

## DIREITO À SAÚDE NO PERÍODO PÓS-ALTA EM HANSENÍASE: LIMITES E POSSIBILIDADES EM SUA GARANTIA

### RIGHT TO HEALTH IN THE POST-DISCHARGE PERIOD OF LEPROSY: LIMITS AND POSSIBILITIES IN ITS GUARANTEE

Mísia Fagundes RODRIGUES\* 

Thiago Ribeiro RAFAGNIN\*\* 

Maritânia Salete Salvi RAFAGNIN\*\*\* 

**Resumo:** Esta pesquisa analisa a garantia do direito à saúde no período pós-alta em hanseníase à luz do princípio da integralidade, considerando os desafios e limitações na efetivação desse direito. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, documental e bibliográfica. A análise documental compreende a Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) e portarias do Ministério da Saúde relacionadas à hanseníase e à organização da atenção à saúde. A pesquisa bibliográfica foi realizada nos portais da Biblioteca Virtual da Saúde e Periódicos CAPES, selecionando-se artigos que abordam o acompanhamento dos indivíduos após a alta medicamentosa. Os resultados indicam que, embora existam diretrizes normativas, sua implementação apresenta fragilidades, especialmente na continuidade do cuidado, prevenção e tratamento de incapacidades, vigilância epidemiológica e reabilitação física, psicossocial e profissional. A falta de articulação entre os níveis de atenção à saúde, a descontinuidade do acompanhamento e a carência de capacitação profissional comprometem a assistência integral aos pacientes no pós-alta. Conclui-se que o Brasil é referência no monitoramento da hanseníase, mas ainda enfrenta desafios para assegurar a efetividade do direito à saúde no período pós-alta. Para garantir um cuidado integral e contínuo, é essencial fortalecer políticas públicas voltadas à reabilitação e reintegração dos pacientes, promovendo estratégias que reduzam incapacidades e recidivas, além de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos acometidos pela doença.

**Palavras-chave:** Direito à saúde. Pós-alta em Hanseníase. Princípio da Integralidade.

**Abstract:** This study analyzes the guarantee of the right to health in the post-discharge period of leprosy in light of the principle of integrality, considering the challenges and limitations in the realization of this right. It is a qualitative, documental, and bibliographic research. The documental analysis includes the 1988 Federal Constitution, the Organic Health Law (Law No. 8.080/1990), and Ministry of Health ordinances related to leprosy and the organization of health care. The bibliographic research was conducted in the Virtual Health Library (BVS) and CAPES Journals Portal, selecting articles that address the follow-up of individuals after medical discharge. The results indicate that, although normative guidelines exist, their implementation presents weaknesses, particularly in continuity of care, prevention and treatment of disabilities, epidemiological surveillance, and physical, psychosocial, and professional rehabilitation. The lack of coordination between levels of health care, discontinuity of follow-up, and insufficient professional training compromise comprehensive care for patients in the post-discharge period. It is concluded that Brazil is a reference in leprosy monitoring, but still faces challenges in ensuring the effectiveness of the right to health during the post-discharge period. To ensure integral and continuous care, it is essential to strengthen public policies focused on rehabilitation and reintegration of patients, promoting strategies that reduce disabilities and recurrences, as well as improving the quality of life of individuals affected by the disease.

**Keywords:** Right to Health. Post-Discharge in Leprosy. Principle of Integrality.

Submetido em 02/08/2024. Aceito em 21/12/2024.

\* Graduada no Curso de Bacharelado em Direito da Universidade Federal do Oeste da Bahia. Advogada. E-mail: [misiafrodriques@gmail.com](mailto:misiafrodriques@gmail.com)

\*\* Pós-Doutor em Direito pelo PPGD da Universidade Federal de Pelotas; Doutor em Política Social e Direitos Humanos e Mestre em Política Social pela Universidade Católica de Pelotas; Especialista em Direito Constitucional com Ênfase em Direitos Fundamentais, em LGPD & GDPR e em Gestão Pública; Graduado em Direito; Docente Permanente no Programa de Pós-graduação, nível de Mestrado, em Ciências Ambientais e do Curso de Direito da Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB), na vaga de Direito Constitucional. E-mail: [rafagnin40@hotmail.com](mailto:rafagnin40@hotmail.com)

\*\*\*Doutora em Política Social e Direitos Humanos e Mestra em Política Social pela UCPel. Especialista em Direitos Humanos. Especialista em Contabilidade e Finanças. MBA em Administração Estratégica em Recursos Humanos. Graduada em Serviço Social e Gestão Pública. Professora efetiva do Centro de Humanidades da Universidade Federal do Oeste da Bahia. E-mail: [mari.salvi@gmail.com](mailto:mari.salvi@gmail.com)



## Introdução

A hanseníase é uma doença infecciosa crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*, com alto potencial incapacitante e impacto significativo na saúde pública. Apesar da redução progressiva da incidência global, o Brasil continua entre os países com maior número de casos, ocupando a segunda posição mundial em detecção da doença, atrás apenas da Índia<sup>1</sup>. Em razão desse cenário, o país tornou-se uma referência internacional no monitoramento e controle da hanseníase, com diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde para garantir o diagnóstico precoce, o tratamento por poliquimioterapia (PQT) e o acompanhamento dos pacientes. No entanto, embora o Brasil se destaque na vigilância epidemiológica e no controle da transmissão, a atenção à saúde no período pós-alta ainda enfrenta desafios significativos, especialmente no que se refere à continuidade do cuidado e à reabilitação dos indivíduos acometidos.

A hanseníase, além de suas implicações médicas, apresenta dimensões sociais, econômicas e psicossociais que demandam uma abordagem integral no cuidado aos pacientes. Após a conclusão do tratamento medicamentoso, muitos indivíduos continuam com sequelas físicas e enfrentam barreiras para reinserção social e profissional. O princípio da integralidade, previsto na Constituição Federal de 1988 como um dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelece que a atenção à saúde deve ser contínua e abrangente, contemplando não apenas o tratamento da doença, mas também a reabilitação e o suporte necessário para a reintegração dos pacientes à sociedade. No entanto, na prática, a efetivação desse princípio no pós-alta em hanseníase pode ser limitada por diversos fatores, como a descontinuidade do acompanhamento, a carência de profissionais capacitados e a falta de articulação entre os níveis de atenção à saúde.

À vista disso, esta pesquisa tem como objetivo analisar em que medida o direito à saúde no período pós-alta em hanseníase é assegurado, à luz do princípio da integralidade. Para isso, adota-se uma abordagem qualitativa e exploratória, estruturada em duas etapas metodológicas: pesquisa documental e pesquisa bibliográfica.

