



Saberes e práticas de Agentes Comunitários de Saúde acerca da hanseníase

Knowledge and practices of Community Health Workers regarding leprosy

Conocimientos y prácticas de Agentes Comunitarios de Salud acerca de la lepra

Wagner Maciel Sarmiento¹, Cícera Renata Diniz Vieira², Bruno Neves da Silva³, Gerlane Cristinne Bertino Veras²

COMO CITAR ESSE ARTIGO:

Sarmiento WM, Vieira CRD, Silva BN, Veras GCB. Saberes e práticas de Agentes Comunitários de Saúde acerca da hanseníase. Hansen Int. 2026;51:e42109. doi: <https://doi.org/10.47878/hi.2026.v.51.42109>

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Wagner Maciel Sarmiento
Prefeitura da Cidade do Recife, Recife,
Pernambuco, Brasil.
E-mail: wagnersarmiento.pcr@gmail.com

EDITOR-CHEFE:

Dejair Caitano do Nascimento¹

EDITORA-ASSISTENTE:

Fabiana Covolo de Souza Santana²

RECEBIDO EM: 26/03/2026

ACEITO EM: 13/07/2026

PUBLICADO EM: 04/08/2026

¹ Prefeitura da Cidade do Recife, Recife, Pernambuco – PE, Brasil. ^{ORCID}

² Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras, Paraíba – PB, Brasil. ^{ORCID}

³ Secretaria do Estado de Saúde Pública do Rio Grande do Norte, Natal, Rio Grande do Norte – RN, Brasil.

RESUMO

Introdução: hanseníase é um grave problema de saúde pública no Brasil. Os Agentes Comunitários de Saúde desempenham papel fundamental no controle da doença na atenção primária, o que justifica a necessidade de investigar sua atuação diária. **Objetivo:** investigar, com base em seus relatos, os saberes e as práticas de Agentes Comunitários de Saúde acerca da hanseníase. **Métodos:** trata-se de um estudo descritivo e qualitativo, realizado com treze agentes em Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e submetidos à Análise de Conteúdo, com o auxílio de um *software* de processamento de texto. **Resultados:** os achados revelaram saberes limitados, com concepções equivocadas



sobre transmissibilidade, letalidade e situação epidemiológica. As práticas restringiram-se principalmente à identificação de lesões cutâneas, ao encaminhamento à unidade de saúde e à supervisão medicamentosa, indicando fragilidades na realização contínua da busca ativa e a presença de atitudes que podem perpetuar o estigma, como o distanciamento físico dos pacientes. **Conclusão:** o conhecimento insuficiente pode repercutir negativamente na prática, pois dificulta a identificação precoce e contribui para a manutenção da cadeia de transmissão. Recomenda-se o investimento em educação permanente para qualificar esses profissionais, mitigar preconceitos e fortalecer o controle da hanseníase nos territórios.

Palavras-chave: *Hanseníase. Agentes Comunitários de Saúde. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Educação Continuada.*

ABSTRACT

Introduction: leprosy remains a serious public health problem in Brazil. Community Health Workers play an important role in leprosy control within Primary Health Care, which justifies investigating their daily practices. **Objective:** to investigate the knowledge and practices of Community Health Workers regarding leprosy based on their reports. **Methods:** this descriptive qualitative study was conducted with thirteen workers in Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brazil. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed using Content Analysis, supported by textual analysis software. **Results:** the findings revealed limited knowledge, including misconceptions about disease transmission, lethality, and the epidemiological situation of leprosy. The reported practices were mainly restricted to identifying skin lesions, referring users to the health unit, and supervising medication use, indicating weakness in the continuous implementation of active case finding, as well as attitudes that may perpetuate stigma, such as maintaining physical distance from people affected by leprosy. **Conclusion:** insufficient knowledge may negatively affect professional practice by hindering early case identification and contributing to the maintenance of the transmission chain. Investment in continuing health education is recommended to strengthen these professionals' competencies, reduce stigma, and improve leprosy control in the territories.

Keywords: *Leprosy. Community Health Workers. Health Knowledge, Attitudes, Practice. Primary Health Care. Education, Continuing.*

RESUMEN

Introducción: la lepra constituye un grave problema de salud pública en Brasil. Los Agentes Comunitarios de Salud desempeñan un papel fundamental en

el control de la enfermedad en la Atención Primaria de Salud, lo que justifica investigar su práctica cotidiana. **Objetivo:** investigar los conocimientos y las prácticas de los Agentes Comunitarios de Salud sobre la lepra, a partir de sus relatos. **Métodos:** se trata de un estudio descriptivo de enfoque cualitativo, realizado con trece agentes en Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil. Los datos se recolectaron mediante entrevistas semiestructuradas y se analizaron mediante el Análisis de Contenido, con el apoyo de un *software* de análisis textual. **Resultados:** los hallazgos revelaron conocimientos limitados, con conceptos erróneos sobre la transmisión, la letalidad y la situación epidemiológica de la lepra. Las prácticas se limitaron principalmente a la identificación de lesiones cutáneas, la derivación de los usuarios a la unidad de salud y la supervisión del uso de medicamentos, lo que pone de manifiesto debilidades en la realización continua de la búsqueda activa de casos, así como actitudes que pueden perpetuar el estigma, como el distanciamiento físico de las personas afectadas por la lepra. **Conclusión:** el conocimiento insuficiente puede repercutir negativamente en la práctica profesional, ya que dificulta la detección precoz de los casos y contribuye al mantenimiento de la cadena de transmisión. Se recomienda invertir en educación permanente en salud para fortalecer las competencias de estos profesionales, reducir el estigma y fortalecer el control de la lepra en los territorios.

