

**ENTRAVES À AVALIAÇÃO  
NEUROLÓGICA  
SIMPLIFICADA DA  
HANSENÍASE NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA EM BACABAL-  
MA**

**BARRIERS TO SIMPLIFIED NEUROLOGICAL ASSESSMENT OF LEPROSY IN  
PRIMARY HEALTH CARE IN BACABAL-MA**

Ciências da Saúde • 23/06/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/782191486](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/782191486)

---

Jardeny da Silva Santos<sup>1</sup>

Laiane Magalhães de Sousa e Silva<sup>2</sup>

Erika Letícia Oliveira Sampaio<sup>3</sup>

Caroline Vieira Carneiro<sup>4</sup>

Sávio Lisarb Sousa Gomes<sup>5</sup>

Francisco Braz Milanez Oliveira<sup>6</sup>

Francilene Vieira da Silva Freitas<sup>7</sup>

---

## RESUMO

Identificar entraves e fatores relacionados à não realização da Avaliação Neurológica Simplificada (ANS) da hanseníase sob a ótica de médicos da Atenção Primária à Saúde em Bacabal, Maranhão. Métodos: Estudo quantitativo, observacional, descritivo e transversal, realizado com 36 médicos de Unidades Básicas de Saúde da zona urbana municipal. Os dados foram obtidos por questionário estruturado e analisados por estatística descritiva. Resultados: A maioria referiu conhecer a hanseníase (94,4%) e a ANS (86,1%), porém apenas 19,4% realizavam a avaliação sempre. Apesar de 72,2% afirmarem saber executar a ANS, 36,1% a realizavam na maioria das vezes e 19,4% nunca a realizavam. O conhecimento sobre Grau de Incapacidade Física (GIF) foi parcial: 55,6% conheciam a avaliação e 47,2% sabiam realizá-la. O escore Olhos, Mãos e Pés foi conhecido por 52,8%, mas somente 36,1% sabiam classificar os pacientes. Quanto aos recursos, 33,3% informaram ausência de estesiômetro e 30,6% ausência de escala de acuidade visual. Conclusão: Os entraves envolveram capacitação irregular, fragilidades na aplicação prática do GIF/OMP e limitações estruturais, exigindo educação permanente e padronização de fluxos na APS.

**Palavras-chave:** Hanseníase; Atenção Primária à Saúde; Exame Neurológico; Incapacidade Física; Educação Médica.

## ABSTRACT

To identify barriers and factors related to the non-performance of simplified neurological assessment (SNA) for leprosy from the perspective of physicians working in Primary Health Care in Bacabal, Maranhão, Brazil. Methods: This quantitative, observational, descriptive and cross-sectional study was conducted with 36 physicians from municipal primary care units. Data were collected using a structured questionnaire and analyzed using descriptive

statistics. Results: Most participants reported knowledge of leprosy (94.4%) and SNA (86.1%), but only 19.4% always performed the assessment. Although 72.2% stated that they knew how to perform SNA, 36.1% performed it in a minority of cases and 19.4% never performed it. Knowledge of physical disability grading was limited: 55.6% knew the assessment and 47.2% knew how to perform it. The Eyes, Hands and Feet score was known by 52.8%, but only 36.1% reported being able to classify patients. Regarding resources, 33.3% reported absence of a monofilament kit and 30.6% absence of a visual acuity chart in the unit. Conclusion: Barriers to SNA involved irregular training, weaknesses in disability grading and structural limitations, indicating the need for permanent education and standardized workflows.

**Keywords:** Leprosy; Primary Health Care; Neurologic Examination; Disabled Persons; Education; Medical.

## 1. INTRODUÇÃO

A hanseníase permanece como doença infecciosa crônica de relevância sanitária, especialmente em territórios marcados por vulnerabilidade social, maior circulação do *Mycobacterium leprae* e dificuldades de acesso oportuno ao diagnóstico. Embora seja uma condição curável e com tratamento disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sua persistência como problema de saúde pública decorre, entre outros fatores, do diagnóstico tardio, da manutenção da transmissão comunitária e da ocorrência de incapacidades físicas evitáveis (Brasil, 2025).

No Brasil, a doença integra a agenda prioritária da vigilância em saúde. A Estratégia Nacional para Enfrentamento à Hanseníase 2024-2030 reforça a articulação entre vigilância, Atenção Primária à

Saúde (APS), centros de referência, atenção à pessoa com deficiência e participação social, em alinhamento com a Estratégia Global 2021-2030 da Organização Mundial da Saúde, orientada pela visão de zero hanseníase, zero incapacidade e zero estigma. Nesse cenário, municípios de áreas endêmicas precisam qualificar não apenas a detecção de casos, mas também o acompanhamento neurológico sistemático (Brasil, 2024; Organização Mundial da Saúde, 2021).