Na primeira etapa, realiza-se uma pesquisa documental para definir o conteúdo essencial do direito à saúde no pós-alta da hanseníase, considerando a legislação e normativas do Sistema Único de Saúde (SUS). Foram analisados dispositivos legais fundamentais, incluindo a Constituição Federal de 1988, a Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde) e portarias ministeriais, como a Portaria nº 4.279/2010 (Diretrizes da Rede de Atenção à Saúde - RAS), a Portaria nº 2.488/2011 (Política Nacional de Atenção Básica) e a Portaria nº 3.125/2010 (Diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase). A interpretação desses documentos foi realizada por meio do método de interpretação sistemática, conforme descrito por Ávila

---

<sup>1</sup> G1. Brasil é o segundo país com maior incidência de hanseníase no mundo. *Jornal Nacional*, 29 jan. 2024. Disponível em: <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2024/01/29/brasil-e-o-segundo-pais-com-maior-incidencia-de-hanseniase-no-mundo.ghtml>. Acesso em: 11 mar. 2025.

(2011), que compreende as normas jurídicas como construções de sentido a partir da inter-relação entre diferentes textos normativos.

Na segunda etapa, desenvolve-se uma pesquisa bibliográfica com o objetivo de identificar estudos científicos que abordam a assistência à saúde no pós-alta em hanseníase. Para isso, foram consultadas as bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Periódicos CAPES, por serem repositórios amplamente utilizados para pesquisas em saúde pública. Foram utilizadas as palavras-chave “hanseníase” e “pós-alta”, resultando em 32 artigos no levantamento inicial. Após uma leitura exploratória, foram selecionados 13 artigos mais alinhados ao objetivo do estudo. Em seguida, realizou-se uma análise aprofundada, culminando na escolha de 7 artigos que abordavam especificamente o período pós-alta. Os demais foram excluídos por tratarem do tema de forma tangencial, sem aprofundar os aspectos relacionados ao princípio da integralidade.

Por fim, para avaliar a garantia do direito à saúde no pós-alta da hanseníase, os resultados da pesquisa bibliográfica foram confrontados com a delimitação feita na pesquisa documental do conteúdo essencial do princípio da integralidade. Esse princípio, previsto na Constituição Federal de 1988 e estruturante do SUS, serviu como base para analisar se as ações desenvolvidas no sistema público de saúde asseguram uma assistência integral às pessoas no período do pós-alta em hanseníase.

## **1. Direito à saúde e o princípio da integralidade**

Os direitos sociais foram reconhecidos em 1948, pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, juntamente com os direitos civis e direitos políticos, como parte do conjunto dos direitos humanos. São direitos que devem ser aplicados igualmente a todas as pessoas, sem qualquer distinção.

No Brasil, a incorporação dos direitos sociais à categoria de direitos fundamentais ocorreu com a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988, especificamente no artigo 6º que lista o rol desses direitos, estando entre eles o direito à saúde (Brasil, 1988). Conforme Rafagnin (2019), esse artigo trata-se de norma de eficácia limitada, de caráter programático, logo, sua existência na Constituição não garante, por si só, sua concretização. Para tanto, é necessário que o Estado implemente esses direitos sociais por meio de políticas públicas, pois exigem uma ação positiva do Estado para sua efetivação (Rafagnin, 2019).

Em relação ao direito à saúde, sua definição está no art. 196 da CF/1988, que estabelece: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988). Portanto, para que esse direito seja garantido, é necessário que as políticas sociais e econômicas sejam implementadas, cabendo ao Estado prover as condições indispensáveis para o seu pleno exercício (Brasil, 1990a).

No Brasil, o direito à saúde foi uma conquista do Movimento pela Reforma Sanitária, que propôs a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), posteriormente concretizado após a promulgação da

CF/1988 (Zioni; Almeida; Pereira Filho, 2013). Assim, a saúde passou a ser dever do Estado e direito do cidadão. A Constituição também incorporou propostas políticas anteriores, estabelecendo a base legal da Política de Saúde para a criação do SUS nos artigos 196 a 200 (Zioni; Almeida; Pereira Filho, 2013). Posteriormente, em 1990, essa política foi regulamentada pelas Leis Orgânicas nº 8.080<sup>2</sup>, e nº 8.142<sup>3</sup>. Matta (2007) afirma que esses três documentos constituem a base formal do SUS, expressando seus elementos fundamentais. Além dessas leis, há decretos, portarias e medidas provisórias que atualizam, alteram ou revisam aspectos operacionais do sistema.

O SUS é regido por princípios que correspondem à base filosófica e ideológica (Matta, 2007). A Lei nº 8.080/1990 estabelece três princípios fundamentais: universalidade, equidade e integralidade. A universalidade assegura o direito de todos os cidadãos aos serviços de saúde, enquanto a equidade visa distribuir os serviços conforme as necessidades individuais, promovendo a justiça social. O princípio da integralidade, foco desta pesquisa, refere-se à prestação de serviços que abranjam todas as dimensões da saúde, desde a prevenção de doenças até a promoção, proteção, cura e reabilitação.

Acerca do princípio da integralidade, destaca-se sua força constitucional. O artigo 198, inciso II da Constituição Federal de 1988, dispõe que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, organizados de acordo com diretrizes, entre as quais se encontra o atendimento integral (Brasil, 1988). Dessa forma, deve-se considerar a supremacia e a força normativa da Constituição, que segundo Hesse (1991, p. 15) a Constituição “não configura, portanto, apenas expressão de um ser, mas também de um dever ser [...]”. Logo, o princípio da integralidade deve nortear as normas infraconstitucionais que regulamentam o direito à saúde. Não por acaso, que a Lei nº 8.080/1990 dispõe sobre esse mesmo princípio estabelecido na Constituição de 1988.

Sob a perspectiva da integralidade, as ações de saúde no SUS devem ser combinadas e voltadas, concomitantemente, para a prevenção, a cura e o acompanhamento no pós-alta. Além disso, os serviços de saúde devem atender os indivíduos como um ser integral, promovendo cuidados que vão além da mera intervenção em doenças (Zioni; Almeida; Pereira Filho, 2013). Assim, o atendimento deve buscar cessar as causas, diminuir riscos e tratar os danos. Isto significa que é necessário garantir o acesso de: promoção, que envolve ações também em outras áreas, como habilitação, meio ambiente e educação; prevenção, como saneamento básico, imunizações, ações coletivas e preventivas, vigilância à saúde e sanitária; além de recuperação, que compreende atendimento médico, tratamento; e reabilitação para os doentes (Zioni; Almeida; Pereira Filho, 2013).

