Boletim Epidemiológico Paulista

10.57148/bepa.2026.v.23.42162 1806-4272

Informe epidemiológico

Análise epidemiológica da hanseníase no município de Araras, estado de São Paulo, Brasil, no período de 2020 a 2024

Epidemiological analysis of leprosy in the municipality of Araras, São Paulo State, Brazil, from 2020 to 2024

Julia Guedes Maretti, Letícia Aparecida Brandão, Mariana Dias, Carlos Roberto Escrivão Grignoli, Hercules Jonas Rebelato, Letícia Cristina Gonçalves

Centro Universitário da Fundação Hermínio Ometto , Araras, São Paulo, Brasil

Autor para correspondência

Letícia Cristina Gonçalves
E-mail: leticiagoncalves@fho.edu.br
Instituição: Fundação Hermínio Ometto (FHO)
Endereço: Av. Dr. Maximiliano Baruto, 500, Jardim Universitario, CEP: 13607-339. Araras , São Paulo, Brasil

Como citar

Maretti JG, Brandão LA, Dias M, Grignoli CRE, Rebelato HJ, Gonçalves LC. Análise epidemiológica da hanseníase no município de Araras, estado de São Paulo, Brasil, no período de 2020 a 2024. BEPA, Bol. epidemiol. paul. 2026; 23: e42162. https://doi.org/10.57148/bepa.2026.v.23.42162

Primeira submissão: 16/04/2026 • Aceito para publicação 13/05/2026 • Publicação: 27/05/2026

Editora-chefe: Regiane Cardoso de Paula

CC BY

Boletim Epidemiológico Paulista 10.57148/bepa.2026.v.23.42162 1806-4272

Resumo

Introdução: a hanseníase, causada por *Mycobacterium leprae*, é uma doença infecciosa crônica que pode provocar incapacidades físicas e neurológicas. Apesar de apresentar menor endemicidade em relação a outras enfermidades, ainda representa um relevante problema de saúde pública no Brasil, especialmente em contextos de desigualdade social e acesso limitado aos serviços de saúde. **Objetivo:** este estudo teve como objetivo analisar os casos de hanseníase notificados no município de Araras, São Paulo (SP), Brasil, entre 2020 e 2024, considerando variáveis epidemiológicas e clínicas. **Métodos:** trata-se de um estudo epidemiológico quantitativo, descritivo e retrospectivo, baseado em dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). **Resultados:** os resultados evidenciaram predominância de diagnóstico tardio, com maior frequência da forma clínica dimorfa e da classificação multibacilar, indicando manutenção da cadeia de transmissão. Observou-se aumento das notificações entre 2020 e 2021, seguido de redução nos anos subsequentes, possivelmente associado aos impactos da pandemia de Covid-19 nas ações de vigilância e no acesso aos serviços de saúde. **Conclusão:** conclui-se que o controle da hanseníase depende do fortalecimento da atenção primária, da ampliação das ações de vigilância e educação em saúde, bem como do diagnóstico precoce e acesso oportuno ao tratamento.

Palavras-chave: hanseníase, epidemiologia, vigilância epidemiológica, atenção primária à saúde.

Abstract

Introduction: leprosy, caused by *Mycobacterium leprae*, is a chronic infectious disease that can lead to physical and neurological disabilities. Despite having lower endemicity compared to other diseases, it remains a significant public health problem in Brazil, especially in contexts of social inequality and limited access to health services. **Objective:** this study aimed to analyze leprosy cases reported in the municipality of Araras, Sao Paulo (SP), Brazil, between 2020 and 2024, considering epidemiological and clinical variables. **Methods:** this is a quantitative, descriptive, and retrospective epidemiological study, based on data from the Notifiable Diseases Information System (Sinan). **Results:** the results showed a predominance of late diagnosis, with a higher frequency of the borderline clinical form and multibacillary classification, indicating persistence of the transmission chain. An increase in notifications was observed between 2020 and 2021, followed by a reduction in subsequent years, possibly associated with the impacts of the Covid-19 pandemic on surveillance activities and access to health services. **Conclusion:** it is concluded that leprosy control depends on strengthening primary health care, expanding epidemiological surveillance and health education actions, as well as on early diagnosis and timely access to treatment.

Keywords: leprosy, epidemiology, epidemiological surveillance, primary health care.

