




CORPOS NEGLIGENCIADOS E TERRITÓRIOS ESTIGMATIZADOS: A BIOPOLÍTICA DA HANSENÍASE NO SEMIÁRIDO BRASILEIRO SOB A ÓTICA DA VULNERABILIDADE SOCIAL

NEGLECTED BODIES AND STIGMATIZED TERRITORIES: THE BIOPOLITICS OF LEPROSY IN THE BRAZILIAN SEMIARID THROUGH THE LENS OF SOCIAL VULNERABILITY

CUERPOS NEGLIGIDOS Y TERRITORIOS ESTIGMATIZADOS: LA BIOPOLÍTICA DE LA LEPRO EN EL SEMIÁRIDO BRASILEÑO DESDE LA PERSPECTIVA DE LA VULNERABILIDAD SOCIAL

Paulo Roberto Ramos¹ ; Paulo César Fagundes Neves² ; Anne Caroline Coelho Leal Arias Amorim³ ; Márcio Rafael Alves Bispo dos Santos⁴ ; Bruna Erica Leite Rodrigues dos Santos⁵ ; Antônio Fábio Ferreira⁶ ; Edmo Henrique Martins Cavalcante⁷ ; Herácliton Neves Araújo⁸ ; Carla Valois Ribeiro⁹ ; Hohenfeld Francisco Alves de Oliveira¹⁰ ; Renatha Dayane Cabral de Araújo Ramos¹¹ ; Natália Gomes de Carvalho Freitas¹² ; Kayla Caianne Gonçalves Alves¹³ ; Lucimara Silva Torres Santos¹⁴ ; Eliane Soares Teixeira Dias¹⁵ ; Márcio Felipe Bastos Coelho¹⁶ ; Arlete Colaço de Azevêdo¹⁷ ; Aila de Souza Santos¹⁸ ; Raimundo Ribeiro Galvão Filho¹⁹ ; Débora Cíntia Oliveira da Silva²⁰ 

¹Doutor pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Docente da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Petrolina, Pernambuco, Brasil; ²Doutor pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Docente da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Petrolina, Pernambuco, Brasil; ³ Doutora pela Universidade de Brasília (UnB). Docente da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Petrolina, Pernambuco, Brasil; ⁴Mestrando da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Petrolina, Pernambuco, Brasil; ⁵Mestra pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Petrolina, Pernambuco, Brasil; ⁶Mestrando da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Petrolina, Pernambuco, Brasil; ⁷Doutor pela Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE). Recife, Pernambuco, Brasil; ⁸Mestre pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Petrolina, Pernambuco, Brasil; ⁹Mestra pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Petrolina, Pernambuco, Brasil; ¹⁰Especialista pelo Centro Universitário Internacional (UNINTER), Petrolina, Pernambuco, Brasil; ¹¹Mestranda da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Petrolina, Pernambuco, Brasil; ¹²Mestranda da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Petrolina, Pernambuco, Brasil; ¹³Mestranda da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Petrolina, Pernambuco, Brasil; ¹⁴Mestranda da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Petrolina, Pernambuco, Brasil; ¹⁵Mestranda da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Petrolina, Pernambuco, Brasil; ¹⁶Graduado pela Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, Goiás, Brasil; ¹⁷Mestranda pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Petrolina, Pernambuco, Brasil; ¹⁸Mestranda da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Petrolina, Pernambuco, Brasil; ¹⁹Mestrando pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Petrolina, Pernambuco, Brasil; ²⁰Graduada pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Docente do Centro Universitário Brasileiro (UNIBRAS), Juazeiro, Bahia, Brasil.

*Autor correspondente: paulo.ramos@univasf.edu.br

Recebido: 15/03/2026 | Aprovado: 03/04/2026 | Publicado: 09/04/2026

Resumo: A hanseníase permanece como um importante problema de saúde pública no Brasil, especialmente no Semiárido, onde sua persistência reflete não apenas a transmissão biológica, mas também desigualdades estruturais. Apesar da disponibilidade da poliquimioterapia gratuita, a doença continua afetando populações socialmente vulneráveis, evidenciando um paradoxo entre capacidade terapêutica e permanência epidemiológica. Este estudo tem como objetivo analisar a hanseníase no Semiárido brasileiro como um fenômeno mediado pela biopolítica, marcado por desigualdade territorial, estigma e limitações no acesso aos serviços de saúde. Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, com estudos publicados entre 2019 e 2026, selecionados por meio de busca sistemática, triagem e avaliação crítica. A síntese integrou abordagens epidemiológicas, sociais e organizacionais do sistema de saúde. A hanseníase se concentra em territórios vulneráveis, onde a dispersão rural e a fragilidade da rede assistencial dificultam o diagnóstico precoce. A elevada frequência de incapacidades físicas no momento do diagnóstico evidencia atrasos estruturais, enquanto falhas na atenção primária e na vigilância de contatos sustentam a transmissão. O estigma e o silêncio institucional reforçam o atraso no cuidado e a exclusão

social. A discussão demonstra que a persistência da doença está inserida em um nexo de vulnerabilidade, no qual território, acesso e condições sociais produzem desfechos desiguais. A cura clínica não elimina as consequências sociais da doença. Conclui-se que a hanseníase no Semiárido deve ser compreendida como uma questão de injustiça social, exigindo equidade territorial, vigilância ativa e políticas de reintegração social.

Palavras-chave: Desigualdades em Saúde. Saúde Rural. Vigilância em Saúde. Incapacidade Física. Exclusão Social.

Abstract: Leprosy remains a persistent public health issue in Brazil, particularly in the Semi-arid region, where its persistence reflects not only biological transmission but also structural inequality. Despite the availability of free multidrug therapy, the disease continues to affect socially vulnerable populations, revealing a paradox between therapeutic capacity and epidemiological persistence. This study aims to analyze leprosy in the Brazilian Semi-arid as a biopolitically mediated phenomenon, shaped by territorial inequality, stigma, and limited access to care. An integrative literature review was conducted, including studies published between 2019 and 2026, selected through systematic search, screening, and critical appraisal procedures. The synthesis incorporated epidemiological, social, and health system perspectives to construct a comprehensive analytical framework. The leprosy is spatially concentrated in vulnerable territories, where rural dispersion and limited health infrastructure hinder early diagnosis. High rates of physical disability at diagnosis reveal systemic delays, while failures in primary health care and contact surveillance sustain transmission. Stigma and institutional silence further contribute to delayed care and social exclusion. The discussion highlights that leprosy persistence is embedded in a nexus of vulnerability, where territory, access, and social conditions interact to produce unequal outcomes. Clinical cure does not eliminate the social consequences of the disease, reinforcing cycles of exclusion. It is concluded that leprosy in the Semi-arid must be addressed as a form of social injustice. Effective control requires not only treatment, but also territorial equity, active surveillance, and policies aimed at social reintegration.

Keywords: Health Inequalities. Rural Health. Disease Surveillance. Physical Disability. Social Exclusion.

Resumen: La lepra sigue siendo un problema relevante de salud pública en Brasil, especialmente en el Semiárido, donde su persistencia refleja no solo la transmisión biológica, sino también desigualdades estructurales. A pesar de la disponibilidad de la poliquimioterapia gratuita, la enfermedad continúa afectando a poblaciones socialmente vulnerables, evidenciando una paradoja entre la capacidad terapéutica y su permanencia epidemiológica. Este estudio tiene como objetivo analizar la lepra en el Semiárido brasileño como un fenómeno mediado por la biopolítica, influido por la desigualdad territorial, el estigma y las limitaciones en el acceso a la atención. Se realizó una revisión integradora de la literatura, con estudios publicados entre 2019 y 2026, seleccionados mediante búsqueda sistemática, cribado y evaluación crítica. La síntesis integró enfoques epidemiológicos, sociales y del sistema de salud. La lepra se concentra en territorios vulnerables, donde la dispersión rural y la debilidad de la red asistencial dificultan el diagnóstico temprano. La alta frecuencia de discapacidad física al momento del diagnóstico evidencia retrasos estructurales, mientras que las fallas en la atención primaria y en la vigilancia de contactos sostienen la transmisión. El estigma y el silencio institucional refuerzan el retraso en la atención y la exclusión social. La discusión señala que la persistencia de la enfermedad está inserta en un nexo de vulnerabilidad, en el que territorio, acceso y condiciones sociales producen resultados desiguales. La curación clínica no elimina las consecuencias sociales. Se concluye que la lepra en el Semiárido debe abordarse como una cuestión de injusticia social, requiriendo equidad territorial, vigilancia activa y políticas de reintegración social.

Palabras clave: Desigualdades en Salud. Salud Rural. Vigilancia Sanitaria. Discapacidad Física. Exclusión Social.