Ainda, Solha (2014) sustenta que o conceito de integralidade envolve a organização dos serviços de modo a oferecer cuidados abrangentes, contemplando todas as necessidades de saúde da população. Outra

---

<sup>2</sup> Trata da organização e regulação das ações e serviços de saúde em todo o território nacional (Brasil, 1990a).

<sup>3</sup> Define a participação popular no SUS e dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (Brasil, 1990b).

vertente desse entendimento é a visão de que o SUS deve cuidar das pessoas em sua totalidade, sem reduzir os indivíduos a seus aspectos biológicos ou às suas enfermidades (Solha, 2014).

Esta pesquisa focaliza a questão do pós-alta da hanseníase, destacando a importância de garantir o acesso às políticas públicas de saúde para pessoas acometidas pela doença. Isso é essencial para tratar incapacidades físicas, reações hansênicas e recidivas, visando à reinserção dos indivíduos na sociedade e no mercado de trabalho, bem como à melhoria de sua qualidade de vida.

## **2. O princípio da integralidade no direito à saúde e sua garantia na legislação infraconstitucional no pós-alta em hanseníase**

Conforme já foi apontado, o princípio da integralidade do direito à saúde está disposto na Constituição de 1988. Entretanto, o direito à saúde, por se tratar de um direito social, necessita ações positivas do Estado para sua efetivação, sendo que o estabelecido na Carta Constituinte deve orientar a legislação infraconstitucional e políticas públicas para sua garantia.

Nessa linha, é preciso observar que a interpretação do princípio da integralidade desse direito não se limita a própria Constituição, mas dada a diversidade de processos de saúde/doença, ele deve ser ampliado para contemplar os mais variados aspectos. Assim, verifica-se que a interpretação desse princípio pode ser ampliada através de legislações, portarias, entre outras, com o intuito de garantir o princípio da integralidade no direito à saúde.

A partir da análise dos dispositivos da CF/1988, da Lei nº 8.080/1990, da Portaria nº 2.488/2011, da Portaria nº 4.279/2010, da Portaria nº 3.125/2010 que tratam sobre o princípio da proteção integral no direito à saúde relacionado ao período do pós-alta em hanseníase, verificou-se que esse princípio é constituído por seis dimensões: *continuidade do cuidado e acompanhamento longitudinal; prevenção e tratamento de incapacidades; educação permanente e capacitação profissional; vigilância epidemiológica e controle de recidivas; reabilitação física, psicossocial e profissional; e cuidado centrado no indivíduo e suas necessidades*. O conteúdo essencial de cada dimensão pode ser observado na Tabela 01, que foi extraído a partir da interpretação sistemática dos dispositivos da legislação constitucional e infraconstitucional acerca do tema.

**Tabela 01** - Dimensões do princípio da integralidade do direito à saúde no período do pós-alta em hanseníase.

DIMENSÕES	CONTEÚDO ESSENCIAL	APLICAÇÃO	DISPOSITIVOS LEGAIS
<b>Continuidade do cuidado e Acompanhamento longitudinal</b>	O cuidado deve ser continuado mesmo após a alta por cura, abrangendo as fases da doença e suas sequelas. O acompanhamento longitudinal, se refere ao acompanhamento do paciente ao longo do tempo por uma equipe multiprofissional que estabelece um vínculo duradouro e monitora possíveis complicações tardias, como recidivas e reações.	No pós-alta, deve haver o monitoramento constante das sequelas físicas, como incapacidades sensitivo-motoras, e a continuidade do cuidado com base nas necessidades individuais do paciente. A equipe de saúde deve acompanhar regularmente o paciente no pós-alta, para que em caso de necessidades, as intervenções sejam feitas.	CF/1988, Art. 196; Lei 8.080/1990, Art. 7º, II; Portaria nº 2.488/2011, disposições gerais sobre a Atenção Básica, dos princípios e diretrizes gerais, caput e inciso III; Portaria nº 4.279/2010 – Diretrizes da Rede de Atenção à Saúde (RAS)
<b>Prevenção e tratamento de incapacidades</b>	Um ponto presente nas normas é a articulação entre os diferentes níveis de atenção (primária, secundária e terciária), garantindo que os pacientes sejam referenciados para serviços especializados sempre que necessário, como em casos de recidiva ou complicações mais graves.	A atenção primária é a porta de entrada e deve coordenar o cuidado, mas, ao identificar complicações que exigem mais especialização (como a recidiva), os pacientes devem ser encaminhados a serviços de referência municipais, regionais ou estaduais.	CF/1988, Art. 196; Lei 8.080/1990, Art. 7º, II; Portaria nº 3.125/2010, diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase: 2.4. Prevenção e tratamento de incapacidades, e 2.5.3. Prevenção e tratamento de incapacidades.
<b>Educação permanente e capacitação profissional</b>	A educação permanente é fundamental para capacitar as equipes de saúde para a detecção precoce de complicações, promoção de autocuidado e prestação de um atendimento humanizado e integral.	Equipes que acompanham os pacientes com hanseníase devem ser continuamente treinadas para atuar de forma eficaz tanto na vigilância de recidivas quanto no suporte às necessidades físicas, emocionais e psicossociais dos pacientes.	CF/1988, Art. 200, III; Lei 8.080/1990, Art. 27; Portaria nº 3.125/2010, diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase: d) Realizar capacitação de pessoal-estados, para ações de controle da hanseníase. Portaria nº 4.279/2010 – Diretrizes da Rede de Atenção à Saúde (RAS)
<b>Vigilância epidemiológica e controle de recidivas</b>	As diretrizes reforçam a necessidade de uma vigilância epidemiológica contínua, incluindo o monitoramento de recidivas e a resistência medicamentosa. Pacientes que não respondem ao tratamento devem ser encaminhados para centros especializados.	O acompanhamento pós-alta deve incluir a vigilância ativa para identificar sinais de recidiva, com coleta de material para análise laboratorial, especialmente em casos multibacilares, e garantir que a resistência medicamentosa seja monitorada de forma eficaz.	CF/1988, Arts. 196 e 200, I; Lei 8.080/1990, Art. 6º, I; Portaria nº 3.125/2010, diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase: 2.2.5. Seguimento de casos; 2.5.1. Reações pós-alta por cura; e 2.5.2. Recidiva.
<b>Reabilitação física, psicossocial e profissional</b>	A reabilitação não se limita ao aspecto físico, mas também envolve a reabilitação psicossocial e profissional, com a reintegração do paciente à sociedade e ao mercado de trabalho, quando possível. A reabilitação é vista como parte integrante do cuidado contínuo.	Devem ser desenvolvidas ações para apoiar a reintegração do paciente à vida social e profissional, com suporte para adaptações físicas e emocionais que garantam uma vida autônoma e produtiva.	CF/1988, Arts. 6º e 196; Lei nº 8.080/1990, art. 7º, incisos II e VII; Portaria nº 2.488/2011, anexo I, disposições gerais sobre a Atenção Básica, dos princípios e diretrizes gerais da Atenção Básica.
<b>Cuidado centrado no indivíduo e suas necessidades</b>	A integralidade do cuidado envolve considerar o indivíduo em sua totalidade, incluindo sua inserção social, cultural e econômica, de forma que o tratamento não se restrinja à doença, mas também atenda às necessidades singulares de cada pessoa.	No pós-alta de hanseníase, o cuidado deve ser personalizado e ajustado às particularidades de cada paciente, levando em conta suas condições de vida, suas dificuldades e sua capacidade de adaptação às sequelas.	CF/1988, Art. 196; Lei nº 8.080/1990, art. 7º, incisos II e VII; Portaria nº 2.488/2011, anexo I, disposições gerais sobre a Atenção Básica: dos princípios e diretrizes gerais da Atenção Básica; e das funções da Rede de Atenção à Saúde.