CC BY

Boletim Epidemiológico Paulista 10.57148/bepa.2026.v.23.42162 1806-4272

Introdução

A hanseníase é uma doença infecciosa crônica causada por *Mycobacterium leprae*, um bacilo álcool-ácido resistente identificado por Hansen em 1873. A infecção afeta principalmente a pele e os nervos periféricos e pode levar a deformidades físicas irreversíveis quando não tratada precocemente.[1] Embora seja uma doença totalmente curável por meio da poliquimioterapia (PQT), a hanseníase ainda representa um importante problema de saúde pública no Brasil, que concentra mais de 90% dos casos notificados nas Américas. Esse cenário reflete desigualdades estruturais persistentes associadas ao diagnóstico tardio, às limitações nas ações de vigilância e ao forte estigma social ainda relacionado à doença.[2]

Historicamente, o Brasil tem apresentado avanços significativos na redução da prevalência da hanseníase desde a década de 1990, impulsionados por políticas de descentralização e ampliação do acesso ao tratamento gratuito por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, estudos recentes indicam que esses avanços não ocorreram de forma homogênea, e a doença permanece concentrada em regiões com maior vulnerabilidade socioeconômica, especialmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.[3,4] Essa distribuição desigual reflete os determinantes sociais da saúde – como renda, escolaridade, saneamento e condições habitacionais – que influenciam diretamente tanto o risco de adoecimento quanto o acesso ao diagnóstico e ao tratamento.[5]

Estudos demonstram que a maioria dos casos é diagnosticada em estágios clínicos avançados, principalmente nas formas multibacilares, que apresentam alta carga bacilar e maior potencial de transmissão.[6] Além disso, o diagnóstico frequentemente ocorre quando já existe algum grau de incapacidade física, evidenciando fragilidades na atenção primária à saúde e lacunas no rastreamento de contatos intradomiciliares.[4] Esse cenário sugere que, embora as estratégias de controle estejam bem definidas em nível nacional, sua implementação em nível local ainda é insuficiente, especialmente em municípios de médio porte, onde a vigilância ativa é limitada.

No contexto internacional, fatores como idade avançada, baixo nível educacional, falta de conhecimento sobre os sintomas e distância geográfica dos serviços de saúde têm sido identificados como importantes preditores de diagnóstico tardio e progressão para incapacidades.[6] Esses achados reforçam a necessidade de abordagens intersetoriais que integrem vigilância epidemiológica, educação em saúde e políticas sociais voltadas às populações vulneráveis. Além dos impactos físicos, o estigma e a discriminação associados à hanseníase contribuem para a exclusão social, dificultando a adesão ao tratamento e o retorno às atividades laborais.[5] Consequentemente, a doença permanece como um marcador de desigualdades estruturais e de fragilidades nas redes de atenção à saúde no Brasil.

A hanseníase também ilustra os desafios no enfrentamento de doenças negligenciadas em países de renda média. O limitado interesse científico e político, aliado às dificuldades de obtenção de financiamento para pesquisa, restringe os avanços em estudos sobre novos métodos diagnósticos e estratégias de controle. Nesse contexto, estudos epidemiológicos locais tornam-se

Acesso aberto

CC BY

Boletim Epidemiológico Paulista 10.57148/bepa.2026.v.23.42162 1806-4272

particularmente relevantes, pois permitem compreender as especificidades territoriais e subsidiar ações mais precisas de vigilância e cuidado.[3,4] No estado de São Paulo, observa-se um padrão preocupante de interiorização da doença, com a persistência de taxas significativas em cidades de pequeno e médio porte, sugerindo falhas na detecção precoce e na busca ativa de contatos.

Diante desse cenário, torna-se essencial compreender a situação epidemiológica da hanseníase em nível municipal, especialmente em locais onde os registros de casos permanecem estáveis ou em crescimento, mesmo em contextos de baixa endemicidade regional. O município de Araras, no estado de São Paulo, apresenta um perfil representativo dessa realidade e constitui um importante cenário para a análise do comportamento da doença em regiões do interior. Estudos dessa natureza contribuem para identificar lacunas nas ações de vigilância, compreender o impacto dos determinantes sociais e subsidiar estratégias eficazes de controle e prevenção.

Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo analisar os casos de hanseníase notificados no município de Araras, estado de São Paulo, Brasil, no período de 2020 a 2024, segundo variáveis epidemiológicas, clínicas e operacionais, a fim de contribuir para o conhecimento científico local, apoiar melhorias nas ações de vigilância em saúde, fortalecer o diagnóstico precoce e promover o enfrentamento do estigma social ainda associado à doença.

Métodos

O presente estudo caracteriza-se como uma investigação epidemiológica de abordagem quantitativa, descritiva e retrospectiva, estruturada segundo os princípios da vigilância em saúde e da análise epidemiológica descritiva.[7] A adoção desse delineamento permitiu uma avaliação objetiva dos fenômenos observados, enquanto o enfoque descritivo possibilitou a caracterização do perfil epidemiológico dos casos de hanseníase notificados no município de Araras, estado de São Paulo, Brasil, no período de 2020 a 2024.

Foram utilizados dados secundários provenientes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Araras (SP), além de informações complementares obtidas em boletins epidemiológicos oficiais emitidos pela mesma instituição. A utilização de fontes de dados secundários é amplamente reconhecida na literatura científica como uma estratégia metodológica consistente e eficiente em estudos epidemiológicos, pois assegura maior abrangência, representatividade e confiabilidade aos registros analisados.[8,9]

O período de análise compreendeu os anos de 2020 a 2024 e incluiu todos os casos confirmados de hanseníase notificados entre residentes do município de Araras (SP) durante esse intervalo. Foram considerados todos os registros confirmados disponíveis no sistema, sem restrições quanto a forma clínica, sexo, idade ou modo de entrada no serviço de saúde.

CC BY

Boletim Epidemiológico Paulista 10.57148/bepa.2026.v.23.42162 1806-4272

As variáveis analisadas incluíram idade, sexo, nível de escolaridade, forma clínica da doença, número de lesões cutâneas e classificação operacional do caso. A seleção dessas variáveis baseou-se em sua relevância para a caracterização do perfil clínico e sociodemográfico dos indivíduos acometidos, conforme diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde.[10]

A análise dos dados foi realizada de forma descritiva, com o objetivo de caracterizar o comportamento epidemiológico da hanseníase no município de Araras. A distribuição das variáveis foi apresentada em valores absolutos e percentuais, a fim de evidenciar os principais padrões observados ao longo da série temporal. Os resultados foram apresentados por meio de gráficos e tabelas, facilitando a visualização e a interpretação das tendências identificadas.

Aspectos éticos

O estudo foi conduzido em conformidade com os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, assegurando o sigilo e o anonimato das informações, por tratar-se de dados secundários de domínio público. Além disso, a pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme Parecer nº 646/2025, atendendo plenamente às normas éticas aplicáveis às investigações que envolvem dados humanos.