A Avaliação Neurológica Simplificada (ANS) é componente essencial do cuidado à pessoa com hanseníase, pois permite identificar alterações sensitivas, motoras e autonômicas, monitorar nervos periféricos, orientar autocuidado e subsidiar a classificação do Grau de Incapacidade Física (GIF). A avaliação do GIF e do escore Olhos, Mãos e Pés (OMP) possui relevância clínica e programática, pois expressa a magnitude do dano neural e pode indicar atraso diagnóstico ou fragilidades no seguimento dos casos (Brasil, 2022).

Apesar de sua importância, a execução da ANS no cotidiano da APS pode ser limitada por barreiras formativas, operacionais e estruturais. Entre essas barreiras destacam-se lacunas na graduação e na educação permanente, insegurança técnica para exame sensitivo-motor, desconhecimento de formulários padronizados, escassez de estesiômetro e outros materiais, além da pressão assistencial sobre consultas médicas. Tais entraves são relevantes porque a APS é a principal porta de entrada para diagnóstico, tratamento, vigilância de contatos, prevenção de incapacidades e longitudinalidade do cuidado em hanseníase (Santana et al., 2021).

Apesar da reconhecida importância da ANS para a prevenção de incapacidades, poucos estudos investigaram especificamente os

entraves relacionados à sua não realização por médicos da Atenção Primária em municípios endêmicos do Nordeste brasileiro, o que justifica a necessidade desta investigação. Diante desse contexto, este estudo teve como objetivo identificar a frequência dos entraves e os fatores relacionados à não realização da Avaliação Neurológica Simplificada da hanseníase sob a ótica de médicos da Atenção Primária à Saúde no município Bacabal-MA.

## **2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

A maior parte dos países em desenvolvimento, a hanseníase ainda é sério problema de saúde pública vinculando -se ao rol das doenças negligenciadas por crônica e com eminente número de casos, sendo prevalente em população mais vulneráveis e com elevado custo de tratamento (NEVES, et al. 2023).

A hanseníase foi a primeira dessas doenças a ter um plano mundial pretendendo a eliminação da mesma, pois sua alta taxa de ocorrência e seu grande potencial físico incapacitante e por arremeter a população economicamente ativa (NEVES, et al. 2023). A hanseníase ainda retrata um grande problema de saúde pública no Brasil, apesar de ser uma doença de agravo socioeconômica e cultural, se repercute também pelo isolamento e estigma das deformidades e incapacidades físicas decorrentes da doença (BRASIL, 2008a)

No mundo, cerca de 8.492 (6%) casos novos foram diagnosticados com grau 2 de incapacidade (GIF 2), a Índia e Brasil foram os únicos países que diagnosticaram mais de 1.000 casos novos com GIF 2 no momento do diagnóstico, com 1.863 e 1.737 casos respectivamente. No período da pandemia de covid-19, dificultou o diagnóstico e o

tratamento de pessoas acometidas com hanseníase, contribuindo para a subnotificação e o pior prognóstico dos casos (MENDONÇA et al., 2022; DOS REIS et al, 2022).

É de extrema importância que as equipes de atenção primária à saúde estejam preparadas além de capacitadas para classificar, avaliar e monitorar as neurites e prevenir incapacidades físicas, acompanhando corretamente a resposta terapêutica e os efeitos colaterais da poliquimioterapia (PQT-U) e dos medicamentos antirreacionais (BRASIL, 2022).

Sem esquecer que o contexto social de vulnerabilidade e problemas ligados aos estigmas da doença e discriminação, são fatores importantes para a necessidade de reabilitação física em níveis em que a doença já o cometeu nervos periféricos, sendo importante as ações precoces acima relatada para que se obtenha melhores resultados terapêuticos e o consequente impacto positivo na diminuição da carga da doença no Brasil (BRASIL, 2022).

As deformidades e incapacitação física acometidas pela hanseníase tem gerado problemas como redução da capacidade de trabalho e limitações de atividades corriqueiras, além de estigmas e problemas psicológicos. Porém, o estigma que envolve a hanseníase não está ligado apenas às incapacidades físicas, mas à história milenar de segregação da doença (JESUS, et al, 2023).

A assistência ao paciente como a avaliação neurológica, a classificação de grau de incapacidade e os procedimentos básicos de prevenção, controle e tratamento devem ser realizados nas Unidades Básicas de Saúde, onde as equipes devem acolher e se responsabilizar por essa assistência integral a esses pacientes

portadores de hanseníase. Caso essas unidades de saúde tiverem dificuldades em não conseguir sanar o problema, podem encaminhar o paciente a uma unidade de referência com contra-referência para a unidade de origem, sendo assim realizado a assistência necessária a este paciente (BRASIL (2008<sup>a</sup>).