Palabras clave: *Lepra. Agentes Comunitarios de Salud. Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud. Atención Primaria de Salud. Educación Continua.*

INTRODUÇÃO

A hanseníase é caracterizada como uma doença crônica e de natureza infectocontagiosa, que tem como agente etiológico o *Mycobacterium leprae*. Sua expressão clínica ocorre, primordialmente, por danos dermatoneurológicos. A transmissão do bacilo se processa pelo trato respiratório superior, sendo propagada por indivíduos com formas multibacilares da doença que ainda não foram submetidos à poliquimioterapia (PQT)¹.

Atinge predominantemente populações em situação de maior vulnerabilidade social, sendo reconhecida como uma doença negligenciada e um importante desafio para a saúde pública brasileira, principalmente em razão da alta incidência e prevalência no país, além das condições estigmatizantes que ainda persistem em relação à doença².

Apesar dos avanços no desenvolvimento de várias medidas destinadas ao controle e à eliminação da hanseníase no mundo, como as estratégias globais, e no Brasil, como a Estratégia Nacional para Enfrentamento da Hanseníase 2019-2022, os indicadores de casos novos da doença ainda se apresentam altos, prin-

principalmente na Índia, no Brasil e na Indonésia, que, juntos, são responsáveis pela maior parte dos recém-diagnosticados, sendo o Brasil o segundo colocado em número de casos novos e responsável por 92% do total registrado nas Américas^{3,4}.

Em 2024, foram registrados no Brasil 28.129 casos novos de hanseníase, correspondendo a uma taxa de detecção de 13,6 por 100.000 habitantes, o que caracteriza uma situação de alta endemicidade⁵.

No estado de Pernambuco (PE), observa-se tendência semelhante. Entre 2011 e 2021, foram notificados 25.008 casos novos, com coeficiente médio anual de 16,51 por 100.000 habitantes. Além disso, aproximadamente 72,4% dos municípios pernambucanos apresentaram ao menos um caso em menores de 15 anos, evidenciando a persistência da transmissão ativa⁶.

Embora os dados empíricos deste estudo tenham sido coletados em 2020, a apresentação de indicadores epidemiológicos recentes justifica-se pela necessidade de contextualizar a persistência do cenário de alta endemicidade e a contemporaneidade do debate sobre os desafios na Atenção Primária à Saúde (APS).

Diante dos entraves existentes no controle da hanseníase, ressalta-se a importância do desenvolvimento de ações efetivas no território pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), importantes mediadores entre a comunidade e a equipe da APS, tais como a realização de visitas na comunidade para a busca ativa de casos novos, acompanhamento das pessoas em tratamento ou já tratadas e seus contatos, educação em saúde, dentre outras ações⁷.

Nessa perspectiva, torna-se fundamental que os ACS estejam devidamente qualificados por meio da Educação Permanente em Saúde (EPS), a fim de garantir uma atuação efetiva e eficaz no controle da hanseníase, contribuindo, assim, para a melhoria da saúde pública no Brasil.

Desse modo, considera-se que o conhecimento, aliado à prática adequada, pode subsidiar o fortalecimento das ações de prevenção e controle da hanseníase, sobretudo no âmbito da APS, o que evidencia a relevância social do presente estudo. Diante disso, este estudo objetivou investigar os saberes e as práticas de um grupo de ACS acerca da hanseníase, a partir de seus relatos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com 13 ACS vinculados às equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Jaboatão dos Guararapes, PE, Brasil.

A seleção dos colaboradores obedeceu aos requisitos de inclusão: possuir tempo de atuação na ESF superior a seis meses e encontrar-se em pleno exercício das atividades laborais na fase de coleta de dados. Utilizou-se a amostragem por conveniência, com abordagem presencial para o recrutamento. Reconhe-

ce-se que essa estratégia pode ter restringido a diversidade de experiências contempladas, uma vez que favorece a participação de profissionais disponíveis e acessíveis no período da coleta; por esse motivo, os achados foram interpretados de forma contextualizada, sem pretensão de generalização.

A coleta de dados ocorreu entre agosto e setembro de 2020. Para a obtenção dos dados, empregaram-se entrevistas gravadas, orientadas por um roteiro semiestruturado. As entrevistas foram conduzidas pelo pesquisador principal, enfermeiro e integrante da equipe de pesquisa, previamente orientados quanto aos procedimentos de coleta em estudos qualitativos. Não havia relação assistencial, hierárquica ou de supervisão direta entre o entrevistador e os participantes.

O pesquisador principal estabeleceu o contato inicial com os ACS para esclarecer o escopo da investigação e formalizar o convite; após o aceite, foram definidos local e horário para o encontro, sendo este o único momento de interação prévia entre os envolvidos.

O roteiro de entrevista semiestruturada foi composto por questões relacionadas à caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes, bem como por perguntas norteadoras referentes aos conhecimentos e às práticas desenvolvidas pelos ACS em relação à hanseníase. Entre as questões utilizadas, destacam-se: "Como você compreende a hanseníase e o que você sabe sobre a doença?"; "Como você avalia seu conhecimento acerca da hanseníase?"; "Quais ações você realiza voltadas à hanseníase?"; e "Como ocorre o acompanhamento desses usuários em sua área de atuação?".

As entrevistas foram realizadas nas Unidades de Saúde da Família onde os ACS estão vinculados, em ambiente reservado que garantisse o sigilo e a ausência de interrupções. Cada sessão durou, em média, 26 minutos. O encerramento das entrevistas foi determinado pelo critério de saturação teórica, considerando-se a recorrência dos sentidos presentes nos relatos e a ausência de novos elementos relevantes para a composição das categorias temáticas nas entrevistas finais.