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase, ou doença de Hansen, é uma condição infecciosa crônica causada pela bactéria *Mycobacterium leprae*, que afeta principalmente a pele e os nervos periféricos, sendo capaz de produzir incapacidades físicas irreversíveis quando o diagnóstico e o tratamento são tardios (Araújo, 2020). Apesar de ser uma doença curável por meio da poliquimioterapia (PQT), disponibilizada gratuitamente no Brasil pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a hanseníase persiste como um importante problema de saúde pública, especialmente em regiões socioeconomicamente vulneráveis, como o Semiárido brasileiro. Essa persistência revela uma contradição fundamental: embora as soluções biomédicas estejam bem estabelecidas, a doença continua a se reproduzir em populações e territórios específicos, sugerindo que seus determinantes extrapolam o domínio biológico (Lima,

2022).

Nesse sentido, a hanseníase deve ser compreendida não apenas como uma doença infecciosa, mas como uma doença tropical negligenciada profundamente imbricada nas desigualdades sociais, na qual a transmissão, o diagnóstico e os desfechos são moldados por condições estruturais de pobreza, marginalização territorial e acesso limitado aos serviços de saúde (Jesus, 2023; Souza, 2020). Análises espaciais demonstram de forma consistente que a distribuição da hanseníase não é aleatória, mas concentrada em regiões historicamente negligenciadas, onde condições precárias de vida e fragilidades na infraestrutura de saúde criam condições favoráveis para sua persistência (Silva, 2023; Lima, 2022). O Semiárido no nordeste brasileiro, marcado pela dispersão rural, déficits infraestruturais e vulnerabilidade socioeconômica, configura-se como um cenário crítico no qual a permanência da doença é menos uma falha epidemiológica e mais uma expressão de desigualdade territorializada.

O paradoxo torna-se ainda mais evidente ao considerar que o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno são capazes de interromper a transmissão e prevenir incapacidades. No entanto, uma parcela significativa dos casos ainda é identificada em estágios avançados, frequentemente já acompanhada de incapacidades físicas grau 2, indicando atrasos diagnósticos prolongados (Hespanhol, 2021; Santos & Ignotti, 2020). Tais atrasos não podem ser reduzidos à negligência individual ou à falta de conhecimento; ao contrário, refletem barreiras estruturais inscritas nos sistemas de saúde e na organização social, incluindo inacessibilidade geográfica, fragilidade institucional e estigma persistente (Hespanhol, 2021; Soares, 2024; Mártires, 2024; Jesus, 2023). Nesse contexto, o corpo do indivíduo acometido torna-se um arquivo visível do atraso sistêmico, marcado não apenas pelo patógeno, mas pela ausência de cuidado oportuno (Santos & Ignotti, 2020).

Este artigo sustenta que a persistência da hanseníase no Semiárido brasileiro deve ser interpretada a partir de uma perspectiva biopolítica, na qual determinadas populações são diferencialmente geridas, priorizadas ou negligenciadas no interior do aparato da saúde pública. A noção de imobilidade social é central para essa interpretação: indivíduos acometidos pela hanseníase frequentemente vivenciam trajetórias nas quais pertencimento territorial, condição socioeconômica e estigma convergem para restringir o acesso ao diagnóstico e ao tratamento, reforçando ciclos de exclusão (Souza, 2020; Silva, 2023; Araújo, 2020). Antes mesmo do reconhecimento clínico, esses sujeitos já se encontram posicionados em uma hierarquia de visibilidade, na qual seu sofrimento permanece, em grande medida, invisibilizado (Pegaíani, 2023).

Adicionalmente, o conceito de estigma territorial contribui para compreender como residir em áreas marginalizadas e remotas produz não apenas barreiras materiais ao acesso ao cuidado, mas também processos simbólicos que naturalizam a negligência (Jesus, 2023; Souza, 2020). Nesses territórios, o sistema de saúde frequentemente opera de forma reativa, e não proativa, falhando na implementação de estratégias eficazes de busca ativa e vigilância de contatos (Lopes, 2021; Souza, 2019; Soares, 2021). Como consequência, a doença não é eliminada, mas silenciosamente sustentada em redes socialmente vulneráveis (Boigny, 2019).

Dessa forma, a proposição central deste estudo é que a hanseníase no Semiárido brasileiro persiste não por ausência de capacidade terapêutica, mas em razão de um regime seletivo de visibilidade e intervenção, no qual determinados corpos e territórios são sistematicamente relegados às margens das prioridades da saúde pública. Ao deslocar o foco analítico do bacilo para as condições sociopolíticas que sustentam sua transmissão, este artigo

busca contribuir para uma compreensão mais ampla da hanseníase como um fenômeno produzido na interseção entre biologia, território e poder.

2. METODOLOGIA

2.1 Delineamento do estudo

Este estudo adotou o delineamento de revisão integrativa da literatura, abordagem metodológica particularmente adequada para fenômenos complexos em saúde que não podem ser plenamente compreendidos por uma única perspectiva disciplinar ou exclusivamente quantitativa. Diferentemente de modelos de revisão estritamente agregativos, a revisão integrativa permite a articulação de estudos empíricos, teóricos, epidemiológicos e interpretativos em um mesmo quadro analítico, possibilitando uma compreensão mais ampla e crítica da persistência da hanseníase no Semiárido brasileiro. Essa escolha mostrou-se coerente com o objetivo do presente artigo, que busca interpretar a hanseníase como uma condição socialmente produzida e politicamente mediada, situada na interseção entre território, vulnerabilidade, estigma e organização dos serviços de saúde (Whittemore & Knafl, 2005; Mendes, 2008).

A revisão foi estruturada segundo as etapas clássicas do método de revisão integrativa: identificação do problema e formulação da questão norteadora; definição da estratégia de busca e dos critérios de elegibilidade; extração e organização das informações relevantes; avaliação crítica dos estudos incluídos; síntese comparativa dos achados; e apresentação interpretativa das evidências. Esse percurso metodológico foi adotado por permitir a integração de evidências heterogêneas sem descaracterizar a especificidade de cada tipo de estudo, preservando o rigor analítico e ampliando a capacidade explicativa. Na prática, isso possibilitou incorporar estudos com diferentes delineamentos, como análises ecológicas, investigações transversais, avaliações de serviços de saúde, revisões de escopo e discussões interpretativas, dentro de uma mesma arquitetura crítica (Whittemore & Knafl, 2005; Pompeo, Rossi & Galvão, 2009).

Longe de tratar a heterogeneidade metodológica como um obstáculo, esta revisão a assume como um recurso analítico. O fenômeno em análise, a hanseníase em contextos de vulnerabilidade social, não se esgota em indicadores clínicos ou dados de vigilância operacional. Sua persistência depende também de dimensões simbólicas, territoriais e institucionais que exigem leitura interpretativa. Por essa razão, a revisão integrativa foi utilizada não apenas como técnica de síntese de estudos, mas como estratégia para produzir uma interpretação estruturada e teoricamente informada, capaz de evidenciar padrões, tensões e lacunas na literatura (Mendes, 2008; Whittemore & Knafl, 2005).

2.2 Estratégia de busca

A busca bibliográfica foi realizada entre outubro de 2025 e fevereiro de 2026, por meio de um procedimento sistemático e replicável, orientado à identificação de estudos alinhados ao objetivo de analisar a hanseníase no Brasil, com ênfase na região Nordeste e no Semiárido, sob perspectivas sociais, territoriais e epidemiológicas. O recorte temporal das publicações incluídas compreendeu o período de 2019 a 2026, de modo a garantir atualidade das evidências e alinhamento com os debates contemporâneos sobre doenças negligenciadas,

vulnerabilidade social e desigualdades em saúde.

As buscas foram conduzidas em bases de dados multidisciplinares e da área da saúde, com ampla cobertura da produção científica nacional e internacional, incluindo Scopus, PubMed/MEDLINE, Web of Science, SciELO, LILACS e Google Scholar, este último utilizado como fonte complementar para identificação de materiais em acesso aberto não indexados nas bases principais. A estratégia de busca foi construída a partir da combinação de descritores controlados e termos livres, em inglês e português, articulados por operadores booleanos, com o objetivo de maximizar sensibilidade e especificidade. Os descritores foram organizados em quatro eixos analíticos: (1) hanseníase/doença de Hansen; (2) vulnerabilidade social e estigma; (3) território, ruralidade e acesso aos serviços de saúde; e (4) diagnóstico tardio, incapacidade e vigilância. As combinações foram adaptadas às especificidades sintáticas de cada base.

Foram priorizados estudos em acesso aberto, tanto por razões de transparência e reprodutibilidade quanto pela necessidade de acesso integral aos textos para avaliação metodológica e extração analítica. Ao final das buscas, foram identificadas 189 referências iniciais. Esses registros foram organizados em um banco único e submetidos a procedimentos sequenciais de triagem, incluindo remoção de duplicatas, leitura de títulos e resumos e posterior avaliação dos textos completos.