Segundo (SANTOS & IGNOTTI, 2020), em 1947 o Dr. Paul Brand mostrou que as úlceras e as mutilações não eram inevitáveis e sim, por meio de prevenção e tratamento por meio de informações dadas ao doente poderiam evitar as incapacidades físicas, recomendar massagens, exercícios e uso de férulas. Na década de 1960, a OMS reconhece a importância do controle do comprometimento neural, dando prioridade e a prevenção de incapacidade.

A avaliação dermatoneurológica é indicada para avaliar lesões ou áreas da pele com perda de sensibilidade e/ou comprometimento neural periférico, por meio de estímulo térmico, doloroso e tátil. A sensibilidade térmica (sensibilidade ao calor), é a primeira alteração perdida na hanseníase, depois vem a perda sensibilidade dolorosa e por fim tátil. (MS,2019).

Conseqüentemente, foi criado o primeiro instrumento de avaliação de incapacidades, baseado na proposta formulada por Bechelli e Dominguez de 1966, um formulário que determinava as regiões com maior grau de comprometimento que provocava mais restrições nas atividades cotidianas do paciente portador de hanseníase que era avaliação das mãos, pés e olhos (OMS, 2016, WHO 1971).

No Brasil, deu-se início as informações sobre prevenção de incapacidade no ano de 1962, com a propagação do decreto

intitulado “Normas Técnicas Especiais para o Combate à Lepra no País” (SANTOS & IGNOTTI, 2020), após a publicação do primeiro decreto, os órgãos de saúde brasileiros organizaram estratégias de controle do comprometimento neural, padronização das orientações de prevenção de incapacidade em 1977, através de documentos impressos, portarias e manuais, no decorrer dos anos estes documentos foram adaptados, implementados e atualizados como ferramentas usadas nos formulários de avaliação neurológica e do grau de incapacidade física (GIF)(BRASIL,2016).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2016), propôs uma classificação de prejuízo físico na hanseníase, que se baseou em cinco graus incapacitantes, que em 1988 foi reformulado para facilitar utilização dele. A incapacidade física do paciente de hanseníase passou a ser apenas três graus sendo: o grau 0 refere-se à ausência de incapacidade física (quando não há comprometimento neural nos olhos, nas mãos e nos pés).

O grau 1 refere-se à presença de incapacidade (quando há somente diminuição ou perda de sensibilidade nos olhos, nas mãos e/ou nos pés). O grau 2 refere-se à presença de incapacidade e deformidade (nos olhos traduz-se por lagoftalmo e/ou ectrópio, triquiase, opacidade corneana, acuidade visual menor que 0, 1 ou quando o paciente não conta os dedos do examinador a 6 metros de distância; nas mãos e nos pés corresponde às lesões tróficas e/ou traumáticas, garras, reabsorção óssea, “mão ou pé caídos” ou contratura do tornozelo (OMS,2016)

Segundo Pereira et al, 2008. Para combater a hanseníase é indispensável que os pacientes diagnosticados tenham uma atenção diferenciada no passar do tratamento e após a alta, em

relação a avaliação do grau de incapacidade, além dos casos de recidivas e eventuais situações reacionais. Com isso, as ações sendo realizadas ajudam na diminuição dos danos e na identificação da cadeia de transmissão da doença.

Por apresentar uma imensa propriedade incapacitante a hanseníase atinge preferencialmente homens e mulheres em idade produtiva (média de 40 anos). Período quem que estes indivíduos estão trabalhando, ativos economicamente e em contato com várias pessoas e situações, estando, dessa forma, mais susceptíveis a doenças infectocontagiosas e a disseminação com a hanseníase (Barreto et al, 2013).

Além de incapacitante, a hanseníase está ligada ao estigma da doença que antigamente seu diagnóstico era sinônimo de punição e pecado. Apresentando um problema que vai além da redução da transmissão e de matar o bacilo, chegando aos aspectos socioculturais (Barreto et al, 2013). Portanto, é necessário que os profissionais de saúde tenham incentivo para ajudar na identificação, diagnóstico e tratamento precoce dessas pessoas evitando o máximo possível o aparecimento de sequelas (incapacidades físicas e sociais) (BRASIL. 2010).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) com todos os profissionais médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde – ACS, tem suas respectivas atribuições no que se refere ao atendimento e tratamento do paciente com hanseníase, sendo as atribuições comuns são: planejar ações de assistência e controle, orientar a comunidade para identificação de sinais e sintomas, orientar o uso correto da medicação, esclarecer

sobre efeitos adversos que a medicação causa, entre outros (BRASIL,2002).