As informações foram agrupadas em categorias temáticas, seguindo o método de Análise de Conteúdo (AC) proposto por Laurence Bardin⁸. *A priori*, foi realizada a pré-análise a partir da leitura flutuante e da formação do *corpus* textual.

A fase de exploração do material aconteceu de maneira informatizada, cujos dados foram transcritos, organizados e processados com o auxílio do *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ®)⁹ para fins de organização e leitura exploratória do *corpus* textual, sem substituir a análise interpretativa dos pesquisadores. Posteriormente, procedeu-se à categorização analítica manual dos relatos. Assim, construíram-se as categorias temáticas.

As categorias temáticas foram revisadas e discutidas entre os pesquisadores, a fim de favorecer maior consistência interpretativa e reduzir possíveis

vieses individuais na análise dos relatos. Divergências foram debatidas até a obtenção de consenso quanto à composição final das categorias.

Posteriormente, foram realizadas inferências e interpretações, o que constitui a terceira fase da análise de conteúdo. Ressalta-se que o anonimato dos participantes foi assegurado pela codificação das narrativas por meio da sigla “ACS”, enumerada conforme a cronologia das entrevistas (ACS 1, ACS 2, e assim sucessivamente). Os excertos das falas foram transcritos literalmente, preservando as características da oralidade dos participantes.

A redação deste manuscrito foi guiada pela diretriz *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ)*¹⁰, que foi elaborada para permitir a produção de relatórios compreensíveis e abrangentes de estudos qualitativos.

Ressalta-se que o estudo obedeceu aos preceitos dispostos na Resolução 466/2012 e 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde^{11,12}, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Tiradentes de Jaboatão dos Guararapes, sob parecer de número 4.214.749.

RESULTADOS

A caracterização sociodemográfica e profissional dos treze ACS participantes deste estudo está detalhada na Tabela 1. Entre os participantes, identificaram-se dez ACS do gênero feminino, sete profissionais autodeclarados pardos, oito com ensino médio completo e onze com mais de 11 anos de atuação no serviço. Destaca-se também que seis profissionais não residem na área em que atuam e oito informaram não ter participado de cursos de capacitação voltados à hanseníase. Ademais, ressalta-se que nenhum dos profissionais acompanhava usuários diagnosticados com a doença no momento da entrevista.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e profissional dos agentes comunitários de saúde participantes do estudo. Jaboatão dos Guararapes (PE), 2020.

Variáveis	n
Gênero	
Feminino	10
Masculino	3
Faixa Etária	
30 a 40 anos	6
41 a 50 anos	5
Mais de 50 anos	2
Cor/Raça	
Parda	7
Branca	6

Variáveis	n
Escolaridade	
Ensino Médio Completo	8
Ensino Superior Completo	4
Ensino Fundamental Completo	1
Tempo de Serviço como ACS	
01 a 10 anos	1
11 a 15 anos	11
Mais de 15 anos	1
Mora na área em que atua	
Sim	7
Não	6
Participou de cursos de capacitação	
Não	8
Sim	5
Acompanha usuário com hanseníase atualmente	
Não	13
Sim	0
Total	13

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

A partir da análise detalhada do *corpus* extraído das entrevistas com os ACS, emergiram duas categorias temáticas centrais: 'Saberes dos ACS acerca da hanseníase' e 'Práticas dos ACS direcionadas à hanseníase', apresentadas a seguir.

Categoria 1 – Saberes dos ACS acerca da hanseníase

Constata-se, de acordo com os relatos abaixo, que os ACS compreendem a hanseníase como uma doença contagiosa, que apresenta sinais e sintomas dermatoneurológicos e pode causar incapacidades, deficiências físicas e óbito da pessoa acometida, apesar de haver tratamento.

"Eu sei que é a antiga lepra, que se deixar, pode chegar até a face de leão. Não sei se chega a causar a morte, mas eu creio que sim, porque tudo que não é cuidado pode levar à morte. Aparece como uma mancha insensível, que evolui até para perda dos movimentos" (ACS 02).

"É uma doença contagiosa, que, se não for tratada, pode atrofiar alguns membros. Ela acomete principalmente os nervos dos pés e mãos, que são extremidades, e pode até chegar a matar o paciente" (ACS 03).

"A hanseníase é uma disfunção da pele, através de uma mancha que inicia e vai proliferando. Se não tomar os cuidados, fazer o acompanhamento e iniciar a medicação, pode até matar a pessoa. É uma doença muito grave" (ACS 09).

"A hanseníase começa com manchas e pode, geralmente, passar para outras pessoas, para amigos, para familiares. É uma doença superperigosa; se não houver os devidos cuidados, pode haver perda de membros" (ACS 13).

Percebe-se, também, que os ACS apresentam conhecimento equivocado sobre a forma de transmissão da hanseníase, ao referirem o contato pele a pele como principal via de infecção, embora mencionem a transmissão por vias aéreas, comparando-a com a tuberculose, como observado nas falas a seguir:

"A transmissão é pele a pele, é pelo contato. Se a pessoa for contaminada, abraçar, botar a mão, ter acesso ao corpo da pessoa com hanseníase, pega" (ACS 06).

"A transmissão acontece através do ato sexual. De forma geral, é transmitida sexualmente, no contato físico de beijos. Acredito que a higiene também tem relevância, porque, se você está infectado e coça a lesão, fere e outra pessoa está com ferimento e é tocada, acredito que ali pode sim haver contaminação pelo contato de ferimento para ferimento" (ACS 08).