Os critérios de elegibilidade foram previamente definidos com o objetivo de assegurar coerência entre o escopo da revisão e a problemática investigada.

Critérios de inclusão:

- Artigos científicos, revisões ou estudos acadêmicos revisados por pares, em acesso aberto e com texto completo disponível
- Publicações no período de 2019 a 2026
- Estudos realizados no Brasil, com ênfase na região Nordeste e/ou no Semiárido
- Estudos que abordassem pelo menos uma das seguintes dimensões: a) vulnerabilidade social, b) estigma, c) diagnóstico tardio, d) incapacidade física, e) distribuição territorial, f) acesso aos serviços de saúde, g) vigilância e controle, e h) indicadores epidemiológicos ou operacionais relacionados à hanseníase
- Estudos empíricos ou teóricos compatíveis com a síntese integrativa

Critérios de exclusão:

- Editoriais, opiniões, resumos de eventos, dissertações, teses, notas técnicas ou documentos sem revisão por pares
- Estudos sem acesso aberto ao texto completo
- Publicações fora do período de 2019 a 2026, exceto referências metodológicas
- Estudos centrados exclusivamente em aspectos laboratoriais, moleculares, farmacológicos ou estritamente clínicos, sem interface com dimensões sociais, territoriais ou de saúde pública
- Registros duplicados
- Estudos que, após leitura completa, não respondiam à questão norteadora da revisão

2.3 Fluxo PRISMA

O processo de seleção dos estudos seguiu uma lógica estruturada inspirada no fluxo PRISMA, com o objetivo de garantir transparência nas etapas de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão. Na etapa de identificação, as 189 referências inicialmente recuperadas foram reunidas em um único corpus. Após organização e remoção de duplicatas, os estudos remanescentes foram submetidos à etapa de triagem, na qual títulos e resumos foram analisados à luz dos critérios de elegibilidade. Nesse momento, foram excluídas publicações claramente não relacionadas ao objeto da revisão, como aquelas restritas a aspectos microbiológicos ou a contextos não brasileiros.

Os registros selecionados na triagem foram então submetidos à leitura completa, correspondente à fase de elegibilidade. Essa etapa foi decisiva não apenas para confirmar a pertinência temática, mas também para avaliar se cada estudo contribuía efetivamente para a compreensão da hanseníase como fenômeno estruturado por vulnerabilidade, desigualdade territorial, desempenho institucional e marcação social do corpo. Por fim, na etapa de inclusão, foram mantidos apenas os estudos que atenderam a todos os critérios conceituais, temporais e metodológicos definidos.

O Quadro 1 sistematiza as etapas de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos segundo uma lógica orientada pelo PRISMA, assegurando transparência e reprodutibilidade do processo de seleção. A busca inicial resultou em 189 registros provenientes de múltiplas bases de dados, refletindo uma estratégia de busca ampla e sensível, alinhada à complexidade do problema de pesquisa. Após a remoção de duplicatas e a aplicação sucessiva dos critérios previamente definidos, 25 estudos foram selecionados para compor o corpus analítico final. Esse processo evidencia um esforço deliberado de equilíbrio entre abrangência e especificidade, garantindo que os estudos incluídos sejam simultaneamente robustos do ponto de vista metodológico e coerentes com os objetivos da revisão.

Quadro 1. Fluxograma PRISMA e Processo de Seleção dos Estudos

Etapa	Descrição do procedimento	Número de registros
Identificação	Registros identificados por meio de busca em bases de dados (Scopus, PubMed, Web of Science, SciELO, LILACS, Google Scholar)	189
	Registros duplicados removidos	37
	Registros após remoção de duplicatas	152
Triagem	Títulos e resumos analisados	152
	Registros excluídos após triagem (temas irrelevantes, contexto não brasileiro, enfoque exclusivamente biomédico)	93
Elegibilidade	Artigos avaliados em texto completo	59
	Artigos excluídos após leitura completa (inadequação ao escopo, ausência de acesso aberto, baixa relevância analítica)	34
Inclusão	Estudos incluídos na síntese qualitativa (corpus final)	25

Fonte: Elaboração própria.

A redução progressiva de 189 registros iniciais para um corpus final de 25 estudos não constitui apenas um resultado técnico, mas um indicativo do posicionamento epistemológico desta revisão. Uma proporção significativa dos estudos excluídos reflete a predominância de abordagens biomédicas ou fragmentadas na

literatura, frequentemente desconectadas das dimensões estruturais, territoriais e sociais que sustentam a persistência da hanseníase. O processo de filtragem evidencia que apenas um subconjunto limitado de estudos aborda a doença como um fenômeno complexo, moldado por vulnerabilidade, acesso e dinâmicas institucionais. Esse achado reforça o argumento central do artigo, segundo o qual compreender a hanseníase no Semiárido brasileiro exige ultrapassar a epidemiologia descritiva, avançando para uma síntese crítica capaz de apreender como as desigualdades sociais e territoriais se inscrevem tanto na produção da doença quanto nos limites de seu controle.

2.4 Avaliação crítica

Os estudos incluídos foram submetidos a um processo de avaliação crítica metodológica. Essa etapa foi incorporada para fortalecer a robustez interna da síntese e distinguir estudos com maior consistência analítica daqueles com alcance explicativo mais limitado. Embora revisões integrativas permitam a inclusão de diferentes tradições metodológicas, tal flexibilidade não elimina a necessidade de avaliação da qualidade; ao contrário, torna a análise crítica ainda mais necessária como forma de preservar o rigor interpretativo (Mendes, 2008; Pompeo, Rossi & Galvão, 2009).

Para esse fim, foram utilizados os instrumentos de avaliação crítica do Joanna Briggs Institute (JBI), com seleção do checklist apropriado de acordo com o delineamento de cada estudo incluído. Estudos qualitativos foram avaliados com base no instrumento do JBI para pesquisa qualitativa, considerando a coerência entre metodologia, coleta de dados, análise, interpretação e representação das vozes dos participantes. Estudos transversais, ecológicos e observacionais foram avaliados por meio dos instrumentos correspondentes do JBI, com atenção especial à clareza dos critérios de inclusão, adequação das medidas utilizadas, controle de fatores de confusão e consistência entre resultados e conclusões.

O objetivo dessa avaliação não foi excluir mecanicamente todos os estudos que apresentassem alguma limitação, mas ponderar sua contribuição interpretativa à luz de sua solidez metodológica. Nesta revisão, a avaliação da qualidade funcionou como um filtro analítico que orientou a leitura das evidências, permitindo que estudos mais robustos exercessem maior influência interpretativa na síntese final, enquanto estudos com maior fragilidade foram considerados com cautela. Esse procedimento é particularmente relevante em revisões que tratam de fenômenos socialmente complexos, nos quais consistência epidemiológica e densidade conceitual devem ser analisadas de forma articulada (Whittemore & Knafl, 2005).

2.5 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada por meio de síntese temática, orientada não apenas pelos achados empíricos recorrentes nos estudos selecionados, mas também pelo problema teórico que estruturou a revisão desde o início. Após a extração e organização do material, os estudos foram analisados de forma comparativa, com o objetivo de identificar convergências, tensões e lacunas interpretativas relacionadas à persistência da hanseníase em contextos de vulnerabilidade social. Em vez de simplesmente agrupar resultados por temas, a análise buscou reconstruir a lógica interna pela qual território, estigma, diagnóstico tardio, incapacidade e resposta institucional interagem na produção de vidas negligenciadas.

Três operadores analíticos principais orientaram essa síntese: biopolítica, vulnerabilidade social e territorialidade. A biopolítica foi utilizada como lente crítica para interpretar processos de visibilidade diferencial, intervenção seletiva e negligência institucional. A vulnerabilidade social foi mobilizada como categoria estruturante para examinar como pobreza, condições precárias de vida e acesso desigual aos serviços de saúde moldam tanto a exposição à doença quanto as condições de tratamento. A territorialidade, por sua vez, permitiu analisar como a dispersão rural, a escassez de infraestrutura e a distribuição desigual dos serviços organizam a geografia do diagnóstico tardio e da incapacidade. Esses eixos não foram tratados como categorias isoladas, mas como dimensões interdependentes de um mesmo processo social.

A síntese final assumiu, portanto, caráter interpretativo e orientado por problemas. Não se buscou apenas quantificar quantos estudos abordaram determinado fator, mas compreender como a literatura, quando integrada criticamente, revela um padrão mais amplo: a hanseníase persiste onde a cura é farmacologicamente disponível, mas socialmente obstaculizada. Esse movimento analítico é plenamente coerente com a vocação epistemológica da revisão integrativa, cuja principal força reside na articulação de evidências dispersas em um argumento explicativo coerente (Whittemore & Knafl, 2005; Mendes, 2008; Pompeo, Rossi & Galvão, 2009).