Conforme Souza et al, (2017), o nível de informação dos profissionais que compõem a ESF sobre aspectos gerais e específicos da hanseníase deve ser satisfatório, para que haja excelência dos serviços e qualidade na assistência.

É muito importante o diagnóstico precoce, pois a presença de incapacidade no momento do diagnóstico de um paciente, já indica que a demora no diagnóstico já se instalou ou venha a se instalar uma deformidade após o tratamento (SUÁREZ, 1997).

### **3. METODOLOGIA**

Trata-se de estudo quantitativo, observacional, descritivo e transversal, realizado com médicos atuantes em Unidades Básicas de Saúde da zona urbana do município de Bacabal, Maranhão. O município está localizado na região do Médio Mearim e, de acordo com o Censo Demográfico de 2022, possuía 103.711 habitantes, configurando-se como polo regional de assistência e circulação de usuários da APS (IBGE, 2023).

A população-alvo foi composta por médicos em exercício na APS municipal, com atuação assistencial relacionada ao atendimento de pessoas com hanseníase na zona urbana do município. Embora o protocolo inicial previsse quantitativo maior de profissionais elegíveis, a amostra final analisada foi constituída por 36 médicos que estavam disponíveis no período de coleta, atenderam aos critérios de inclusão e aceitaram participar mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos

profissionais afastados, sem atividade assistencial no período ou que não consentiram a participação.

Os dados foram coletados presencialmente por meio de questionário estruturado, composto por perguntas fechadas elaboradas pelos pesquisadores com base nos objetivos do estudo e em documentos técnicos do Ministério da Saúde sobre hanseníase, ANS, GIF e acompanhamento na APS. O instrumento contemplou variáveis sociodemográficas e profissionais; formação e atualização em hanseníase; conhecimento e prática da ANS; domínio do GIF e do escore OMP; momento de avaliação do GIF; uso de estesiômetro; e disponibilidade de materiais nas unidades.

A aplicação ocorreu de forma individual e em ambiente reservado nas unidades de atuação dos participantes, buscando preservar privacidade e reduzir constrangimentos relacionados à avaliação da prática profissional. As respostas foram identificadas por códigos numéricos, sem coleta de dados nominativos nos resultados analíticos.

Os dados foram organizados em planilha eletrônica no Microsoft Excel e analisados por estatística descritiva, com cálculo de frequências absolutas e relativas. As variáveis categóricas foram apresentadas em tabelas. Para a variável idade, foram calculadas média aritmética, obtida pela soma das idades dividida pelo número de participantes, e mediana, definida pelo valor central da distribuição ordenada. Não foram empregados testes inferenciais porque o delineamento foi descritivo, a amostra final foi reduzida e o objetivo analítico se restringiu à descrição da frequência dos entraves e da distribuição das respostas, evitando inferências de

associação estatística ou causalidade não sustentadas pelo desenho do estudo.

A pesquisa respeitou as Resoluções nº 466/2012, nº 510/2016 e nº 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Estudos Superiores de Caxias, sob parecer nº 8.400.543 e CAAE nº 93755825.4.0000.5554.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 4.1. Resultados

Participaram do estudo 36 médicos. A idade variou de 23 a 84 anos, com média de 34,1 anos e mediana de 29,5 anos. Houve predomínio discreto do sexo masculino (52,8%), raça/cor branca (50,0%), estado civil casado (58,3%), tempo de formação inferior a três anos em 58,4% dos participantes e ausência de especialização em Saúde da Família em 69,4% (Tabela 1).

**Tabela 1** - Perfil sociodemográfico e profissional dos médicos participantes, n=36.

Variável/categoria	N	%
<b>Sexo</b>		
<b>Masculino</b>	19	52,8
<b>Feminino</b>	17	47,2
<b>Raça/cor autorreferida</b>		
<b>Branca</b>	18	50,0
<b>Parda</b>	12	33,3

<b>Preta</b>	4	11,1
<b>Amarela ou indígena</b>	2	5,6
<b>Estado civil</b>		
<b>Casado(a)</b>	21	58,3
<b>Solteiro(a)</b>	15	41,7
<b>Tempo de formação em Medicina</b>		
<b>Menos de 1 ano</b>	11	30,6
<b>1 a 3 anos</b>	10	27,8
<b>4 a 6 anos</b>	5	13,9
<b>Mais de 6 anos</b>	10	27,8
<b>Tempo de atuação no PSF</b>		
<b>Menos de 1 ano</b>	13	36,1
<b>1 a 3 anos</b>	10	27,8
<b>4 a 6 anos</b>	5	13,9
<b>Mais de 6 anos</b>	8	22,2
<b>Especialização em Saúde da Família</b>		
<b>Sim</b>	11	30,6
<b>Não</b>	25	69,4
<b>Atuação em outros serviços de saúde</b>		
<b>Sim</b>	27	75,0
<b>Não</b>	9	25,0
<b>Total</b>	36	100,0
<b>Fonte: Santos JS, et al., 2026.</b>		

Quanto ao conhecimento geral, 94,4% dos participantes declararam conhecer a hanseníase. A graduação foi o principal local de aprendizagem sobre o tema (75,0%). No momento da coleta, 86,1% acompanhavam ao menos um paciente com hanseníase. Em relação à atualização, 33,3% nunca haviam realizado curso específico e 19,4% realizaram curso há menos de um ano (Tabela 2).