Fonte: dos autores.

Portanto, a partir da interpretação sistemática, verifica-se que o princípio da integralidade no direito à saúde, no contexto do pós-alta em hanseníase, se estabelece como um eixo central para assegurar um cuidado amplo e contínuo, abrangendo aspectos de reabilitação, prevenção, vigilância e suporte psicossocial. Essa perspectiva é essencial para promover a reintegração dos pacientes à sociedade, com dignidade e qualidade de vida, conforme previsto na legislação constitucional, infraconstitucional e nas diretrizes das políticas públicas de saúde. Com essa compreensão, torna-se possível avançar para a análise da garantia do princípio da integralidade no período do pós-alta em hanseníase, aprofundando as dimensões identificadas e suas implicações práticas na efetivação do direito à saúde.

### **3. Análise do princípio da integralidade no direito à saúde no pós-alta em hanseníase**

Conforme discutido no tópico anterior, no contexto do pós-alta em hanseníase, a análise do conteúdo essencial do direito à saúde, à luz do princípio da integralidade, revela a importância de um cuidado amplo e contínuo para assegurar a qualidade de vida nesse período. A integralidade, enquanto princípio constitucional e norteador do SUS, exige que a atenção aos indivíduos acometidos pela hanseníase vá além do tratamento medicamentoso, abrangendo dimensões como continuidade do cuidado, prevenção e tratamento de incapacidades, capacitação profissional das equipes de saúde, vigilância epidemiológica, reabilitação e o cuidado centrado no indivíduo.

Diante disso, na sequência será analisado em que medida tem sido assegurada a garantia do direito à saúde no período pós-alta em hanseníase, evidenciando os avanços e desafios na efetivação desse direito no período pós-alta da hanseníase, a partir da delimitação feita anteriormente do conteúdo essencial desse direito.

#### *3.1 Continuidade do cuidado e acompanhamento longitudinal*

Em relação a **continuidade do cuidado e acompanhamento longitudinal**, embora a legislação determine a necessidade do cuidado e de acompanhamento longitudinal dos pacientes, na prática, muitas unidades de saúde não realizam esse monitoramento de forma sistemática. Conforme Araújo *et al.* (2018), uma parcela significativa dos pacientes pós-alta não recebe avaliações neurológicas periódicas, comprometendo a detecção precoce de complicações decorrentes da doença.

Dentre os fatores que contribuem para essas fragilidades, Reis *et al.* (2018), em seu estudo sistemático realizado na região Sudoeste do estado da Bahia, destacam a falta de estrutura adequada nos serviços de saúde e a necessidade de maior capacitação dos profissionais para o monitoramento sistemático dos casos diagnosticados com a doença e no momento da alta, uma vez que tais fatores podem implicar na

descontinuidade do acompanhamento que deveria ser prestado aos pacientes que concluíram a poliquimioterapia (PQT).

Nesse sentido, Pinheiro *et al* (2016) evidenciam a necessidade urgente de garantir o acompanhamento dos pacientes mesmo após a alta por cura. Isso porque, o acompanhamento multiprofissional e a reabilitação do paciente devem ser promovidos para prevenir e melhorar as sequelas adquiridas com a enfermidade. Ribeiro, Oliveira e Filgueiras (2015) corroboram com esse entendimento em sua pesquisa, pois entendem que o acompanhamento contínuo deve ser levado em consideração por causa das reações hansênicas e recidivas, como também, os danos psicossociais da doença.

Ainda, Barbosa *et al* (2014) apontam que o processo de atendimento no período após a alta precisa de padronização, tendo em vista que o acompanhamento dos pacientes após a PQT é focado quase exclusivamente no tratamento de reações hansênicas. Dessa forma, a atenção à hanseníase como doença crônica deve ser integrada de forma mais efetiva na rede de serviços de atenção do Sistema Único de Saúde.

Nessa senda, os resultados da pesquisa apresentados por Pinheiro *et al.* (2016) demonstram que para a efetividade da continuidade do cuidado e do acompanhamento longitudinal são imprescindíveis implementar cada vez mais estratégias integrando todos os níveis de atenção, incluindo as ações desenvolvidas pela Atenção Primária em Saúde, além da promoção de procedimentos mais complexos, quando necessários.

### *3.2 Prevenção e tratamento de incapacidades*

A **prevenção e tratamento de incapacidades** em pacientes acometidos pela hanseníase estão diretamente ligados à continuidade do cuidado e ao acompanhamento longitudinal. A hanseníase pode gerar sequelas incapacitantes, exigindo intervenções específicas para minimizar seus impactos e garantir uma melhor qualidade de vida aos pacientes. Nesse sentido, a pesquisa de Reis *et al.* (2018), demonstrou a necessidade de ampliação dos serviços, uma vez que a prevenção e o tratamento de incapacidades demandam um planejamento que priorize a avaliação neurológica pelas equipes de saúde, dada sua associação com a cronicidade da doença e o grau de incapacidade estabelecido. Para tanto, ressaltam os pesquisadores que medidas devem ser implementadas para garantir o acompanhamento sistematizado dos casos, melhorar as estratégias de referência e contrarreferência entre os níveis de atenção, monitorar as funções neurais e registrar criteriosamente os achados durante a avaliação física. Além disso, o agendamento de retornos e a qualificação dos profissionais envolvidos no controle da hanseníase são essenciais para assegurar a integralidade da atenção e evitar a evolução para novas deficiências (Reis *et al.*, 2018).

