
VI	DR. JOÃO POMPEU LOPES RANDAL	RUA ESTRADA DO ITAPERI, 146 - PASSARÉ	SEG A SEX DAS 07H ÀS 17H
REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL			

CORES	SERVIÇO	ENDEREÇO	TELEFONE
I	CAPS AD DR. AIRTON MONTE (24H)	AV MONSENHOR HÉLIO CAMPUS, 1494 – CRISTO REDENTOR	(85) 3433-9513
I	CAPS GERAL NICE DA SILVEIRA	RUA SOARES BULCÃO, 1494 – SÃO GERARDO	(85) 3105-1119
I	RESIDÊNCIA TERAPEUTICA I	RUA ERETIDES MARTINS, 1516 – VILA ELLERY	(85) 3452-1960
I	RESIDÊNCIA TERAPEUTICA MÁRIO CLEITON MARÇAL	AV PRESIDENTE CASTELO BRANCO, 6283 – BARRA DO CEARÁ	(85) 3237-4760
I	HOSPITAL INFANTIL FILANTRÓPICO SOPAI	AV FRANCISCO SÁ, 5036 – CARLITO PAMPLONA	(85) 4005-0707
II	CAPS GERAL DR. NILSON DE MOURA FÉ	RUA MAESTRO SILVA NOVO, 90 – SÃO JOÃO DO TAUAPE	(85) 3105-2632
II	CAPS AD GLAUCO LOBO (24H)	RUA GISELDA, S/N – CIDADE 2000	(85) 3105-1625
II	CAPS AD II CENTRO	RUA DONA LEOPOLDINA, 08 - CENTRO	(85) 3223-6388
II	RESIDÊNCIA TERAPEUTICA II	RUA DOUTOR JOSÉ LOURENÇO, 2235 - ALDEOTA	(85) 3101-2590

III	CAPS GERAL PROF. GERARDO DA FROTA PINTO	RUA FRANCISCO PEDRO, 1269 – RODOLFO TEÓFILO	(85) 3105-3451
III	CAPS AD III	RUA BERNARDO FIGUEIREDO, 1991 – AMADEU FURTADO	(85) 3105-3420
III	CAPS INFANTIL NOGUEIRA JUCÁ	RUA PORFIRIO SAMPAIO, 1905 – RODOLFO TEOFILO	(85) 3105-3721
IV	CAPS AD IV	RUA BETEL, 1826 – ITAPERI	(85) 3131-1690
IV	CAPS GERAL IV	AV BORGES DE MELO, 201 – JARDIM AMÉRICA	(85) 3131-1690
V	CAPS AD V	RUA ANTONIO NERY, S/N – GRANJA PORTUGAL	(85) 3105-1023
V	CAPS GERAL BOM JARDIM	RUA BOM JESUS, 940 – BOM JARDIM	(85) 3245-7956
V	RESIDÊNCIA TERAPEUTICA V	RUA EMILIO DE MENEZES, 1245 – BOM SUCESSO	(85) 3497-4885
V	UNIDADE DE ACOLHIMENTO DR. SILAS MUNGUBA	AV D, 400, SEGUNDA ETAPA – JOSÉ WALTER	(85) 3473-7882
V	CAPS INFANTIL	RUA ANTONIO NERY, S/N – GRANJA PORTUGAL	(85) 3105-3721

VI	CAPS AD CASA DA LIBERDADE	RUA MONSENHOR CARNEIRO DA CUNHA, 140 – ENG. LUCIANO CAVALCANTE	(85) 3278-7008
VI	CAPS GERAL	RUA CARLOTA RODRIGUES, 81 – MESSEJANA	(85) 3488-3312
VI	CAPS INFANTIL MA. ILEUDA VERÇOSA	RUA ALBERTO LEAL NUNES, 75 – CIDADE DOS FUNCIONÁRIOS	(85) 3105-1510
VI	UNIDADE DE ACOLHIMENTO POETA MÁRIO GOMES	AV ALBERTO CRAVEIRO, 4211 – DIAS MACEDO	(85) 3278-7008