**Tabela 2** - Conhecimento, formação e acompanhamento de pacientes com hanseníase, n=36.

<b>Variável/categoria</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Conhece a hanseníase</b>		
<b>Sim</b>	34	94,4
<b>Em partes</b>	2	5,6
<b>Não</b>	0	0,0
<b>Local de aprendizagem sobre hanseníase</b>		
<b>Graduação</b>	27	75,0
<b>Capacitação</b>	6	16,7
<b>Outros</b>	1	2,8
<b>Não informado/não se aplica</b>	2	5,6
<b>Pacientes com hanseníase acompanhados atualmente</b>		
<b>1 paciente</b>	12	33,3
<b>2 pacientes</b>	9	25,0
<b>Entre 2 e 5 pacientes</b>	8	22,2
<b>Entre 5 e 10 pacientes</b>	2	5,6

<b>Mais de 10 pacientes</b>	0	0,0
<b>Nenhum</b>	5	13,9
<b>Curso de atualização/aperfeiçoamento em hanseníase</b>		
<b>Há menos de 1 ano</b>	7	19,4
<b>Entre 2 e 5 anos</b>	13	36,1
<b>Há mais de 5 anos</b>	4	11,1
<b>Nunca realizou</b>	12	33,3
<b>Total</b>	36	100,0
<b>Fonte: Santos JS, et al., 2026.</b>		

A ANS foi conhecida por 86,1% dos médicos, e 72,2% afirmaram saber realizá-la. Embora 72,2% tenham declarado saber realizar a ANS, observou-se que parte dos participantes apresentou respostas incompletas ou conhecimento parcial sobre o procedimento, considerando que 16,7% informaram saber realizá-la apenas em partes e 8,3% não informaram essa habilidade. Além disso, a realização sistemática foi menor: 19,4% relataram executá-la sempre, 25,0% na maioria das vezes, 36,1% na minoria das vezes e 19,4% nunca. O GIF foi conhecido por 55,6% e o escore OMP por 52,8%; 36,1% declararam saber classificar pacientes pelo OMP (Tabela 3).

**Tabela 3** - Conhecimento e prática da ANS, GIF e escore OMP entre os médicos, n=36.

<b>Variável/categoria</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Conhece a Avaliação Neurológica Simplificada (ANS)</b>		

<b>Sim</b>	31	86,1
<b>Em partes</b>	4	11,1
<b>Não</b>	1	2,8
<b>Sabe realizar a ANS</b>		
<b>Sim</b>	26	72,2
<b>Em partes</b>	6	16,7
<b>Não</b>	1	2,8
<b>Não informado</b>	3	8,3
<b>Onde aprendeu a realizar a ANS</b>		
<b>Graduação</b>	20	55,6
<b>Capacitação</b>	11	30,6
<b>Pós-graduação</b>	3	8,3
<b>Outros</b>	2	5,6
<b>Frequência de realização da ANS</b>		
<b>Sempre</b>	7	19,4
<b>Na maioria das vezes</b>	9	25,0
<b>Na minoria das vezes</b>	13	36,1
<b>Nunca</b>	7	19,4
<b>Conhece a avaliação do Grau de Incapacidade Física (GIF)</b>		
<b>Sim</b>	20	55,6
<b>Em partes</b>	10	27,8
<b>Não</b>	6	16,7

<b>Sabe realizar a avaliação do GIF</b>		
<b>Sim</b>	17	47,2
<b>Em partes</b>	13	36,1
<b>Não</b>	6	16,7
<b>Momento em que avalia o GIF</b>		
<b>No diagnóstico, a cada 3 meses e na alta</b>	18	50,0
<b>No diagnóstico</b>	10	27,8
<b>No diagnóstico e na alta</b>	5	13,9
<b>Na alta</b>	1	2,8
<b>Não realiza</b>	2	5,6
<b>Conhece o escore OMP</b>		
<b>Sim</b>	19	52,8
<b>Em partes</b>	7	19,4
<b>Não</b>	10	27,8
<b>Sabe classificar pelo escore OMP</b>		
<b>Sim</b>	13	36,1
<b>Em partes</b>	12	33,3
<b>Não</b>	11	30,6
<b>Total</b>	36	100,0
<b>Fonte: Santos JS, et al., 2026.</b>		

Em relação aos recursos, 72,2% sabiam o que é um estesiômetro. A presença de estesiômetro foi referida por 58,3% dos participantes, enquanto 33,3% informaram ausência. A escala de acuidade visual

estava disponível para 61,1%. Formulário para ANS foi referido por 83,3% e formulário para GIF por 75,0%. Material ou kit para avaliação neurológica foi informado por 77,8%. (Tabela 4).