Para efetivar a prevenção e o tratamento de incapacidades, a pesquisa de Araújo *et al.* (2018), demonstra a necessidade de planejamento de ações de saúde mais adequadas à população, fortalecendo a longitudinalidade do cuidado frente às condições crônicas da hanseníase. Isso implica a necessidade de



estratégias que garantam um monitoramento contínuo, possibilitando a detecção precoce de complicações e o encaminhamento oportuno para serviços especializados.

Além disso, a adesão a prevenção e tratamento de incapacidades depende, em grande medida, da informação e da conscientização dos pacientes sobre a importância do monitoramento contínuo. No entanto, conforme identificado por Reis *et al.* (2018) em pesquisa realizada no município de Vitória da Conquista, a maioria dos pacientes com incapacidades possui baixa escolaridade e baixa renda, evidenciando a relação entre hanseníase e vulnerabilidade social. Da mesma forma, a pesquisa de Antas *et al.* (2022) em municípios endêmicos no Piauí revela esse mesmo aspecto. Esse fator tem implicações diretas no acompanhamento longitudinal das incapacidades, uma vez que populações em situação de vulnerabilidade podem deixar de buscar tratamento adequado em casos de recidivas ou mesmo não participar do monitoramento sistemático devido a essas dificuldades socioeconômicas.

Ademais, a pesquisa de Monteiro *et al.* (2013) realizada no município de Araguaína (TO) demonstrou que os pacientes multibacilares e aqueles que apresentaram episódios reacionais têm um risco significativamente maior de desenvolver incapacidades permanentes. No entanto, o estudo revela que a abordagem clínica do pós-alta frequentemente ignora esse risco, deixando os pacientes sem acompanhamento adequado. Isso porque, o acompanhamento exige uma abordagem multiprofissional, mas a pesquisa identificou que, no município analisado, 100% dos pacientes que retornaram aos serviços de saúde para acompanhamento devido a episódios reacionais foram atendidas pelo médico, enquanto 47,4% por fisioterapeutas e 17,1% por profissionais da enfermagem. As áreas de psicologia, odontologia e serviço social, por sua vez, tiveram atuação extremamente reduzida, cada uma prestando atendimento a apenas 1,1% dos casos (Monteiro *et al.*, 2013). Além disso, a escassez de mão de obra profissional agrava essa realidade, pois os serviços de saúde contam com quantitativo reduzido de profissionais para uma demanda complexa e diversificada, o que afeta diretamente o acompanhamento contínuo dos casos.

Diante desse cenário, é fundamental a estruturação e hierarquização da rede de atenção à saúde nos âmbitos municipal, regional e estadual, de modo a viabilizar um sistema eficiente de referência e contrarreferência, assegurando a atenção integral à pessoa com hanseníase. Para isso, as pactuações devem garantir o acompanhamento contínuo do usuário acometido pela doença, permitindo que aqueles diagnosticados recebam atendimento especializado ao longo de sua jornada terapêutica (Pinheiro *et al.*, 2019).

Nesse contexto, Pinheiro *et al.* (2019) destacam que o diagnóstico e o tratamento inicial devem ser conduzidos pelos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS). No entanto, quando há necessidade de exames laboratoriais, esclarecimento de dúvidas sobre o diagnóstico, manejo de reações adversas, tratamento de episódios reacionais, recidivas ou reabilitação cirúrgica, o encaminhamento dos pacientes para serviços de referência torna-se indispensável.

Além disso, conforme ressaltado por Pinheiro *et al.* (2019), quando um paciente deixa de constar no registro ativo de hanseníase e passa a ser classificado entre as doenças crônicas, torna-se essencial a

adoção de um planejamento que priorize a avaliação neurológica como uma das principais medidas preventivas a serem implementadas pelas equipes de saúde.

### 3.3 Educação permanente e a capacitação profissional

A **educação permanente e a capacitação profissional** dos trabalhadores da saúde são pilares fundamentais para a garantia da qualidade dos serviços prestados no Sistema Único de Saúde (SUS). No contexto específico da hanseníase, essa orientação se traduz na necessidade de capacitar as equipes para um atendimento adequado, assegurando diagnóstico precoce, monitoramento adequado e reabilitação dos pacientes.

Os estudos analisados demonstram que, embora haja um arcabouço legal que respalde a capacitação dos profissionais de saúde, sua efetivação ainda apresenta desafios. Conforme Araújo *et al.* (2018) e Reis *et al.* (2018), a ausência de capacitação adequada contribui para falhas no monitoramento pós-alta, prejudicando a detecção precoce de complicações e incapacidades. Esses estudos destacam que a longitudinalidade do cuidado poderia ser fortalecida se houvesse uma qualificação contínua das equipes de saúde para a vigilância da hanseníase.

Ademais, Monteiro *et al.* (2013) e Reis *et al.* (2018) apontam que a redução da incidência de incapacidades permanentes depende diretamente da formação de profissionais capacitados para realizar diagnóstico precoce e reabilitação eficaz. No entanto, a capacitação multiprofissional ainda é limitada, restringindo a assistência aos pacientes e comprometendo sua qualidade de vida.

Nessa senda, é preciso mencionar que, a ausência de suporte multiprofissional para a reabilitação dos pacientes, evidencia a falta de profissionais capacitados para atuar na atenção especializada. Logo, há um déficit significativo de mão de obra na área da hanseníase, tornando a assistência ainda mais desafiadora. O número reduzido de profissionais de saúde disponível para atender os serviços, aliado à diversidade das demandas dos pacientes, dificulta a organização dos atendimentos e compromete a efetividade das ações. A falta de uma equipe ampliada impacta diretamente na reabilitação dos indivíduos, reforçando a necessidade de maior investimento na formação e alocação de profissionais especializados.

Já Antas *et al.* (2022) e Monteiro *et al.* (2013) ressaltam que a articulação entre os diferentes níveis de atenção também é impactada pela falta de treinamento adequado. A ausência de uma política estruturada de capacitação dificulta a comunicação entre os serviços de saúde e prejudica a integralidade do cuidado.

Outrossim, Reis *et al.* (2018) e Araújo *et al.* (2018) enfatizam que a falta de registro e monitoramento das incapacidades está diretamente relacionada à carência de capacitação dos profissionais. O não preenchimento correto das informações sobre o grau de incapacidade dos pacientes demonstra falhas na formação das equipes de saúde e reforça a necessidade de educação permanente para garantir a efetividade das diretrizes legais.