"Ela é muito parecida com a tuberculose. Também é transmitida pelo espirro, pelo contato de pessoas, podemos dizer assim, em termos de contato próximo. Sabemos que a higiene faz parte, mas é esse contato físico próximo um do outro que transmite" (ACS 13).

Ademais, os ACS não reconhecem a hanseníase como uma doença prevalente no território, conforme ressaltam as falas a seguir:

"A hanseníase é uma doença comum, mas não é tão populosa. Pelo menos aqui na unidade, ela não tem tanta visibilidade. Acho que faz uns seis anos que eu tive um paciente de hanseníase" (ACS 03).

"Faz mais de 10 anos que eu acompanhei um paciente com hanseníase. Hoje, na minha área, não há nenhum caso; pode até ter ocorrido na área das colegas, mas na minha não tem nenhum. Hanseníase, hoje em dia, não tem mais" (ACS 07).

"Eu não acho que a hanseníase seja uma doença prevalente. Aparece, mas não é como diabetes, hipertensão ou câncer; é uma pessoa ou outra que tem hanseníase. Durante esses mais de 10 anos que trabalho como ACS, se convivi com uma ou duas pessoas com hanseníase, foi muito" (ACS 09).

Quando questionados sobre como avaliam seus saberes acerca da hanseníase, os ACS relatam possuir conhecimento frágil e atribuem o déficit à falta de cursos sobre a temática e/ou à pouca experiência prática com a doença, a ponto de não se sentirem capacitados para atuar, como apontam as declarações abaixo:

"Não me sinto preparada para atuar com hanseníase, porque não tive treinamento. Se fosse algo mais corriqueiro, talvez eu me portasse como deveria ser. Em 12 anos trabalhando como ACS, eu só tive uma pessoa com hanseníase" (ACS 02).

"No tema hanseníase, preciso melhorar muito o meu conhecimento. Passamos por um ou dois treinamentos, mas esse assunto não é nosso foco, não é nossa rotina. Tentamos focar e aperfeiçoar aquilo que é mais rotineiro: diabéticos, pressão alta, obesidade e outras condições" (ACS 09).

"Meu conhecimento sobre hanseníase, de zero a dez, eu classifico como cinco, um conhecimento médio. Tivemos capacitação há anos, mas não lembro mais, porque não usamos no dia a dia. Nosso cotidiano é gestante, hipertenso, diabético; doenças mais distantes como hanseníase não lidamos com frequência, embora seja grave" (ACS 10).

"Eu não me sinto preparada porque considero meu conhecimento insuficiente. De um a dez, eu daria nota dois. Cursos sobre hanseníase são raros; as colegas mais antigas tiveram há muito tempo, mas, durante meus três anos como ACS, nunca participei de nenhum curso sobre hanseníase" (ACS 12).

Categoria 2 – Práticas dos ACS direcionadas à hanseníase

Acredita-se que a qualificação é fundamental para o desenvolvimento da prática, pois a falta de conhecimento pode levar a atitudes equivocadas e práticas inadequadas, como percebido nos relatos dos entrevistados diante de situações envolvendo pacientes com hanseníase.

"Eu acho que nós temos que ter uma certa distância, ter cuidado para não tocar nas coisas, e eu não tinha esse cuidado durante a visita que fiz ao paciente com hanseníase" (ACS 02).

"Quando a médica falou que era hanseníase, eu disse a ela: olhe, a primeira coisa que você vai fazer, se tiver criança em casa, é restringir, porque ela cuidava de dois netos. Então eu disse: tente ao máximo não fazer com que as crianças fiquem tão próximas de você. Como ela era evangélica, não precisava orientar para parar de beber ou comer comida de porco, que tinha alguma coisa remosa" (ACS 03).

"Geralmente, na visita domiciliar ao paciente com hanseníase, eu não fico muito perto do paciente, mas de forma que ele não consiga notar. Eu acho que não é bom tomar água lá" (ACS 04).

Os ACS referem, como principal atividade desenvolvida, o encaminhamento para consulta com profissional de saúde após identificarem manchas no corpo dos usuários, como explicitado nas falas a seguir:

"Se eu vejo uma pessoa na minha área que tem uma mancha, eu peço para ela procurar um dermatologista" (ACS 03).

"Geralmente, a prática do ACS é identificar. Quando identifico qualquer mancha de pele, encaminho a pessoa para o posto, para passar pelo médico, para ser encaminhado para o dermatologista, porque embora o médico já conheça, às vezes é caso até de dermatologista" (ACS 06).

"Quando é detectada alguma mancha, o ACS solicita que a pessoa venha para consulta na unidade de saúde, para passar pelo enfermeiro para ver o melhor diagnóstico, ou já conversa diretamente com a médica e agenda a consulta. Se a médica fechar o diagnóstico, nós encaminhamos para acompanhamento e tratamento" (ACS 08).

"O ACS trabalha na orientação e identificação das manchas. Assim que temos a noção de que pode ser hanseníase, uma mancha sem sensibilidade, eu já encaminho para o posto, para que seja feito o teste de sensibilidade, dar o diagnóstico melhor e iniciar o tratamento" (ACS 11).

Ademais, os participantes relatam que, após o diagnóstico confirmado, a principal atividade que desenvolvem é a visita domiciliar para verificar a tomada de medicação, como mostram os relatos a seguir:

"Eu acompanhei minha paciente de hanseníase por dois anos, que foi o período do tratamento. Eu ia duas vezes por mês à casa dela, todos os meses, até ela concluir o tratamento, para ver se estava tomando a medicação certinha" (ACS 03).