3 RESULTADOS E SÍNTESE TEMÁTICA

Os estudos incluídos nesta revisão integrativa revelam um padrão consistente no qual a hanseníase no Brasil, especialmente nas regiões Nordeste e Semiárido, está fortemente associada a determinantes estruturais, e não a fatores clínicos ou biológicos isolados. A partir de diferentes abordagens metodológicas, incluindo análises ecológicas, modelagens espaciais e investigações epidemiológicas, as evidências convergem ao demonstrar que a doença se concentra de forma desproporcional em territórios marcados por privação social, infraestrutura limitada e acesso restrito aos serviços de saúde (Lima, 2022; Silva, 2023; Souza, 2020). Essa concentração reflete não apenas a exposição diferencial, mas também a capacidade desigual dos sistemas de saúde em garantir diagnóstico precoce e cuidado contínuo, reforçando o papel do território como mediador central nas dinâmicas da doença (Araújo, 2020; Barros, 2024).

Paralelamente, a literatura evidencia que o diagnóstico tardio permanece como uma característica central do perfil epidemiológico da hanseníase, frequentemente associado à presença de incapacidades físicas no momento da detecção. Estudos que analisam itinerários terapêuticos e a vigilância de contatos indicam que esses atrasos são produzidos por uma combinação de fragilidades institucionais, barreiras geográficas e estigma social, e não por falhas individuais (Hespanhol, 2021; Soares, 2021; Nütsuma, 2021). Esses atrasos são ainda agravados por limitações no desempenho da atenção primária à saúde e inconsistências nas práticas de vigilância, que reduzem a efetividade da detecção precoce e contribuem para a persistência da transmissão em populações vulneráveis (Lopes, 2021; Mártires, 2024).

Adicionalmente, um conjunto significativo de evidências destaca que a hanseníase persiste em redes socialmente estruturadas, especialmente em contextos domiciliares e comunitários caracterizados por pobreza e proximidade social. A transmissão, portanto, está inserida nas relações sociais, nas quais a vulnerabilidade amplia tanto a exposição quanto o atraso no diagnóstico (Boigny, 2019; Souza, 2019; Soares, 2024). Ao mesmo tempo, o

estigma emerge como um determinante transversal, influenciando o comportamento de busca por cuidado, a priorização institucional e o discurso em saúde pública, sustentando um ciclo no qual invisibilidade e negligência se reforçam mutuamente (Pegaíani, 2023; Jesus, 2023). Em conjunto, esses achados indicam que a hanseníase não pode ser compreendida apenas como uma condição biomédica, mas como um fenômeno social e territorialmente produzido, que exige abordagens analíticas integradas capazes de apreender sua natureza multidimensional.

3.1 Territórios Estigmatizados: A Geografia como Determinante Estrutural

A distribuição espacial da hanseníase no Brasil revela um padrão persistente e não aleatório, fortemente associado a regiões historicamente marginalizadas, especialmente no Nordeste. Análises ecológicas e espaciais demonstram de forma consistente que a doença se concentra em clusters caracterizados por privação socioeconômica, infraestrutura limitada e cobertura fragilizada dos serviços de saúde. No estado do Piauí, por exemplo, análises temporais e espaciais indicam endemidade sustentada com clara concentração territorial, reforçando que a transmissão não ocorre de forma homogênea, mas está ancorada em contextos socioespaciais específicos (Barros, 2024). De modo semelhante, estudos ecológicos em nível nacional identificaram autocorrelação espacial estatisticamente significativa, com clusters de alto risco predominantemente localizados em regiões mais pobres, especialmente no Norte e Nordeste (Lima, 2022).

Esses achados são corroborados por análises espaciais em nível estadual, que evidenciam que as taxas de detecção de novos casos tendem a se concentrar em municípios marcados por vulnerabilidade estrutural. Silva (2023) identificou áreas persistentes de alto risco no Nordeste entre 2011 e 2021, com clara continuidade espacial da transmissão, indicando que a doença permanece enraizada em territórios específicos. Esse padrão não é meramente descritivo; ele reflete uma condição estrutural na qual o território opera como determinante da exposição e do acesso. Conforme destacado por Souza (2020), a modelagem espacial demonstra que “a distribuição da hanseníase está estreitamente associada a indicadores de privação social e acesso desigual aos serviços” (p. 2918), reforçando o argumento de que a geografia não é neutra, mas atua ativamente na conformação das dinâmicas epidemiológicas.

No plano regional, análises realizadas na Bahia ilustram como a transmissão se mantém em redes territorialmente definidas, com sobreposição significativa entre áreas de alta endemidade e zonas de vulnerabilidade social (Souza, 2019). A persistência da transmissão nesses espaços sugere que o sistema de saúde não penetra o território de forma homogênea, produzindo o que pode ser interpretado como zonas de negligência seletiva. Nesse sentido, o Semiárido emerge não apenas como uma região geográfica ou climática, mas como um espaço biopolítico, no qual o acesso ao diagnóstico e ao cuidado é distribuído de forma desigual.

A noção de territórios estigmatizados torna-se particularmente relevante nesse contexto. Trata-se de espaços onde pobreza, dispersão rural e escassez de infraestrutura convergem para produzir barreiras materiais e processos simbólicos de marginalização. A concentração da hanseníase nesses territórios não é contingente; ela reflete um alinhamento estrutural entre a persistência da doença e a desigualdade territorial. As evidências indicam que a probabilidade de adoecimento é mediada não apenas pela exposição biológica, mas pelo pertencimento espacial, transformando o território em um filtro que regula quem se torna visível para o sistema de saúde e em

que momento.

3.2 O Corpo como Arquivo do Atraso: Diagnóstico Tardio e Incapacidade Física

Os dados analisados nesta revisão indicam de forma consistente que uma proporção significativa dos casos de hanseníase no Brasil é diagnosticada em estágios avançados, frequentemente já acompanhada de incapacidades físicas grau 2. Esse achado é particularmente relevante porque revela não apenas a gravidade clínica, mas também a dimensão temporal da negligência inscrita no processo diagnóstico. Hespanhol (2021), ao analisar itinerários terapêuticos, destaca que o diagnóstico tardio resulta, em muitos casos, de trajetórias prolongadas no sistema de saúde, marcadas por falhas de reconhecimento, atrasos e fragmentação do cuidado. Como afirmam os autores, “a presença de incapacidade grau 2 no momento do diagnóstico reflete um longo período de evolução não detectada da doença” (p. 6).

Esse intervalo temporal entre o início dos sintomas e o diagnóstico transforma o corpo em um repositório da ausência institucional. As incapacidades físicas, como perda de sensibilidade, deformidades e limitações motoras, não são apenas desfechos clínicos, mas expressões materiais do atraso na intervenção. Análises históricas reforçam essa interpretação. Santos e Ignotti (2020) demonstram que, apesar dos avanços no tratamento, a persistência de incapacidades no momento do diagnóstico indica que as ações preventivas não têm sido suficientemente eficazes para interromper a progressão da doença.

Os determinantes do diagnóstico tardio são multifatoriais, mas apresentam forte associação com condições estruturais. Uma revisão sistemática com metanálise identificou que fatores como baixo nível socioeconômico, acesso limitado aos serviços de saúde e exposição domiciliar aumentam significativamente o risco tanto de adoecimento quanto de detecção tardia (Niitsuma, 2021). Esses achados são reforçados por estudos epidemiológicos que evidenciam associações entre características sociodemográficas e falhas na avaliação de contatos, indicando que lacunas na vigilância não ocorrem de forma aleatória, mas se concentram em populações vulneráveis (Soares, 2021).

As consequências do diagnóstico tardio ultrapassam o campo clínico. A incapacidade física frequentemente antecede o tratamento, produzindo limitações funcionais que impactam diretamente a capacidade laboral do indivíduo. Em contextos rurais e de trabalho informal, nos quais a força física é central para a subsistência, isso se traduz em exclusão econômica imediata. O corpo, nesse sentido, torna-se não apenas um lugar da doença, mas um marcador de ruptura social. O atraso não é uma falha individual, mas uma condição estrutural que se inscreve no corpo, produzindo efeitos de longa duração que persistem mesmo após a cura bacteriológica.