### 3.4 Vigilância epidemiológica e controle de recidivas

A **vigilância epidemiológica contínua** é essencial para detectar e tratar precocemente os casos **controle de recidiva**, reduzindo o risco de disseminação da doença. Apesar da previsão legal e das diretrizes estabelecidas, os estudos analisados demonstram que a vigilância epidemiológica da hanseníase ainda apresenta fragilidades que comprometem o acompanhamento adequado dos pacientes. Reis *et al.* (2018) identificaram que em Vitória da Conquista (BA), a prevalência de incapacidades físicas no pós-alta é de 64,8%, evidenciando falhas no monitoramento e acompanhamento contínuo. Além disso, o estudo destaca que o registro do grau de incapacidade muitas vezes ocorre apenas durante o período de PQT, o que compromete a avaliação da evolução do quadro clínico dos pacientes e a detecção precoce de recidivas.

Pinheiro *et al.* (2016) ressaltam que o pós-alta da hanseníase ainda é pouco estruturado nos serviços de saúde, com dificuldades na articulação entre os níveis de atenção. Essa descontinuidade compromete a identificação de novos episódios reacionais e a adoção de medidas terapêuticas preventivas. Já Pinheiro *et al.* (2019) enfatizam que, apesar dos avanços no tratamento da hanseníase, ainda há um déficit na vigilância dos pacientes egressos, tornando essencial a implementação de estratégias que garantam a continuidade da assistência. Isso porque, os autores citam a “[...] inexistência de ações bem definidas na rede de atenção voltadas para a operacionalização da atenção na continuidade de cuidados voltados aos egressos da PQT” (Pinheiro *et al.*; 2019, p. 04).

No contexto epidemiológico, Ribeiro *et al.* (2022) demonstram que o Nordeste do Brasil concentra quase metade dos casos de hanseníase no país, evidenciando que a desigualdade no acesso aos serviços de saúde impacta diretamente no controle da doença. Essa realidade reforça a necessidade de políticas de saúde que priorizem ações de busca ativa, acompanhamento multiprofissional e educação em saúde para prevenir recidivas.

Além disso, a pesquisa de Araújo *et al.* (2018) demonstrou que a prevalência de incapacidades físicas no pós-alta é de 70,43%, sendo mais frequente entre pacientes do sexo masculino, com idade avançada e baixa escolaridade. Esse dado reforça a necessidade de planejamento de ações de saúde mais adequadas à população, fortalecendo a longitudinalidade do cuidado e garantindo o acompanhamento contínuo dos indivíduos em risco de desenvolver incapacidades e recidivas.

Acerca dos desafios e propostas para melhorar o controle das recidivas, os estudos demonstram que há uma necessidade urgente de aprimorar a vigilância epidemiológica e o controle das recidivas na hanseníase. Para isso, algumas estratégias apontadas nas pesquisas dos autores indicam as seguintes prioridades: Monitoramento sistemático dos pacientes após a alta, incluindo a realização periódica de avaliações neurológicas e do grau de incapacidade (Reis *et al.*, 2018); Articulação eficiente entre os diferentes níveis de atenção, garantindo que os casos mais complexos sejam encaminhados para serviços especializados (Pinheiro *et al.*, 2016); Expansão da busca ativa de casos e ações de vigilância para populações vulneráveis (Ribeiro *et al.*, 2022; Pinheiro *et al.*, 2019); Educação em saúde e conscientização dos pacientes sobre a

importância do acompanhamento contínuo, prevenindo a progressão das incapacidades e reduzindo o risco de recidivas (Araújo *et al.*, 2018); Capacitação dos profissionais de saúde para melhorar a detecção precoce de complicações e otimizar o atendimento multiprofissional (Pinheiro *et al.*, 2019).

### *3.5 Reabilitação física, psicossocial e profissional*

A **reabilitação física, psicossocial e profissional**, conforme as pesquisas encontradas acerca do tema, é uma das dimensões mais desafiadoras de serem implementadas no pós-alta em hanseníase. Conforme aponta a pesquisa de Reis *et al.* (2018), em contextos de vulnerabilidade social, marcados pelo analfabetismo e pela precariedade econômica, muitos indivíduos sequer procuram os serviços de saúde em casos de reincidência da doença. Essa falta de retorno ao acompanhamento impede um monitoramento adequado, dificultando a prevenção e o tratamento das incapacidades físicas.

Ademais, a pesquisa de Monteiro *et al.* (2013) em um município no Norte do Brasil, revela que a maioria dos pacientes que desenvolvem incapacidades não recebe suporte para reinserção profissional ou social, o que agrava ainda mais o estigma associado à hanseníase. Isso porque, os serviços não dispõem de um quantitativo de profissionais para atender as demandas necessárias, de modo que, as pessoas que buscam os serviços de monitoramento são atendidas pelos médicos, mas não pelos demais profissionais da área da saúde.

Na pesquisa de Antas *et al.* (2022) sobre a qualidade de vida e condição clínica de indivíduos com hanseníase na Atenção Básica e Especializada de saúde em João Pessoa, Paraíba, Brasil, foram identificados importantes desafios na reabilitação física, psicossocial e profissional no pós-alta da doença. Do ponto de vista físico, observou-se que muitos pacientes apresentam neurite, osteoporose e artrose, condições que comprometem a mobilidade e limitam a realização das atividades diárias, tornando essencial o acompanhamento contínuo e a avaliação neurológica periódica para prevenir o agravamento das incapacidades (Antas *et al.*, 2022). No âmbito psicossocial, os indivíduos entrevistados acometidos pela hanseníase enfrentam depressão, ansiedade, baixa autoestima e estigma social, além da dependência medicamentosa, o que afeta sua autonomia e bem-estar emocional. A dor neuropática, frequentemente relatada, intensifica esse quadro, evidenciando a necessidade de suporte psicossocial e estratégias para facilitar a reintegração social (Antas *et al.*, 2022). Já na reabilitação profissional, a pesquisa apontou que a baixa escolaridade e a vulnerabilidade econômica dificultam a reinserção no mercado de trabalho, especialmente para aqueles que enfrentam incapacidades físicas. Diante desse cenário, os autores destacam a necessidade de ações educativas que auxiliem na adaptação profissional e garantam melhores condições de qualidade de vida aos indivíduos após a alta (Antas *et al.*, 2022).

Ademais, Ribeiro, Oliveira e Filgueiras (2015), ao discutirem sobre o panorama epidemiológico da Hanseníase no nordeste brasileiro, constataram que os pacientes que receberam alta por cura da hanseníase necessitam de políticas específicas e de uma assistência integral à saúde. Nesse sentido, Araújo *et al.* (2018)

defendem que é necessário potencializar a atenção específica e multiprofissional, além de realizar um planejamento adequado das ações de saúde voltadas para as pessoas acometidas pela hanseníase no momento pós-alta medicamentosa.