"O ACS tem que ir uma vez por mês à casa do paciente, para saber se realmente ele está fazendo o tratamento. A gente fica acompanhando nesse sentido. A gente fica orientando até terminar o tratamento" (ACS 05).

"O acompanhamento do paciente com hanseníase é feito até a conclusão do tratamento. Regra seria que o ACS tivesse na casa dele, como ele está no nosso cadastro então é uma visita que, necessariamente, eu faço pelo menos em torno de uma ou duas vezes toda semana e a gente entra com essa parte básica de orientação, mas que reforça, porque ela já escutou lá do médico" (ACS 08).

"Nós temos que observar o paciente tomando a medicação em casa, acompanhando justamente para ter a certeza de que ele está se medicando de uma forma correta. Eu ia lá de manhã, acompanhava, ficava olhando ele tomar a medicação até terminar o tratamento" (ACS 11).

Os ACS também mencionaram a atividade do Programa Saúde na Escola (PSE) como prática voltada para a hanseníase:

"Como prática sobre hanseníase, também fazemos trabalho nas escolas, vamos em busca das crianças que possivelmente tenham hanseníase, crianças que têm a mancha, qualquer tipo de mancha no rosto ou no corpo" (ACS 01).

"A prática que desenvolvo em relação à hanseníase ocorre quando a equipe vai às escolas. Na escola nós fazemos um trabalho de olhar as crianças junto com toda a equipe" (ACS 04).

"Anualmente, sempre realizamos atividades nas escolas com todas as crianças, identificando manchas fazendo identificação de manchas nas crianças é uma ação da unidade junto com o PSE. O PSE é uma ação ótima, vale a pena, porque nós já tivemos casos comprovados" (ACS 11).

DISCUSSÃO

Os resultados acerca do perfil sociodemográfico e profissional dos ACS assemelham-se aos resultados de outros estudos^{13,14}.

O perfil observado entre os ACS participantes permite refletir sobre a ação da interseccionalidade, ao articular gênero, raça e classe social na conformação dessa categoria profissional, bem como a influência da associação histórica entre o cuidado e a figura feminina, cujo processo de criação do cargo resultou na predominância de mulheres, majoritariamente negras, na linha de frente do programa¹⁵.

A legislação brasileira estabelece como critério para o exercício da função dos ACS a obrigatoriedade de residir na área da comunidade em que atua desde a data de publicação do edital do processo seletivo público¹⁶.

Entretanto, os achados deste estudo revelam que parte dos ACS participantes já não reside na área em que desempenha suas atividades, o que pode indicar fragilização do vínculo territorial previsto para essa função. Contudo, não é possível afirmar descumprimento legal individual sem análise das situações administrativas posteriores ao ingresso no cargo, como mudanças autorizadas de lotação, reorganização territorial ou outras particularidades institucionais.

Tal situação é particularmente relevante, uma vez que a convivência cotidiana com as famílias do território coloca os ACS em contato com realidades sociais e familiares complexas, muitas vezes não percebidas pelos demais profissionais da equipe de saúde¹⁷.

Observou-se que apesar de possuírem longo tempo de atuação na comunidade, os participantes desta pesquisa apresentaram baixo histórico de acompanhamento de usuários com hanseníase, o que pode indicar fragilidades no reconhecimento e no manejo da doença no território.

No que se refere à compreensão da doença, o aparecimento de manchas na pele e o comprometimento de nervos foram apontados pelos entrevistados como as principais manifestações clínicas da hanseníase. Tais características também foram identificadas em pesquisas de natureza semelhante^{13,14,18}.

A hanseníase é uma doença infecciosa granulomatosa crônica, cujas manifestações clínicas ocorrem principalmente pelo aparecimento de manchas na pele e comprometimento de nervos, podendo ser classificada operacionalmente em paucibacilar (PB) ou multibacilar (MB). O agente etiológico possui alta capacidade imunogênica e corresponde à única espécie de micobactéria capaz de infectar nervos periféricos, geralmente nos olhos, mãos e pés, o que confere à doença um elevado poder incapacitante¹.

Todavia, apesar do alto potencial de causar deficiências físicas e incapacidades, de modo geral, a hanseníase não é considerada uma doença de alta letalidade, como apontam os relatos dos ACS desta pesquisa. Ainda assim, apresenta um número considerável de óbitos dentro do grupo das Doenças Tropicais Negligenciadas (DTNs)¹⁹, o que representa uma causa de morte também negligenciada, pois tal desfecho sugere falhas na prática e no manejo da doença, haja vista que ela possui tratamento e é passível de cura.

No que se refere à transmissão, os participantes desta pesquisa destacaram o contato pele a pele como a principal forma de adquirir a doença, embora tenham mencionado, de maneira frágil, a transmissão por meio das vias aéreas. Essa compreensão pode estar relacionada à visibilidade das manifestações cutâneas da hanseníase, como manchas e alterações dermatoneurológicas, que podem levar à associação equivocada entre lesão de pele e contágio direto.

Ademais, a percepção de que a transmissão ocorre por meio do ato sexual, presente nos resultados, indica fragilidade importante no conhecimento sobre o modo de transmissão da hanseníase, cujas concepções equivocadas podem repercutir na prática profissional e na reprodução de condutas estigmatizantes.

O entendimento incorreto de que a hanseníase pode ser transmitida pelo toque, beijo, relação sexual ou compartilhamento de objetos pessoais também foi referido por ACS participantes de um estudo realizado no município do Crato, Ceará²⁰. Mesmo em estudos nos quais os ACS apresentaram, de modo geral, conhecimento satisfatório sobre a hanseníase, observaram-se avaliações negativas e dúvidas quanto à transmissão²¹.