O Quadro 2 sintetiza os principais fatores associados ao diagnóstico tardio e ao desenvolvimento de incapacidades físicas na hanseníase, organizando-os em categorias analíticas interconectadas. A tabela evidencia como determinantes individuais, sociais, territoriais e institucionais operam de forma simultânea, influenciando tanto o momento do diagnóstico quanto a gravidade dos desfechos clínicos. Em vez de apresentar esses fatores como variáveis isoladas, a estrutura enfatiza sua interação, revelando um processo cumulativo no qual a vulnerabilidade é progressivamente convertida em atraso no cuidado e comprometimento corporal.

Quadro 2. Principais fatores associados ao diagnóstico tardio e à incapacidade física na hanseníase

Categoria do fator	Determinante específico	Mecanismo de ação	Evidência dos estudos	Impacto no desfecho
Vulnerabilidade socioeconômica	Pobreza, baixa renda, trabalho informal	Limita o acesso aos serviços e retarda a busca por cuidado	Niitsuma (2021); Soares (2021)	Maior risco de diagnóstico tardio e incapacidade
Barreiras geográficas	Dispersão rural, distância aos serviços de saúde	Reduz o acesso oportuno ao diagnóstico e acompanhamento	Hespanhol (2021); Soares (2021)	Doença em estágio avançado no diagnóstico
Limitações do sistema de saúde	Atenção primária fragilizada, baixa busca ativa	Atraso na identificação e fragmentação do cuidado	Santos & Ignotti (2020); Hespanhol (2021)	Maior frequência de incapacidade grau 2
Falhas na vigilância	Rastreamento e monitoramento incompletos de contatos	Perda de casos precoces em populações de risco	Niitsuma (2021); Soares (2021)	Transmissão sustentada e detecção tardia
Estigma social	Medo de discriminação e exclusão social	Evita ou adia a busca por diagnóstico	Hespanhol (2021); Santos & Ignotti (2020)	Progressão para incapacidades irreversíveis

Fonte: Elaboração própria.

A distribuição dos fatores apresentados no Quadro 2 demonstra que o diagnóstico tardio na hanseníase não pode ser atribuído a uma única causa, mas resulta da convergência de condições estruturais que operam em diferentes níveis. A vulnerabilidade socioeconômica e as barreiras geográficas limitam o acesso aos serviços de saúde, enquanto fragilidades institucionais e falhas na vigilância reduzem a capacidade do sistema em identificar precocemente os casos.

Ao mesmo tempo, o estigma atua como uma força mediadora que desestimula a busca por cuidado, prolongando ainda mais o atraso diagnóstico. Essas dimensões não operam de forma isolada; ao contrário, reforçam-se mutuamente, produzindo um contexto no qual a doença evolui silenciosamente até se tornar clinicamente evidente por meio da incapacidade. O corpo, nesse sentido, expressa não apenas o curso biológico da infecção, mas o efeito acumulado do atraso sistêmico, evidenciando que a incapacidade física é menos uma falha terapêutica e mais uma consequência da inacessibilidade estrutural.

3.3 Governança Invisível: Falhas na Atenção Primária à Saúde e na Vigilância

A persistência da hanseníase em regiões endêmicas não pode ser plenamente compreendida sem a análise das dinâmicas operacionais do sistema de saúde, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde. As evidências indicam que, apesar da disponibilidade formal de serviços de diagnóstico e tratamento, existem lacunas significativas na organização, acessibilidade e efetividade do cuidado. Estudos que avaliam práticas profissionais na atenção primária revelam inconsistências na condução clínica, limitada integração entre disciplinas e preparo insuficiente para a detecção precoce (Bomfim, 2025). Essas limitações contribuem para um cenário em que o sistema opera predominantemente em resposta a casos avançados, e não por meio de estratégias proativas de

vigilância.

As iniciativas de capacitação e formação profissional, embora presentes, mostram-se insuficientes para enfrentar essas lacunas estruturais. Cardoso (2023) destaca que, embora os programas de capacitação contribuam para o aumento do conhecimento, seu impacto sobre as práticas e a organização dos serviços permanece desigual. Isso sugere que o problema não é apenas técnico, mas também institucional, envolvendo a forma como os serviços são estruturados e priorizados. Paralelamente, análises longitudinais da qualidade dos serviços de saúde indicam que, embora alguns indicadores tenham melhorado ao longo do tempo, tais avanços não se traduziram em redução consistente da carga da doença (Mártires, 2024).

No âmbito da Estratégia Saúde da Família, que deveria funcionar como principal porta de entrada do sistema, estudos mostram que a hanseníase permanece subdiagnosticada e manejada de forma desigual. Lopes (2021) identificou que a prevalência e os fatores associados variam significativamente entre territórios, refletindo heterogeneidade no desempenho dos serviços. Essa variabilidade reforça a ideia de que o acesso ao cuidado não é uniforme, mas condicionado por capacidades e limitações locais.

Indicadores operacionais, frequentemente utilizados para avaliar o desempenho dos programas, podem obscurecer essas fragilidades subjacentes. Análises realizadas na Bahia demonstram que indicadores como taxas de detecção e cobertura de avaliação de contatos não capturam plenamente as complexidades da transmissão e do acesso (Souza, 2020). Em alguns casos, aparentes melhorias nos indicadores coexistem com a persistência da transmissão, sugerindo que as ferramentas de mensuração não refletem adequadamente a realidade vivida pelas populações afetadas.

Em conjunto, esses achados apontam para uma forma de governança invisível, na qual o sistema de saúde reconhece formalmente a hanseníase como prioridade, mas falha em operacionalizar estratégias efetivas de controle em territórios vulneráveis. O sistema torna-se reativo, intervindo principalmente quando a doença já produziu danos visíveis, reproduzindo, assim, as mesmas condições que pretende superar.

3.4 Vulnerabilidade Social e Redes de Transmissão

A dinâmica de transmissão da hanseníase está profundamente inserida nas relações sociais e nas condições de vida. As evidências indicam que a doença persiste em redes de proximidade, especialmente em contextos domiciliares e comunitários caracterizados por superlotação, pobreza e acesso limitado aos serviços de saúde. Boigny (2019) demonstra que os casos tendem a se concentrar em redes domésticas, com sobreposição significativa entre indivíduos acometidos, indicando que a transmissão se sustenta por meio de interações sociais próximas e prolongadas. Como apontam os autores, “a persistência da hanseníase está fortemente associada à sobreposição de casos em redes domiciliares em regiões vulneráveis” (p. 3).

Esse padrão é reforçado por evidências provenientes de metanálises, que indicam que contatos de indivíduos diagnosticados apresentam risco significativamente maior de desenvolver a doença, especialmente quando inseridos em contextos de vulnerabilidade socioeconômica (Niitsuma, 2021). Esses achados evidenciam que a transmissão não é apenas função da exposição biológica, mas é mediada pela organização social. O domicílio torna-se simultaneamente espaço de cuidado e de risco, sobretudo em cenários onde a vigilância e a detecção

precoce são insuficientes.

A efetividade da vigilância de contatos, estratégia central para interromper a transmissão, também se mostra desigual. Estudos em regiões endêmicas evidenciam lacunas na identificação e avaliação de contatos, frequentemente associadas a fatores sociodemográficos e ao desempenho dos serviços de saúde (Souza, 2019; Soares, 2024). A acessibilidade aos serviços em municípios rurais permanece como um obstáculo relevante, com distâncias geográficas, limitações de transporte e fragilidades organizacionais reduzindo a probabilidade de avaliação e acompanhamento oportunos (Soares, 2024).

Esses resultados reforçam o argumento de que a hanseníase persiste em redes socialmente estruturadas de vulnerabilidade, nas quais a transmissão biológica é amplificada por condições sociais. O contato, nesse contexto, não é apenas um evento biológico, mas uma relação social, moldada por formas de convivência, restrições econômicas e presença institucional. A doença circula onde a vulnerabilidade se acumula, evidenciando que a transmissão não pode ser dissociada do tecido social em que os indivíduos estão inseridos.

3.5 Silêncio, Estigma e Invisibilidade Biopolítica

Para além de suas dimensões epidemiológicas e clínicas, a hanseníase permanece profundamente marcada pelo estigma, que opera tanto no plano individual quanto institucional. Esse estigma contribui para o atraso no diagnóstico, o isolamento social e o baixo engajamento com os serviços de saúde. Análises do discurso em saúde pública revelam que a hanseníase é frequentemente silenciada ou marginalmente abordada, apesar de sua persistência como problema sanitário. Pegaiani (2023) identifica que as discussões sobre a doença em conferências de saúde são frequentemente limitadas ou ausentes, evidenciando um processo de invisibilização discursiva. Como afirmam os autores, “a doença permanece envolta em silenciamentos que reforçam sua condição de enfermidade negligenciada e estigmatizada” (p. 5).