Isso significa que a garantia do direito à saúde para pessoas diagnosticadas com hanseníase deve considerar um novo conceito de cura, que, além da eliminação do bacilo, inclua o acompanhamento das sequelas que permanecem após a alta da poliquimioterapia (Ribeiro; Oliveira; Filgueiras, 2015).

### *3.6 Cuidado centrado no indivíduo e suas necessidades*

Acerca do **cuidado centrado no indivíduo e suas necessidades**, o princípio da integralidade exige que o cuidado seja personalizado e adequado às condições individuais de cada paciente. No entanto, a abordagem fragmentada do sistema de saúde frequentemente ignora as necessidades específicas dos indivíduos acometidos pela hanseníase.

Nessa linha, a pesquisa de Pinheiro *et al.* (2016) evidencia que o cuidado centrado no indivíduo no pós-alta da hanseníase é comprometido pela falta de continuidade da assistência, uma vez que muitos profissionais da saúde e gestores confundem a alta medicamentosa com o fim do tratamento, interrompendo o acompanhamento necessário para monitorar incapacidades físicas e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Além disso, as limitações físicas, o estigma e a exclusão social dificultam a busca por cuidados, agravada pela ausência de um sistema estruturado de referência e contrarreferência, impedindo que os pacientes recebam suporte adequado para lidar com as sequelas da doença. Diante desse cenário, os autores recomendam a criação de programas de reabilitação e acompanhamento multiprofissional, com foco na reabilitação física, social e profissional, além da implementação de um sistema de avaliação neurológica regular e acesso contínuo a serviços especializados. O estudo conclui que a falta de estratégias bem definidas para o acompanhamento pós-alta compromete a integralidade do cuidado, sendo necessário fortalecer políticas públicas que garantam suporte contínuo e promovam a reintegração social dos indivíduos acometidos pela hanseníase.

A pesquisa de Monteiro *et al.* (2013) em um município no Norte do Brasil evidencia que o cuidado centrado no indivíduo no pós-alta da hanseníase ainda enfrenta desafios significativos, sobretudo pela falta de monitoramento contínuo e assistência adequada. A pesquisa destaca que muitos pacientes não recebem acompanhamento após a alta, resultando na progressão das incapacidades físicas e na piora do quadro neurológico. Além disso, a assistência no pós-alta ocorre majoritariamente em casos de episódios reacionais, com pouca participação de profissionais de áreas como psicologia e fisioterapia, o que limita a atenção integral ao paciente. Outro fator preocupante é que muitos indivíduos não retornam aos serviços de saúde, seja por desconhecimento da necessidade de acompanhamento ou por barreiras socioeconômicas, o que leva a uma busca tardia pelo serviço, já com incapacidades agravadas. O estudo revela que 29,4% dos pacientes pesquisados apresentavam incapacidades no pós-alta, sendo 8,9% com grau 2, evidenciando a

necessidade de um cuidado prolongado e estruturado. Para superar essas lacunas, os autores recomendam a inclusão do acompanhamento pós-alta na rotina dos serviços de saúde, com avaliações regulares para a prevenção de incapacidades, além da padronização do seguimento e do fortalecimento da reabilitação física e psicossocial. Concluem que a atenção à hanseníase deve ser tratada como uma condição crônica, inserida de forma efetiva na rede de atenção do SUS, garantindo a longitudinalidade do cuidado e evitando o abandono dos pacientes no pós-alta.

Diante desse cenário, torna-se essencial um planejamento mais inclusivo, que leve em conta as realidades socioeconômicas e culturais dos pacientes, a fim de garantir um atendimento verdadeiramente o cuidado centrado no indivíduo e suas necessidades. Logo, conforme apontam Ribeiro *et al* (2022), a hanseníase, apesar haver uma Portaria que a regulamenta, ainda é uma doença que precisa de mais atenção no contexto brasileiro, pois necessita de investimentos econômicos para pesquisas e políticas públicas. Sobretudo no processo de pós-alta, afinal, a pessoa que foi acometida por essa doença pode sofrer suas consequências mesmo após a alta medicamentosa.

### **Considerações finais**

Esta pesquisa analisou a garantia do direito à saúde no período pós-alta em hanseníase, à luz do princípio da integralidade. A hanseníase, apesar dos avanços na detecção e no tratamento, ainda é uma doença negligenciada, especialmente no que se refere à assistência contínua aos pacientes após a alta medicamentosa. Os resultados obtidos evidenciaram que, embora existam diretrizes normativas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, a efetivação das políticas públicas voltadas para esse período apresenta fragilidades, sobretudo no acompanhamento longitudinal, na prevenção e tratamento de incapacidades, na capacitação profissional das equipes de saúde, na vigilância epidemiológica e no suporte psicossocial e profissional.

O direito à saúde, enquanto direito social fundamental, exige a implementação de ações concretas por parte do Estado para garantir assistência contínua e integral aos indivíduos acometidos pela hanseníase. Porém, os resultados obtidos demonstram que a descontinuidade do cuidado no pós-alta compromete a qualidade de vida dos pacientes, tornando-os mais vulneráveis a sequelas físicas e psicossociais, além de dificultar sua reinserção na sociedade e no mercado de trabalho. A ausência de um monitoramento sistemático e de um fluxo eficiente de referência e contrarreferência nos diferentes níveis de atenção à saúde revela uma lacuna na efetivação do princípio da integralidade.

A vigilância epidemiológica e o controle de recidivas são essenciais para garantir o direito à saúde dos pacientes que passaram pelo tratamento da hanseníase. No entanto, as pesquisas analisadas indicam que há desafios na implementação dessas ações, especialmente no que se refere à continuidade da assistência e à articulação entre os serviços de saúde. Para assegurar um controle mais eficiente da hanseníase no período pós-alta, é fundamental que as políticas públicas priorizem estratégias de monitoramento contínuo,

capacitação dos profissionais e ampliação do acesso à reabilitação física, psicossocial e profissional. Dessa forma, será possível reduzir incapacidades, evitar recidivas e melhorar a qualidade de vida dos pacientes afetados.