**Tabela 4** - Recursos disponíveis e conhecimento sobre instrumentos de avaliação, n=36.

<b>Variável/categoria</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sabe o que é um estesiômetro</b>		
<b>Sim</b>	26	72,2
<b>Em partes</b>	6	16,7
<b>Não</b>	4	11,1
<b>Onde aprendeu a usar o estesiômetro</b>		
<b>Graduação</b>	16	44,4
<b>Capacitação</b>	10	27,8
<b>Outros</b>	8	22,2
<b>Pós-graduação</b>	2	5,6
<b>UBS possui estesiômetro</b>		
<b>Sim</b>	21	58,3
<b>Não</b>	12	33,3
<b>Em partes</b>	3	8,3
<b>UBS possui escala para acuidade visual</b>		
<b>Sim</b>	22	61,1
<b>Não</b>	11	30,6
<b>Em partes</b>	3	8,3

<b>UBS possui formulário para ANS</b>		
<b>Sim</b>	30	83,3
<b>Em partes</b>	3	8,3
<b>Não</b>	3	8,3
<b>UBS possui formulário para GIF</b>		
<b>Sim</b>	27	75,0
<b>Não</b>	6	16,7
<b>Em partes</b>	3	8,3
<b>Existe kit/material disponível para avaliação neurológica</b>		
<b>Sim</b>	28	77,8
<b>Não sei</b>	5	13,9
<b>Não</b>	3	8,3
<b>Conhecimento de alteração/modificação do GIF pelo Ministério da Saúde</b>		
<b>Sim</b>	7	19,4
<b>Não</b>	29	80,6
<b>Total</b>	36	100,0
<b>Fonte: Santos JS, et al., 2026.</b>		

## 4.2. Discussões

O principal achado deste estudo foi a discrepância entre conhecimento declarado e prática sistemática da ANS. Embora a maioria dos médicos tenha afirmado conhecer a hanseníase e a própria avaliação neurológica, menos de um quinto relatou realizar a

ANS sempre. Assim, os resultados descrevem a frequência dos entraves e a distribuição das respostas dos participantes, sem estabelecer associação estatística entre formação, estrutura e prática profissional. Esse achado sugere que o conhecimento conceitual, isoladamente, não é suficiente para garantir a incorporação da avaliação neurológica à rotina da APS, especialmente quando a execução depende de habilidades práticas, tempo de consulta, instrumentos específicos e fluxos assistenciais definidos (Santana, 2021).

Esse cenário também deve ser relacionado ao diagnóstico tardio e à ocorrência de incapacidades grau 1 e grau 2, uma vez que a ausência de avaliação neural periódica pode retardar a identificação de alterações sensitivas, motoras e autonômicas. Na hanseníase, a detecção precoce do comprometimento neural é decisiva para reduzir a progressão de incapacidades, qualificar o acompanhamento terapêutico e aproximar a assistência local das metas nacionais e internacionais de redução de incapacidades associadas à doença, em consonância com as estratégias de enfrentamento propostas pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde (Brasil, 2024; Organização Mundial da Saúde, 2021).

A baixa frequência de realização da ANS deve ser interpretada à luz do perfil formativo dos participantes. A graduação foi o principal local de aprendizagem sobre hanseníase e sobre a própria ANS, enquanto a capacitação apareceu de forma menos expressiva. Esse resultado se aproxima de achados nacionais que apontam que a implantação efetiva das ações de controle da hanseníase na APS depende da qualificação das equipes, da organização do serviço e do acompanhamento sistemático das práticas assistenciais. Em

estudo avaliativo realizado em Camaragibe, Pernambuco, observaram que a operacionalização do programa de controle da hanseníase exige articulação entre capacitação profissional, estrutura dos serviços e regularidade das ações de vigilância (Souza, Vanderlei e Frias, 2017).