O estigma não é apenas uma percepção social, mas um mecanismo que molda comportamentos e acessos. Indivíduos podem adiar a busca por cuidado por medo de discriminação, enquanto os serviços de saúde podem falhar em priorizar a doença devido à sua associação com populações marginalizadas. Esse duplo movimento reforça um ciclo no qual a invisibilidade sustenta a transmissão. Revisões sobre vulnerabilidade destacam que o estigma se articula com pobreza e marginalização territorial, ampliando barreiras ao diagnóstico e ao tratamento (Jesus, 2023).

Nesse contexto, a hanseníase pode ser compreendida como uma doença socialmente invisibilizada, não por sua raridade, mas por ser sistematicamente relegada às margens da visibilidade pública e institucional. A ausência de um discurso robusto em saúde pública, associada à persistência do estigma, cria condições para que a doença continue circulando sem gerar resposta proporcional por parte das instituições. O silêncio, portanto, não é neutro, mas um elemento ativo na reprodução da doença.

O Quadro 3 organiza as múltiplas dimensões do estigma associadas à hanseníase, evidenciando como elas se manifestam nos níveis individual, social, institucional, territorial e discursivo. Ao estruturar o estigma como um fenômeno multidimensional, a tabela demonstra que seus efeitos não se restringem às experiências individuais de discriminação, mas se estendem a processos mais amplos que moldam as prioridades do sistema de saúde, o

discurso público e o acesso ao cuidado. Essa abordagem permite uma compreensão mais abrangente de como o estigma atua como determinante do diagnóstico tardio e da persistência da transmissão.

Quadro 3. Dimensões do estigma e seus impactos no acesso ao diagnóstico e ao cuidado na hanseníase

Dimensão do estigma	Manifestação	Mecanismo de ação	Evidência dos estudos	Impacto nos desfechos em saúde
Estigma individual	Medo, vergonha, ocultação dos sintomas	Retarda a busca por cuidado	Pegaíani (2023); Jesus (2023)	Diagnóstico tardio e progressão da doença
Estigma social	Discriminação, isolamento social	Fragiliza redes de apoio e desencoraja a revelação	Jesus (2023)	Menor adesão e atraso no cuidado
Estigma institucional	Negligência nas agendas de saúde pública	Baixa priorização e atenção insuficiente em políticas	Pegaíani (2023)	Invisibilidade persistente da doença
Estigma territorial	Associação com regiões pobres e rurais	Naturalização da negligência em territórios marginalizados	Jesus (2023)	Acesso desigual e diagnóstico tardio
Estigma simbólico/discursivo	Silêncio no discurso em saúde e nas políticas	Reduz visibilidade e urgência das intervenções	Pegaíani (2023)	Transmissão sustentada e vigilância fragilizada

Fonte: Elaboração própria.

A configuração do estigma apresentada no Quadro 3 revela que ele funciona como um mecanismo complexo e estratificado, que estrutura ativamente a persistência da hanseníase. No nível individual, o medo e a vergonha retardam a busca por cuidado, enquanto, no nível social, a discriminação reforça o isolamento e fragiliza as redes de apoio (Pegaíani, 2023; Jesus, 2023). No entanto, a dimensão mais crítica emerge nos níveis institucional e discursivo, nos quais o silêncio e a baixa priorização contribuem para a naturalização da negligência, refletindo lacunas na governança e na capacidade de resposta do sistema de saúde (Cardoso, 2023; Mártires, 2024). O estigma territorial aprofunda esse processo ao associar a doença a espaços marginalizados, nos quais condições precárias são frequentemente naturalizadas e historicamente reproduzidas (Souza, 2020; Silva, 2023).

Essas dimensões sobrepostas produzem um ciclo de retroalimentação no qual a invisibilidade se torna simultaneamente causa e consequência da persistência da doença. O estigma, portanto, não é apenas uma reação social à hanseníase, mas uma força ativa que determina quem será diagnosticado, quando o diagnóstico ocorrerá e se o acesso ao cuidado será efetivo, especialmente em contextos nos quais a vigilância e a avaliação de contatos permanecem inconsistentes (Soares, 2021; Niitsuma, 2021).

A convergência entre silêncio, estigma e negligência institucional revela uma camada mais profunda do problema. A hanseníase persiste não apenas em função da transmissão biológica ou das limitações dos serviços de saúde, mas porque ocupa uma posição marginal na hierarquia das prioridades em saúde pública. Esse posicionamento reflete dinâmicas sociais mais amplas, nas quais determinadas doenças, e as populações que delas padecem, são tornadas menos visíveis e menos urgentes, reforçando as condições estruturais que sustentam sua persistência, especialmente em regiões historicamente vulneráveis do Nordeste (Araújo, 2020; Barros, 2024).

4 DISCUSSÃO

Os achados sintetizados nesta revisão convergem para uma proposição analítica central: a persistência da hanseníase no Semiárido brasileiro não decorre de insuficiência biomédica, mas de um nexos estruturado de vulnerabilidade no qual território, condição social, desempenho institucional e processos simbólicos interagem para produzir diagnóstico tardio, incapacidade e exclusão social. Esse nexos não pode ser compreendido de forma adequada por meio de variáveis isoladas. Ele exige uma interpretação relacional, na qual padrões epidemiológicos, organização dos serviços e experiências vividas são compreendidos como expressões de arranjos sociopolíticos mais amplos.

4.1 Do território ao corpo: a produção de sujeitos negligenciados

As evidências demonstram que o território atua como um organizador primário dos desfechos em saúde, definindo tanto as condições de exposição quanto as possibilidades de acesso ao cuidado. Análises espaciais evidenciam de forma consistente que a hanseníase se concentra em regiões marcadas por pobreza, dispersão rural e infraestrutura limitada, reforçando que a localização geográfica não é apenas um pano de fundo, mas um determinante ativo das dinâmicas da doença (Araújo, 2020; Lima, 2022; Silva, 2023). Nesse sentido, o território define o acesso, não apenas em termos de distância física aos serviços, mas em relação à presença, continuidade e qualidade das intervenções em saúde.

O acesso, por sua vez, molda diretamente o tempo do diagnóstico. Estudos que analisam itinerários terapêuticos revelam trajetórias prolongadas e fragmentadas até o diagnóstico, frequentemente envolvendo múltiplos contatos infrutíferos com o sistema de saúde (Hespanhol, 2021). Esse cenário é agravado por barreiras estruturais em municípios rurais, onde a acessibilidade à atenção primária permanece desigual e frequentemente insuficiente para garantir a detecção precoce (Soares, 2024). Como resultado, o diagnóstico tende a ocorrer apenas quando as manifestações clínicas já se encontram em estágios avançados e visíveis.

O corpo torna-se o espaço final de materialização desses processos. A presença de incapacidade física no momento do diagnóstico, especialmente grau 2, representa não apenas a progressão da doença, mas a acumulação de atrasos sistêmicos. Conforme apontado por análises históricas, a persistência da incapacidade indica que as estratégias preventivas e de detecção precoce não têm sido eficazes em interromper o curso natural da doença (Santos & Ignotti, 2020). Nessa sequência, o território define o acesso, o acesso define o diagnóstico e o diagnóstico define o desfecho corporal. O sujeito acometido pela hanseníase é, portanto, produzido em uma cadeia de condições estruturais que antecedem e ultrapassam o evento biológico.

Esse processo pode ser interpretado como a produção de sujeitos negligenciados, cuja visibilidade para o sistema de saúde é mediada por sua posição territorial e social. Estudos de modelagem espacial reforçam que áreas com maior privação social apresentam maior carga da doença, indicando que a vulnerabilidade é geograficamente organizada (Souza, 2020). O sujeito que adoece não é selecionado aleatoriamente, mas posicionado em um território onde a negligência é distribuída de forma desigual.

4.2 Cura clínica versus cura social

Uma das tensões mais relevantes identificadas nesta revisão reside na dissociação entre cura clínica e desfecho social. A poliquimioterapia elimina o *Mycobacterium leprae* e interrompe a transmissão quando aplicada precocemente. No entanto, as evidências demonstram que esse sucesso biomédico não se traduz em recuperação plena no plano social. Indivíduos frequentemente concluem o tratamento permanecendo com limitações físicas, estigma e exclusão das dinâmicas econômicas e sociais.

A persistência de incapacidades no momento do diagnóstico e após o tratamento ilustra esse hiato. Ações preventivas voltadas à redução de incapacidades têm apresentado eficácia limitada ao longo do tempo, sugerindo que a intervenção ocorre tardiamente no curso da doença (Santos & Ignotti, 2020). Além disso, o diagnóstico tardio está fortemente associado a danos irreversíveis, indicando que o tempo de intervenção é mais determinante do que a disponibilidade do tratamento em si (Hespanhol, 2021).