As rotas de transmissão da hanseníase não são perfeitamente compreendidas²², todavia, há evidências de que a transmissão ocorra predominantemente pela exposição às secreções respiratórias de pacientes MB, especialmente quando há contato próximo e prolongado³, como em contatos sociais e no ambiente domiciliar.

Ressalta-se que os participantes deste estudo não referiram à classificação operacional da doença, o que sugere fragilidades no conhecimento acerca desse aspecto. No entanto, é importante que os ACS saibam diferenciar os casos MB dos PB, pois, segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase, embora o tratamento com PQT seja indicado para ambos, a duração da terapêutica difere entre os grupos²³.

Ademais, a situação epidemiológica da hanseníase relatada pelos ACS não corresponde à realidade, uma vez que em 2020, ano de realização da pesquisa, Jaboatão dos Guararapes, PE, notificou 294 pessoas com hanseníase e apresentou coeficiente anual de 41,86 casos novos por 100 mil habitantes, atribuindo ao município um caráter hiperendêmico para a doença^{24,25}.

O fato de os entrevistados declararem ter acompanhado baixo número de pessoas com a doença, mesmo atuando como ACS há longo período, e de associarem a hanseníase a uma condição rara ou de baixa prevalência, pode sugerir fragilidades no conhecimento sobre a situação epidemiológica local. Além disso, esse achado levanta a hipótese de dificuldades na identificação de casos novos pela APS, especialmente em territórios com histórico de endemicidade.

Ponto que merece destaque é o fato de que aspectos relacionados ao preconceito e ao estigma, apontados por participantes de outros estudos^{13,18}, não foram nomeados diretamente pelos participantes desta pesquisa, embora suas falas tenham revelado condutas atravessadas por medo, distanciamento físico e orientações restritivas. Essa aparente contradição sugere que o estigma pode se manifestar não apenas em discursos explícitos, mas também em práticas cotidianas naturalizadas, sustentadas por conhecimentos incompletos ou equivocados sobre a transmissão da doença.

Broch et al.²⁶ consideram que os saberes dos ACS são formados a partir de sua rede de conhecimento formal e informal, os quais são acionados em suas ações e permeiam seu trabalho, sobretudo nas atividades de educação em saúde. No entanto, quando os profissionais incorporam representações preconcebidas equivocadas à sua prática, podem gerar repercussões negativas, como evidenciado em relatos deste estudo, nos quais participantes mencionaram orientar o afastamento ou evitar aproximar-se do usuário com hanseníase.

Tais práticas reforçam e perpetuam o estigma associado à doença e podem estar relacionadas a fragilidades na formação, bem como à ausência de práticas de educação permanente fundamentadas em metodologias de aprendizagem significativa²⁷. Por isso, é fundamental investir na EPS dos ACS, considerando seu papel estratégico no compartilhamento de informações à comunidade e, portanto, no enfrentamento de preconceitos, o qual ainda constitui um importante desafio²⁸.

Os entrevistados desta pesquisa reconhecem que não se sentem preparados para atuar frente à hanseníase e atribuem esse déficit à falta de cursos de capacitação ofertados pela gestão municipal, bem como ao fato de priorizarem outras condições pertinentes à APS, ao invés da hanseníase, por considerá-las mais frequentes, reforçando, mais uma vez, o caráter negligenciado da doença.

Dificuldades na prática em virtude de déficit de conhecimento sobre a hanseníase também são percebidas na literatura. Em um estudo realizado no

município de Sobral, Ceará, percebeu-se que os ACS apresentam dúvidas sobre o manejo da doença, especialmente quanto ao diagnóstico e tratamento²⁸.

Estudos apontam que os ACS reconhecem a visita domiciliar (VD) como uma prática central nas ações de vigilância e cuidado à hanseníase. Também reconhecem como suas atribuições a identificação de casos suspeitos e o encaminhamento para a unidade de saúde, o acompanhamento de pessoas em tratamento, a supervisão da tomada de medicação, as ações de educação em saúde, a busca ativa de contatos e o encaminhamento destes para medidas de imunoprofilaxia^{13,20}.

Os entrevistados do estudo em tela destacaram a VD como uma de suas principais práticas. De acordo com a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017²⁹, essa atividade constitui atribuição do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e deve ser realizada de acordo com a periodicidade definida no planejamento da equipe, respeitando-se as especificidades de cada indivíduo.

O adequado planejamento das VDs é fundamental para qualificar a abordagem do ACS e assegurar que o acompanhamento ocorra em intervalos compatíveis com as reais necessidades dos usuários, especialmente em situações que demandam monitoramento sistemático e intensivo³⁰, entretanto, percebeu-se que os entrevistados relataram a necessidade de visitar pessoas em tratamento da hanseníase diversas vezes por semana para verificar a ingestão da medicação, sem apontar outras situações que justificassem o aumento na frequência do número de visitas, como abandono ou difícil adesão ao tratamento.

Os relatos indicam que, para os participantes, o acompanhamento da pessoa com hanseníase está associado principalmente ao período de tratamento medicamentoso. Porém, medidas de prevenção, reabilitação e monitoramento periódico pós-alta são imprescindíveis, pois a probabilidade cumulativa de progressão do grau de deficiências físicas, mesmo em pessoas tratadas e curadas para hanseníase, aumenta com o passar dos anos, independentemente da faixa etária ou classificação operacional da doença, principalmente em pessoas que apresentam reações hansênicas ou outras queixas clínicas durante o tratamento PQT³¹.