Outro aspecto relevante foi a fragilidade relacionada ao GIF e ao escore OMP. Apenas parte dos médicos declarou saber realizar o GIF, e pouco mais de um terço afirmou saber classificar pacientes segundo o escore OMP. Esses instrumentos são importantes porque traduzem o dano neural em parâmetros clínicos e epidemiológicos, permitindo monitorar incapacidade no diagnóstico, durante o tratamento e na alta. A prevenção de incapacidades por hanseníase tem trajetória histórica diretamente relacionada à padronização de instrumentos de avaliação e à vigilância do comprometimento neural (Santos, 2020).

Também no contexto nacional, a literatura reforça que a avaliação de incapacidades permanece como componente sensível da assistência à hanseníase. Além disso, destaca-se que a prevenção de incapacidade física no Brasil depende da padronização dos instrumentos, do registro adequado e da vigilância longitudinal do comprometimento neural. De forma complementar, ao construir e validar instrumento sobre conhecimento e atitude frente às incapacidades na hanseníase, evidenciaram a necessidade de fortalecer competências profissionais para avaliação e prevenção de danos. Esses achados convergem com os dados deste estudo, no qual o conhecimento parcial sobre GIF e OMP sugere fragilidade prática em etapas essenciais do cuidado (Santos, 2020).

O momento da avaliação do GIF também merece atenção. Embora metade dos participantes tenha informado avaliação no diagnóstico, a cada três meses e na alta, os demais relataram momentos incompletos ou ausência de avaliação. Essa variabilidade pode comprometer a longitudinalidade do cuidado e reduzir a capacidade da equipe de identificar piora neurológica ou reações hanseníacas durante o tratamento. O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase reforça a necessidade de avaliação e acompanhamento neurológico como parte do cuidado integral, não restrito ao diagnóstico inicial (Brasil, 2022).

Os achados estruturais indicam que os entraves não devem ser atribuídos exclusivamente ao profissional médico. A ausência de estesiômetro em um terço das unidades referidas e a ausência de escala de acuidade visual em quase um terço comprometem a execução completa da avaliação. Ainda que parte das UBS possua formulários e kits, a indisponibilidade ou desconhecimento sobre materiais sugere necessidade de inventário periódico, reposição de insumos e padronização dos instrumentos de consulta. A prevenção de incapacidades depende de competência técnica, mas também de condições materiais e organização do processo de trabalho (Santos, 2020).

A baixa familiaridade com alterações ou atualizações do GIF pelo Ministério da Saúde indica fragilidade adicional na circulação de informações técnicas. Em uma doença com protocolos nacionais e estratégias atualizadas, a gestão municipal precisa garantir que mudanças normativas cheguem às equipes de forma operacional, preferencialmente por meio de treinamentos aplicados, supervisão matricial e apoio de serviços de referência. Essa articulação é coerente com a Estratégia Nacional 2024-2030, que propõe

integração entre vigilância, APS, centros de referência, cuidado à pessoa com deficiência e ações de enfrentamento ao estigma (Brasil, 2024).

Do ponto de vista sanitário, a não realização sistemática da ANS representa risco para a qualidade do cuidado. Em áreas endêmicas, a identificação precoce de alterações neurológicas tem impacto direto na prevenção de incapacidades e na redução de consequências sociais, funcionais e psicológicas da hanseníase. O estigma historicamente associado à doença é agravado quando há deformidades visíveis, perda funcional ou limitação laboral, o que torna a prevenção de incapacidades um eixo de cuidado clínico e também de proteção social (Jesus Ilr, 2023).

Como implicação prática, os resultados apontam para quatro medidas prioritárias, como a implantação de oficinas práticas periódicas sobre ANS, GIF, OMP e uso do estesiômetro, garantia de estesiômetros, escalas visuais e formulários padronizados em todas as UBS. Visto que a criação de checklist para consulta de hanseníase; e monitoramento municipal da proporção de casos com ANS e GIF registrados no diagnóstico, no acompanhamento e na alta. Essas medidas podem reduzir a distância entre conhecimento e prática, qualificando a APS como espaço efetivo de prevenção de incapacidades (Brasil, 2024).

Este estudo apresenta limitações. O delineamento transversal e descritivo não permite estabelecer causalidade nem identificar fatores estatisticamente associados à não realização da ANS. Os dados foram autorreferidos, podendo existir viés de memória ou deseabilidade social. Além disso, a amostra final de 36 médicos limita generalizações para outros municípios. Ainda assim, os

resultados são relevantes por retratarem um problema operacional concreto da APS em território de interesse epidemiológico e por oferecerem subsídios para intervenções locais de educação permanente e organização assistencial.