Esse descompasso é intensificado pelo estigma. Análises do discurso em saúde pública indicam que a hanseníase permanece envolta em silêncio e marginalização, o que desestimula a busca precoce por cuidado e dificulta a reintegração social após o tratamento (Pegaíani, 2023). Revisões sobre vulnerabilidade apontam que o estigma se articula com pobreza e marginalização territorial, criando barreiras sobrepostas que persistem mesmo após a cura bacteriológica (Jesus, 2023). Nesse contexto, eliminar o bacilo não significa eliminar a condição de exclusão social.

A noção de cura social torna-se, portanto, fundamental para compreender essa lacuna. Enquanto a PQT atua na dimensão biológica, ela não altera os determinantes estruturais que produzem o diagnóstico tardio, nem reverte as consequências sociais da incapacidade e do estigma. O resultado é uma forma de recuperação incompleta, na qual os indivíduos permanecem condicionados pelas mesmas estruturas que possibilitaram o adoecimento.

4.3 O ciclo da imobilidade social

A síntese dos achados permite a formulação de um modelo conceitual que expressa a interação dinâmica entre estigma, território, diagnóstico e desfecho social. Esse modelo pode ser descrito como um ciclo de imobilidade social.

O estigma contribui para o adiamento da busca por cuidado e reduz o engajamento com os serviços de saúde. As barreiras territoriais, como distância geográfica e limitada disponibilidade de serviços, restringem ainda mais o acesso. Esses fatores convergem para o diagnóstico tardio, frequentemente em estágios avançados da doença. O diagnóstico tardio resulta em incapacidade física, que compromete diretamente a capacidade laboral, sobretudo em contextos em que o trabalho depende do esforço físico. A exclusão do trabalho reforça a pobreza e a vulnerabilidade social, que, por sua vez, sustentam as condições para a continuidade da transmissão e novos atrasos diagnósticos.

Esse ciclo é sustentado por evidências sobre transmissão domiciliar e agrupamento social dos casos. Estudos demonstram que a hanseníase persiste em redes de proximidade, especialmente em contextos domésticos

vulneráveis, nos quais os casos tendem a se sobrepor e se reforçar mutuamente (Boigny, 2019). Conforme destacado pelos autores, “a persistência da hanseníase está fortemente associada à sobreposição de casos em redes domiciliares em regiões endêmicas” (p. 3). Esse achado evidencia que a transmissão está inscrita na organização social, e não em eventos isolados.

Análises epidemiológicas mostram ainda que áreas com maior privação social apresentam maiores taxas de incidência, reforçando a relação entre pobreza e persistência da doença (Souza, 2020). Estudos sobre acessibilidade indicam que barreiras na atenção primária em municípios rurais continuam limitando a detecção precoce e o acompanhamento, contribuindo para a manutenção desse ciclo (Soares, 2024). O resultado é um sistema de retroalimentação no qual a vulnerabilidade é simultaneamente causa e consequência da doença.

4.4 Biopolítica e necropolítica no Semiárido

Os padrões identificados nesta revisão podem ser interpretados à luz de uma abordagem biopolítica, na qual a gestão das populações envolve a distribuição diferencial de recursos, atenção e cuidado. No Semiárido brasileiro, a persistência da hanseníase sugere que determinadas populações são sistematicamente posicionadas nas margens da intervenção efetiva em saúde. Não se trata necessariamente de exclusão explícita, mas de uma forma de governança na qual a negligência é naturalizada.

Análises operacionais dos serviços de saúde indicam que melhorias em indicadores não se traduzem necessariamente em controle efetivo da doença, revelando um descompasso entre a política formal e sua implementação prática (Mártires, 2024). Esse descompasso reflete um investimento seletivo nas ações de saúde, no qual recursos e esforços são distribuídos de forma desigual entre territórios. Como consequência, algumas populações se beneficiam de diagnóstico oportuno e cuidado efetivo, enquanto outras permanecem expostas à transmissão prolongada e ao atraso na intervenção.

Estudos sobre mortalidade e padrões espaciais reforçam essa desigualdade, evidenciando que a carga da hanseníase permanece concentrada em regiões e populações específicas (Araújo, 2020). Esses achados indicam que a valoração da vida não é homogênea no território, mas mediada por fatores sociais e geográficos. Nesse contexto, a negligência configura-se como uma forma de governança, não por meio da negação ativa, mas pela insuficiência de ação.

Essa dinâmica dialoga com a noção de necropolítica, na qual a possibilidade de viver sem sofrimento evitável é distribuída de forma desigual. A persistência da hanseníase no Semiárido pode, assim, ser interpretada como expressão de condições estruturais em que determinadas vidas permanecem menos protegidas frente a danos evitáveis. A doença persiste não porque não possa ser controlada, mas porque as condições necessárias para seu controle não são igualmente garantidas.

Ao mesmo tempo, a literatura evidencia que as intervenções permanecem centradas no tratamento, e não na transformação das condições que produzem a vulnerabilidade. Embora a PQT seja essencial, ela opera em um sistema que continua a gerar diagnóstico tardio, incapacidade e exclusão. A ausência de estratégias abrangentes voltadas à equidade territorial, à reintegração social e à redução do estigma limita a efetividade das ações de controle.

Em conjunto, esses achados indicam que a persistência da hanseníase no Semiárido brasileiro não constitui uma anomalia, mas um resultado previsível de um sistema no qual a vulnerabilidade é estruturalmente organizada. A doença torna-se, assim, um prisma por meio do qual se revelam processos mais amplos de desigualdade, marginalização e governança seletiva.

A discussão aqui apresentada reforça que a hanseníase no Semiárido brasileiro não pode ser reduzida a um problema biomédico não resolvido, mas deve ser compreendida como uma condição socialmente produzida, sustentada por desigualdades territoriais, limitações institucionais e estigma persistente. A convergência entre concentração espacial, diagnóstico tardio e acesso desigual ao cuidado revela um padrão no qual a vulnerabilidade não é acidental, mas sistematicamente produzida e reproduzida. Nesse contexto, o corpo acometido pela hanseníase emerge como um artefato simultaneamente biológico e político, inscrito pelas temporalidades da negligência e pela distribuição desigual das intervenções em saúde.

A persistência da doença reflete, portanto, não apenas lacunas na vigilância ou na prestação de serviços, mas uma configuração mais profunda na qual determinadas populações permanecem nas margens do cuidado efetivo. Reconhecer essa dinâmica é essencial para avançar além de soluções técnicas e caminhar em direção a estratégias capazes de enfrentar as condições estruturais que sustentam tanto a doença quanto suas consequências sociais.

5 CONCLUSÃO

A hanseníase persiste não como uma falha do conhecimento médico, mas como uma falha da organização social e do compromisso político. No Semiárido brasileiro, a continuidade da doença revela um cenário no qual o acesso ao cuidado, a visibilidade e a proteção são distribuídas de forma desigual, expondo populações ao sofrimento evitável, apesar da disponibilidade de tratamento eficaz. A persistência de incapacidades, o diagnóstico tardio e a concentração territorial dos casos indicam que o problema ultrapassa o domínio biomédico e está enraizado em estruturas que reproduzem desigualdades.

Reformular a hanseníase como uma questão de injustiça social exige uma mudança de enfoque, deslocando estratégias centradas exclusivamente no tratamento para abordagens que enfrentem as condições que sustentam a vulnerabilidade. Isso implica fortalecer a equidade territorial nos serviços de saúde, ampliar a vigilância ativa em áreas rurais dispersas e implementar políticas que garantam não apenas a recuperação clínica, mas também a reintegração social e a dignidade dos indivíduos afetados. Sem essas transformações, a eliminação da doença permanece como uma aspiração técnica desconectada da realidade vivida.

Em última instância, eliminar a hanseníase exige mais do que medicamentos ou protocolos. Exige dismantlar os sistemas que tornam certos corpos invisíveis e certos territórios descartáveis, substituindo-os por formas de cuidado fundamentadas na equidade, na presença e no reconhecimento.

Nesse sentido, enfrentar a hanseníase exige mais do que o avanço de estratégias clínicas; requer uma reconfiguração das formas pelas quais a saúde, o território e o valor da vida são social e politicamente construídos. Enquanto a vulnerabilidade permanecer estruturalmente incorporada e desigualmente distribuída, as condições para a persistência da doença continuarão existindo. O desafio, portanto, não é apenas eliminar um patógeno, mas

transformar os sistemas que produzem abandono, atraso e invisibilidade. Somente a partir dessa mudança será possível avançar do controle para a justiça, e do tratamento para um cuidado verdadeiramente equitativo.

Conflitos de interesses

Nós, autores do manuscrito acima mencionado, declaramos que não existem conflitos de interesse relacionados à pesquisa, à autoria ou à publicação deste artigo. Afirmamos que o conteúdo deste artigo foi desenvolvido de forma independente e objetiva, sem influência externa, garantindo a integridade acadêmica e a transparência em todas as etapas do processo de pesquisa.