O Brasil é reconhecido internacionalmente como referência no monitoramento e controle da hanseníase, sendo um dos países que mais investem em estratégias para o diagnóstico precoce, tratamento e vigilância epidemiológica. No entanto, para garantir a efetividade do direito à saúde das pessoas acometidas pela doença, ainda há desafios significativos a serem superados, especialmente no período pós-alta. A descontinuidade do acompanhamento, a falta de integração entre os níveis de atenção, as dificuldades de acesso aos serviços de reabilitação e o impacto do estigma social são barreiras que comprometem a assistência integral aos indivíduos que concluíram a PQT.

Portanto, é imprescindível fortalecer políticas públicas voltadas para a reabilitação física, psicossocial e profissional no pós-alta, garantindo que o cuidado seja contínuo, integral e centrado no indivíduo, conforme preconiza o princípio da integralidade no direito à saúde. Somente por meio de um acompanhamento sistemático, de ações coordenadas entre os serviços de saúde e do investimento na capacitação profissional será possível assegurar a atenção necessária a esses pacientes, promovendo sua reintegração social e a melhoria de sua qualidade de vida.

## Referências

ANTAS, Ester Missias Villaverde *et al.* Qualidade de vida e condição clínica de indivíduos com hanseníase. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, v. 26, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/article/view/40403>. Acesso em: 26 out. 2022.

ARAÚJO, Érica Juliana Benício; ARAÚJO, Olívia Dias de; ARAÚJO, Telma Maria Evangelista de; ALMEIDA, Priscilla Dantas; SENA, Inara Viviane de Oliveira; NERI, Érica de Alencar Rodrigues. Pós-alta de hanseníase: prevalência de incapacidades físicas e sobreposição de doenças. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 4, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-984293>. Acesso em: 16 jun. 2023.

ÁVILA, Humberto. **Teoria dos princípios da definição à aplicação dos princípios jurídicos**. 12ª Ed. ampliada. São Paulo: Malheiros Editores LTDA, 2011.

BARBOSA, Jaqueline Caracas; RAMOS JUNIOR, Alberto Novaes; ALENCAR, Olga Maria; PINTO, Maria Solange Paiva; CASTRO, Cláudio Gastão Junqueira de. Atenção pós-alta em hanseníase no Sistema Único de Saúde: aspectos relativos ao acesso na região Nordeste. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 22, p. 351-358, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**: volume único. 5ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo de Telessaúde Espírito Santo**, 2021. Disponível em: <https://aps-repo.bvs.br/aps/apos-o-tratamento-completo-para-hanseníase-a-pessoa-pode-ficar-com-manchas-e-alteracao-de-sensibilidade-permanentes/>. Acesso em: 16 jun. 2023.

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). Diário Oficial da União. 2017 set 22; 154(183 Seção 1): 68-76.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.125 de 07 de outubro de 2010**. Aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase. Diário Oficial da União. Brasília; 2010. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Lei nº 11.520, de 18 de setembro de 2007**. Dispõe sobre a concessão de pensão especial às pessoas atingidas pela hanseníase que foram submetidas a isolamento e internação compulsórios. Brasília, DF: Presidência da República, 2007.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990a**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.

BRASIL. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990b**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016].

HESSE, Konrad. **A força normativa da Constituição**. Tradução de Gilmar Ferreira Mendes. Porto Alegre: Sérgio Antonio Fabris Editor, 1991.

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura (Orgs.). *In: Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2007. p. 61-80.

MONTEIRO, Lorena Dias *et al.* Incapacidades físicas em pessoas acometidas pela hanseníase no período pós-alta da poliquimioterapia em um município no Norte do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 909-920, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/4nvdNqgKPyDwFKGhrqM5LZK/?lang=pt>. Acesso em: 07 jun. 2023.

PINHEIRO, Mônica Gisele Costa *et al.* Análise contextual da atenção à saúde na alta em hanseníase: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019. Disponível: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/ZxNdC9RR3jNkbCvnWmd3gpc/?lang=pt>. Acesso em: 16 jun. 2023.

PINHEIRO, Mônica Gisele Costa *et al.* Repercussões, Limitações e Incapacidades Físicas no Pós-Alta em Hanseníase: uma revisão integrativa. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 30, n. 2, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/15669>. Acesso em: 07 jun. 2023.

RAFAGNIN, Thiago Ribeiro. **Emenda Constitucional 95: do neoliberalismo à possível violação da Constituição Federal de 1988**. 2019. Tese (doutorado em Política Social e Direitos Humanos) – Centro de Ciências Sociais e Tecnológicas, Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, 2019.

REIS, Martha Cerqueira; RAPOSO, Marcos Túlio; ALENCAR, Carlos Henrique Moraes de, RAMOS JÚNIOR, Alberto Novaes; HEUKELBACH, Jorge. Incapacidades físicas em pessoas que concluíram a poliquimioterapia para hanseníase em Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Acta Fisiátrica**, v. 25, n. 2, p. 78-85, 2018. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/162582/157489>. Acesso em: 07 jun. 2023.



RIBEIRO, Dannyel Macedo; LIMA, Bruna Vanessa Miranda; MARCOS, Eliene Aparecida Cerqueira; SANTOS, Maria Eduarda Cunha dos; OLIVEIRA, Dyonatan Vieira; ARAÚJO, Mariana Barbosa de; SILVA, César Augusto da. Panorama epidemiológico da Hanseníase, doença tropical negligenciada que assola o nordeste brasileiro. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, p. e23111124884-e23111124884, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/24884>. Acesso em: 27 out. 2022.

RIBEIRO, Mara Dayane Alves; OLIVEIRA, Sabryna Brito; FILGUEIRAS, Marcelo Carvalho. Pós-alta em Hanseníase: uma revisão sobre qualidade de vida e conceito de cura. **Saúde**. Santa Maria, p. 09-18, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/index.php/revistasaude/article/view/8692>. Acesso em: 07 jun. 2023.

SOLHA, Raphaela Karla de T. **Sistema Único de Saúde - Componentes, Diretrizes e Políticas Públicas**. São Paulo: Editora Saraiva, 2014.

ZIONI, Fabiola; ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de; PEREIRA FILHO, Floriano Nuno de Barros. Políticas e Sistemas de Saúde: a Reforma Sanitária e o SUS. ROCHA, Aristides Almeida; CESAR, Chester Luiz Galvão; RIBEIRO, Helena (Orgs.). *In: Saúde pública: bases conceituais*. 2 ed. São Paulo, Editora Artheneu, 2013. p. 115-132.

---

#### **Contribuições dos autores:**

**Mísia Fagundes Rodrigues:** participou da concepção, da elaboração e da análise de dados.

**Thiago Ribeiro Rafagnin:** participou da concepção, elaboração, análise de dados e revisão final.

**Maritânia Salete Salvi Rafagnin:** participou da concepção, elaboração, análise de dados e revisão final.

---