## **5. CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo identificou que os entraves à realização da Avaliação Neurológica Simplificada da hanseníase na Atenção Primária à Saúde de Bacabal-MA envolvem capacitação irregular, insegurança técnica para aplicação prática da ANS, do GIF e do escore OMP, além de limitações estruturais nas Unidades Básicas de Saúde. Os resultados demonstram que a simples disponibilidade de conhecimento teórico não garante a execução sistemática da Avaliação Neurológica Simplificada na Atenção Primária. Além dos entraves relacionados à capacitação profissional e à disponibilidade de recursos, os achados evidenciam a necessidade de fortalecimento da educação permanente em saúde, padronização dos fluxos assistenciais e monitoramento sistemático dos indicadores de avaliação neurológica, visando reduzir incapacidades e qualificar o cuidado integral à pessoa acometida pela hanseníase. A superação desses problemas exige investimento contínuo em capacitação prática, qualificação da gestão local e garantia de recursos diagnósticos, fortalecendo a prevenção de incapacidades relacionadas à hanseníase.

Agradecimentos e financiamento aos profissionais médicos participantes e às equipes das Unidades Básicas de Saúde de Bacabal-MA que contribuíram para a realização da pesquisa. O estudo foi financiado com recursos próprios dos autores. Os autores declaram não haver conflito de interesses.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AQUINO DMC, et al. Perfil dos pacientes com hanseníase em área hiperendêmica da Amazônia do Maranhão, Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 2003; 36(1): 57-64.

BARRETO JG, et al. Hanseníase e estigma. *Hansenologia Internationalis*, 2013; 38(1-2): 14-25.

BECHELLI LM e DOMINGUEZ MV. Disability index for leprosy patients. *Bulletin of the World Health Organization*, 1971; 44(5): 709-713.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de prevenção de incapacidades. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010. Aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase. *Diário Oficial da União*, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático sobre a hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia Nacional para Enfrentamento à Hanseníase 2024-2030. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico de Hanseníase 2025. Brasília: Ministério da Saúde, 2025.

FAVA VM, DALLMANN-SAUER M e SCHURR E. Genetics of leprosy: today and beyond. *Human Genetics*, 2020; 139: 835-846.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados: Bacabal, Maranhão. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

JESUS ILR, et al. Hanseníase e vulnerabilidade: uma revisão de escopo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2023; 28(1): 143-154.

MENDONÇA IMS, et al. Impacto da pandemia de COVID-19 no atendimento ao paciente com hanseníase: estudo avaliativo sob a ótica do profissional de saúde. *Research, Society and Development*, 2022; 11(2): e4111225459.

NEVES DCO, et al. Tendência das taxas de detecção da hanseníase em um estado da Região Norte do Brasil. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, 2023; 14: e202301437.

OPROMOLLA DVA. Noções de hansenologia. Bauru-SP: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, 1981.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Estratégia Global para Hanseníase 2021-2030: rumo à zero hanseníase. Nova Deli: Organização Mundial da Saúde, 2021.

PEREIRA SVM, et al. Avaliação da hanseníase: relato de experiência de acadêmicos de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, 2008; 61: 774-780.

REIS ACNF, et al. Impacto da pandemia de COVID-19 no cuidado continuado da hanseníase: uma revisão integrativa. Research, Society and Development, 2022; 11(14): e339111436490.

SANTANA EMF, et al. Incapacidades na hanseníase: construção e validação de instrumento para avaliação do conhecimento e atitude. Revista Brasileira de Enfermagem, 2021; 74(Suppl 5): e20200801.

SANTOS AR e IGNOTTI E. Prevenção de incapacidade física por hanseníase no Brasil: análise histórica. Ciência & Saúde Coletiva, 2020; 25(10): 3731-3744.

SOUZA MF, VANDERLEI LCM e FRIAS PG. Avaliação da implantação do programa de controle da hanseníase em Camaragibe, Pernambuco. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 2017; 26(4): 817-834.

SUÁREZ REG e LOMBARDI C. Estimado de prevalência de lepra. Hansenologia Internationalis, 1997; 22: 31-35.

---

<sup>1</sup> Discente do Curso Superior de Medicina da Faculdade Pitágoras Campus Bacabal-MA. E mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

<sup>2</sup> Discente do Curso Superior de Medicina da Faculdade Pitágoras Campus Bacabal-MA. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

<sup>3</sup> Discente do Curso Superior de Medicina da Faculdade Pitágoras Campus Bacabal-MA. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

<sup>4</sup> Discente do Curso Superior de Medicina da Faculdade Pitágoras Campus Bacabal-MA. E-mail: Caroline Vieira Carneiro

<sup>5</sup> Discente do Curso Superior de Medicina da Faculdade Pitágoras Campus Bacabal-MA. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

<sup>6</sup> Docente/orientador do Curso Superior de Medicina da Faculdade Pitágoras Campus Bacabal MA. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

<sup>7</sup> Docente/orientadora do Curso Superior de Medicina da Faculdade Pitágoras Campus Bacabal MA. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)