Contribuições dos autores

Todos os autores contribuíram de forma conjunta e equilibrada para a concepção, desenvolvimento e finalização do manuscrito. Especificamente, participaram ativamente da formulação do problema de pesquisa, da definição dos procedimentos metodológicos, da coleta e análise dos dados, bem como da redação, revisão crítica e aprovação da versão final do artigo. Dessa forma, todos são igualmente responsáveis pelo conteúdo científico apresentado.

REFERÊNCIAS

- Araújo, O. D., Ferreira, A. F., Araújo, T. M. E., et al. (2020). Mortalidade relacionada à hanseníase no Estado do Piauí, Brasil: tendências temporais e padrões espaciais, 2000–2015. *Cadernos De Saúde Pública*, 36(9), e00093919. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00093919>
- Barros, I. da C. A., Sousa, C. da C. M., Silva, N. R. F. da ., & Mascarenhas, M. D. M. (2024). Characterization of cases and epidemiological and operational indicators of leprosy: analysis of time series and spatial distribution, Piauí state, Brazil, 2007–2021. *Epidemiologia E Serviços De Saúde*, 33, e2023090. <https://doi.org/10.1590/S2237-96222024v33e2023090.en>
- Boigny, R. N., Souza, E. A., Romanholo, H. S. B., et al. (2019). Persistência da hanseníase em redes de convívio domiciliar: sobreposição de casos e vulnerabilidade em regiões endêmicas no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2019, v. 35, n. 2, e00105318. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00105318>
- Bomfim, E. L. P., Soares, P. B. C., Albuquerque, G. A., Ferreira, R. G. L. A., Aguiar, A. S. W. de ., Barreto, I. C. H. C., Saintrain, M. V. de L., Nuto, S. de A. S., & Vieira-Meyer, A. P. G. F.. (2025). Assistência ao paciente acometido de hanseníase: como atuam médicos e cirurgiões-dentistas da Atenção Primária à Saúde?. *Ciência & Saúde Coletiva*, 30, e18162023. <https://doi.org/10.1590/1413-812320242911.18162023>
- Cardoso, G. C. P., Santos, E. M. dos ., Oliveira, E. A. de ., Abreu, M. A. de ., Souza, M. S. e ., Soares, B. da C., & Coriolano, C. R. F.. (2023). Capacitação para o controle da hanseníase: avaliação e contribuições para a gestão. *Saúde Em Debate*, 47(137), 90–100. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313706>
- Hespanhol, M. C. L., Domingues, S. M., & Uchôa-Figueiredo, L. da R.. (2021). O diagnóstico tardio na perspectiva do itinerário terapêutico: grau 2 de incapacidade física na hanseníase. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 25, e200640. <https://doi.org/10.1590/interface.200640>

- Jesus, I. L. R. de ., Montagner, M. I., Montagner, M. Â., Alves, S. M. C., & Delduque, M. C.. (2023). Hanseníase e vulnerabilidade: uma revisão de escopo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(1), 143–154. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023281.09722022>
- Lima, L. V. de ., Pavinati, G., Silva, I. G. P., Moura, D. R. de O., Gil, N. L. de M., & Magnabosco, G. T.. (2022). Temporal trend, distribution and spatial autocorrelation of leprosy in Brazil: ecological study, 2011 to 2021. *Revista Brasileira De Epidemiologia*, 25, e220040. <https://doi.org/10.1590/1980-549720220040>
- Lopes, F. de C., Ramos, A. C. V., Pascoal, L. M., Santos, F. S., Rolim, I. L. T. P., Serra, M. A. A. de O., Santos, L. H. dos ., & Santos Neto, M.. (2021). Hanseníase no contexto da Estratégia Saúde da Família em cenário endêmico do Maranhão: prevalência e fatores associados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(5), 1805–1816. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.04032021>
- Mártires, G. S., Lima, G. L. S., Gomes, D. E., et al. (2024). Qualidade dos serviços de atenção à saúde para redução da hanseníase no Brasil: análise de tendência de 2001 a 2020. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. <https://doi.org/10.1590/1980-549720240034>.
Disponível em: scielo.br/j/rbepid/a/hYQqQ9kxVBcQB9ZwwYdKjwg/?format=pdf&lang=en
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. de C. P., & Galvão, C. M.. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(4), 758–764. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
- Niitsuma, E. N. A., Bueno, I. de C., Arantes, E. O., Carvalho, A. P. M., Xavier Junior, G. F., Fernandes, G. da R., & Lana, F. C. F.. (2021). Fatores associados ao adoecimento por hanseníase em contatos: revisão sistemática e metanálise. *Revista Brasileira De Epidemiologia*, 24, e210039. <https://doi.org/10.1590/1980-549720210039>
- Pegaiani, K. N. A., Pinto, N. de S., Batiston, A. P., Santos, M. L. de M. dos ., Cabral, K. V., Belloc, M. M., & Ferla, A. A.. (2023). Conferências de saúde e a hanseníase: ditos e silenciamentos sobre a doença negligenciada e seus estigmas. *Saúde E Sociedade*, 32(3), e210889pt. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023210889pt>
- Pompeo, D. A., Rossi, L. A., & Galvão, C. M.. (2009). Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta Paulista De Enfermagem*, 22(4), 434–438. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000400014>
- Santos, A. R. dos ., & Ignotti, E.. (2020). Prevenção de incapacidade física por hanseníase no Brasil: análise histórica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(10), 3731–3744. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.30262018>
- Santos, M. D. B., Carinhanha, Érika L. A., Silva, F. S. de C. P. da, Carinhanha, G. A., Ribeiro, B. L., & Brasil, M. Q. A. (2025). Perfil clínico-epidemiológico dos casos de hanseníase dos estados da região Nordeste do Brasil no período de 2018-2022. *Hansenologia Internationalis: Hanseníase E Outras doenças Infecciosas*, 50, e40505. <https://doi.org/10.47878/hi.2025.v.50.40505>
- Silva, M. L. F. I. da ., Farias, S. J. M. de ., Silva, A. P. de S. C., Rodrigues, M. O. S., & Oliveira, E. C. A. de .. (2023). Spatial patterns of new leprosy cases in a northeastern state of Brazil, 2011–2021. *Revista Brasileira De Epidemiologia*, 26, e230014. <https://doi.org/10.1590/1980-549720230014>
- Soares, D. de J., Vilasbôas, A. L. Q., Souza, M. K. B. de ., & Bispo Júnior, J. P.. (2024). Acessibilidade aos serviços de Atenção Primária à Saúde em municípios rurais do Brasil. *Saúde Em Debate*, 48(142), e8945. <https://doi.org/10.1590/2358-289820241428945P>
- Soares, G. M. M. de M., Souza, E. A. de ., Ferreira, A. F., García, G. S. M., Oliveira, M. L. W.-D.-R. de ., Pinheiro, A. B. de M., Santos, M. A. M. dos ., & Ramos Junior, A. N.. (2021). Fatores sociodemográficos e clínicos de casos de hanseníase associados ao desempenho da avaliação de seus contatos no Ceará, 2008-2019 . *Epidemiologia E Serviços De Saúde*, 30(3), e2020585. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000300024>

- Souza, C. D. F. de., Luna, C. F., & Magalhães, M. de A. F. M.. (2019). Transmissão da hanseníase na Bahia, 2001-2015: modelagem a partir de regressão por pontos de inflexão e estatística de varredura espacial. *Epidemiologia E Serviços De Saúde*, 28(1), e2018065. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000100015>
- Souza, C. D. F., Magalhães, M. A. F. M., & Luna, C. F. (2020). Hanseníase e carência social: definição de áreas prioritárias em estado endêmico do Nordeste brasileiro. *Revista Brasileira de Epidemiologia [online]*. v. 23, e200007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200007>
- Souza, Carlos Dornels Freire de et al. (2020) Modelagem espacial da hanseníase no estado da Bahia, Brasil, (2001-2015) e determinantes sociais da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*. v. 25, n. 8, pp. 2915-2926. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020258.21522018>
- Souza, Eliana Amorim de et al. (2019) Desempenho da vigilância de contatos de casos de hanseníase: uma análise espaço-temporal no Estado da Bahia, Região Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública [online]*. v. 35, n. 9, e00209518. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00209518>
- Souza, Eliana Amorim de et al. (2020) Baixo desempenho de indicadores operacionais de controle da hanseníase no estado da Bahia: padrões espaçotemporais, 2001-2014. *Revista Brasileira de Epidemiologia [online]*. v. 23, e200019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200019>
- Whittemore, R. and Knafl, K. (2005), The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52: 546-553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>