Ressalta-se que a busca ativa junto à comunidade se constitui em uma das condutas mais eficazes para a detecção de casos novos e para o controle da doença, sobretudo em áreas endêmicas, no entanto, entre os relatos analisados, a atividade explicitamente citada em relação à busca ativa foi a ação pontual do Programa Saúde na Escola (PSE).

Como uma iniciativa que integra as equipes de saúde da família ao ambiente escolar, o PSE fomenta a articulação entre educação e saúde no território. As municipalidades que formalizam a adesão ao programa comprometem-se com a execução de 12 eixos de ação por ciclo pactuado. Entre essas atividades, ganha relevância o monitoramento dos discentes para a detecção precoce de indicadores sugestivos de patologias em processo de eliminação, como a hanseníase³².

Por fim, apesar de os ACS serem reconhecidos como sujeitos nucleares nas ações de controle da hanseníase no âmbito da APS, evidencia-se a necessidade de capacitação desses profissionais para que possam lidar adequadamente com a complexidade da doença⁷, uma vez que intervenções educativas evidenciam impacto positivo no grau de conhecimento dos ACS e podem contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado ofertado à população¹⁴. Lacunas ou equívocos no conhecimento, por sua vez, podem resultar em práticas inadequadas.

CONCLUSÃO

Neste estudo, os relatos dos ACS participantes evidenciaram saberes limitados em relação à hanseníase, especialmente quanto à letalidade, transmissibilidade, formas de contágio e situação epidemiológica da doença no território. Em relação à prática, os entrevistados relataram atuar principalmente na identificação de alterações cutâneas, no encaminhamento do usuário à unidade básica de saúde e no acompanhamento medicamentoso. Contudo, os achados sugerem fragilidades na realização contínua da busca ativa de sintomáticos e em outras ações necessárias à vigilância epidemiológica da hanseníase.

O conhecimento insuficiente pode repercutir negativamente na prática relacionada à hanseníase, dificultando a identificação precoce e contribuindo para a manutenção da cadeia de transmissão. Ademais, atitudes como evitar aproximar-se da pessoa acometida podem favorecer a reprodução de estigmas e preconceitos historicamente associados à doença.

Sugere-se que a EPS seja desenvolvida de forma mais frequente e contextualizada, a fim de qualificar os ACS para atuar frente à hanseníase, fortalecer ações de vigilância, mitigar preconceitos e aprimorar o cuidado no território. A partir da compreensão dos saberes, práticas e representações desses profissionais, podem ser planejadas intervenções educativas mais coerentes com as necessidades identificadas no contexto estudado.

As limitações do estudo referem-se à amostragem por conveniência, ao número restrito de participantes e à realização da pesquisa em um único contexto municipal, o que limita a generalização dos achados. Soma-se a isso a escassez de pesquisas nacionais que abordem diretamente a relação entre ACS e hanseníase. Ainda assim, os resultados contribuem para ampliar a compreensão sobre fragilidades e potencialidades da atuação desses profissionais no controle da hanseníase na APS.

AGRADECIMENTOS: *os autores agradecem à Secretaria Municipal de Saúde de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, pelo apoio institucional e por viabilizar a realização desta pesquisa.*

APROVAÇÃO ÉTICA E CONSENTIMENTO INFORMADO: o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Tiradentes de Jaboatão dos Guararapes (CAAE nº 80539817.0.0000.5575; Parecer nº 4.214.749), em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12 e 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde.

CONFLITOS DE INTERESSE: os autores informam que não há conflitos de interesse no presente artigo.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES: **Sarmiento WM** contribuiu na concepção e delineamento do estudo, coleta de dados, análise e interpretação dos resultados e redação inicial do manuscrito. **Silva CRDV, Silva BN e Veras GCB** contribuíram na análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do conteúdo do manuscrito. Todos os autores realizaram a revisão crítica da redação do manuscrito e aprovaram a versão final para publicação.

DISPONIBILIDADE DE DADOS E MATERIAL: os dados que dão suporte aos resultados deste estudo estão disponíveis publicamente no repositório Zenodo, acessíveis por meio do doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.19164180>.

FONTE DE FINANCIAMENTO: esta pesquisa não recebeu nenhum tipo de financiamento externo ou bolsa de estudo para a sua realização.

PREPRINT: não aplicável.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia prático sobre a hanseníase [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. [cited 2024 Feb 15]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/hansenise/guia-pratico-de-hansenise.pdf/view>.
2. Pegaiani KNA, Pinto NS, Batiston AP, Santos MLM, Cabral KV, Belloc MM, et al. Conferências de saúde e a hanseníase: ditos e silenciamentos sobre a doença negligenciada e seus estigmas. *Saúde Soc.* 2023;32(3):e210889pt. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023210889pt>.



3. World Health Organization. Leprosy [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2025 Sep 8]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/leprosy>.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Estratégia nacional para o enfrentamento da hanseníase 2019-2022 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. [cited 2025 Aug 10]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/participacao-social/consultas-publicas/2019/arquivos/estrategia-nacional-para-enfrentamento-da-hanseniose-2019-a-2022/view>.
5. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico de Hanseníase – Número Especial [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025 Jan [cited 2025 Aug 10]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2025/boletim-epidemiologico-de-hanseniose-numero-especial-jan-2025.pdf/view>.
6. Silva MLFID, Farias SJM, Silva APSC, Rodrigues MOS, Oliveira ECA. Spatial patterns of new leprosy cases in a northeastern state of Brazil, 2011-2021. *Rev Bras Epidemiol*. 2023;26:e230014. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720230014>.
7. Bolorino N, Tirolí CF, Ricardo IN, de Freitas FM, Ribeiro LCG, Melo SCCS, et al. Community Health Workers performance for leprosy control: a scoping review. *Res Soc Dev*. 2021;10(16):e504101624213. doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i16.24213>.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
9. Salviati ME. Manual do aplicativo Iramuteq [Internet]. Planaltina; 2017 [cited 2025 Aug 10]. Available from: <http://iramuteq.org/documentation/fichiers/manual-do-aplicativo-iramuteq-par-maria-elisabeth-salviati>.
10. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57. doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.



11. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2025.
12. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 580, de 22 de março de 2018. Altera dispositivos da Resolução CNS nº 466/2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2025.
13. García GSM, Souza EA, Araújo VM, Macedo MSS, Andrade RMA, Ramos AN Júnior. Território, doenças negligenciadas e ação de agentes comunitários e de combate a endemias. *Rev Saúde Pública*. 2022;56(73). doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003730>.
14. Freitas MC, Shibata LH, Carvalho LP, Novais RT Júnior, Costa SC, Milhomem LMA, et al. Impacto de intervenção educativa sobre hanseníase no grau de conhecimento de agentes comunitários de saúde em Belém do Pará. *Braz J Health Rev*. 2020;3(4):8821-37. doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-127>.
15. Duarte RB, Azevedo DM, Alencar AB, Sá BMNA, Abreu LDP, Alencar OM, et al. Interseccionalidade na construção histórica do perfil dos agentes comunitários de saúde: uma reflexão teórica. *Revista Vale*. 2025;23(3). doi: <https://doi.org/10.5892/ruvrd.v23i3.6908>.
16. Brasil. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o exercício das atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=11350&ano=2006>. Acesso em: 10 ago. 2025.
17. Nepomuceno RCA, Barreto ICHC, Frota AC, Ribeiro KG, Ellery AEL, Loiola FA, et al. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde à luz da Teoria Comunidades de Prática. *Ciênc Saúde Colet*. 2021;26(5):1637-46. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.04162021>.
18. Aquino DMCD, Monteiro EMLM, Coutinho NPS, Soeiro VMS, Santos TA, Oliveira EM, et al. Círculo de cultura com agentes comunitários de saúde sobre (des)conhecimentos e estigma da hanseníase. *Rev Gaúcha Enferm*. 2023;44. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20210217.pt>.



19. Oliveira RS, Pimentel KBA, Souza FEA, Pinheiro VCS, Bezerra JMT. Mortality from neglected tropical diseases in the state of Maranhão, Brazil: a guidance for health planning in vulnerable areas. *Braz J Biol.* 2024;84:e286749. doi: <https://doi.org/10.1590/1519-6984.286749>.
20. Costa MES, Andrade BH, Perin MTSF, Brito KMG, Marcelino TE, Menezes BC, et al. Conhecimento de agentes comunitários de saúde acerca da hanseníase. *Revista FT.* 2023;27(119):e1215. doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.7656497>.
21. Melo NB, Nobre SV, Souza BLO, Machado LDS, Leite TRC. Avaliação do conhecimento de agentes comunitários de saúde acerca da hanseníase em um município hiperendêmico. *Vittalle.* 2021;33(2):48-58. doi: <https://doi.org/10.14295/vittalle.v33i2.12784>.
22. Ploemacher T, Faber WR, Menke H, Rutten V, Pieters T. Reservoirs and transmission routes of leprosy: a systematic review. *PLoS Negl Trop Dis.* 2020;14(4):e0008276. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0008276>.
23. Ministério da Saúde (BR). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [cited 2026 Mar 15]. Available from: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/20220818_pcdt_hanseniase.pdf/view.
24. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; c2026 [cited 2026 Mar 15]. Available from: <https://datasus.saude.gov.br/>.
25. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Hanseníase no Brasil: a vigilância em busca da eliminação. *Boletim Epidemiológico* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [cited 2026 Mar 15];54(07). Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2023/boletim-epidemiologico-volume-54-no-07>.
26. Broch D, Ramos DT, Riquinho DL, Silveira MR, Santos VCF. The knowledge network of community health agents. *Rev Pesqui Cuid Fundam Online.* 2020;12:46-53. doi: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.6936>.



27. Alencar OM, Pereira TM, Heukelbach J, Barbosa JC, Cavalcante ASP, Silva MRF. Hanseníase: crenças e tabus de agentes comunitários de saúde. *Rev Bioet.* 2021;29(3):599-608. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021293496>.
28. Fernandes SA, Neto OAP. Qualificação das práticas do agente comunitário de saúde para o enfrentamento da hanseníase. *Rev Foco.* 2025;18(2):e7805. doi: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v18n2-114>.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 15 mar. 2026.
30. Nunes CA, Aquino R, Medina MG, Vilasbôas ALQ, Pinto EP Junior, Luz LA. Visitas domiciliares no Brasil: características da atividade basilar dos Agentes Comunitários de Saúde. *Saúde Debate.* 2018;42(Suppl 2):127-44. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S209>.
31. Santos AR, Silva PR, Steinmann P, Ignotti E. Progressão da incapacidade em pacientes com hanseníase liberados do tratamento: uma análise de sobrevivência. *Infect Dis Poverty.* 2020;9(1):53. doi: <https://doi.org/10.1186/s40249-020-00669-4>.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017. Redefine o Programa Saúde na Escola (PSE). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/pri1055_26_04_2017.html. Acesso em: 15 mar. 2026.