Resultados

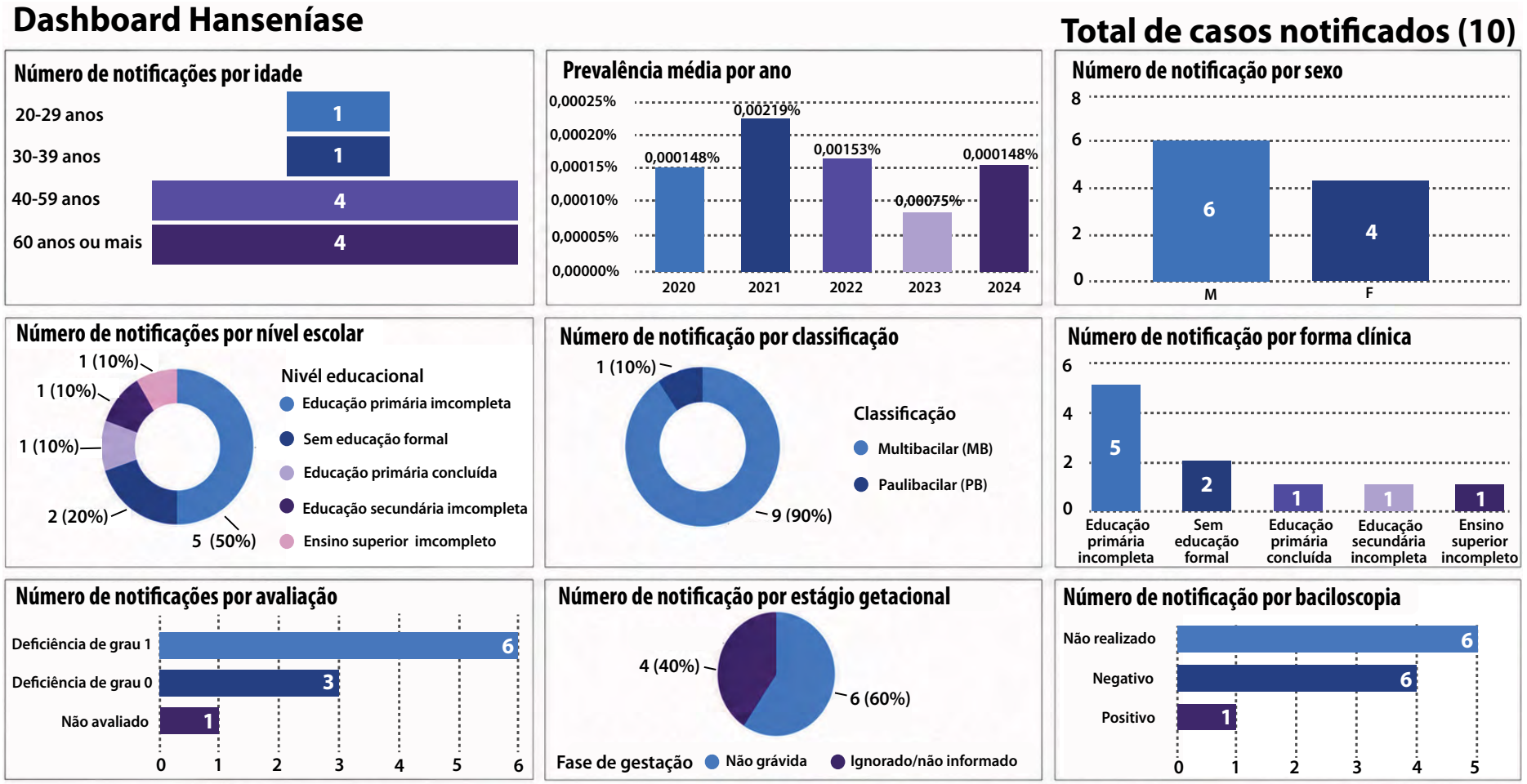
A análise dos dados obtidos a partir do Sinan e dos boletins epidemiológicos do município de Araras (SP), Brasil, no período de 2020 a 2024, permitiu a caracterização do perfil epidemiológico dos casos notificados de hanseníase. Um resumo dos dados analisados está apresentado na Figura 1.

CC BY

Boletim Epidemiológico Paulista

10.57148/bepa.2026.v.23.42162 1806-4272

Figura 1. Perfil epidemiológico dos casos notificados de hanseníase no município de Araras (SP), Brasil, 2020–2024



Fonte: Elaborado pelos autores com base em dados do Sinan, disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), Ministério da Saúde, Brasil.

CC BY

Boletim Epidemiológico Paulista 10.57148/bepa.2026.v.23.42162 1806-4272

Os dados indicaram maior frequência de casos no sexo masculino, correspondendo a 60% das notificações registradas, com predominância em indivíduos com mais de 40 anos de idade. No grupo feminino, observou-se ausência de informação quanto ao estado gestacional em 40% das notificações, o que limita a avaliação de possíveis riscos adicionais e implicações reprodutivas associadas à doença.

Em relação à distribuição temporal dos casos, a maior concentração de notificações foi observada no ano de 2021. Nos anos de 2020, 2022 e 2024, os valores mantiveram-se relativamente semelhantes, enquanto em 2023 houve uma redução mais acentuada no número de registros, indicando oscilações no padrão de notificações ao longo da série histórica.

Quanto às características clínicas, 80% dos casos foram classificados na forma clínica dimorfa e 90% foram categorizados como multibacilares segundo a classificação operacional, evidenciando predominância de formas associadas a maior carga bacilar e maior potencial de transmissão.

A baciloscopia foi registrada em 50% dos casos analisados, sendo 40% com resultado negativo e 10% com resultado positivo. Nos demais casos, não houve registro da realização do exame, evidenciando lacunas na documentação dos procedimentos diagnósticos.

No que se refere ao grau de incapacidade física no momento do diagnóstico, 60% dos indivíduos apresentaram grau 1, sugerindo comprometimento neural inicial e necessidade de acompanhamento clínico. Além disso, 70% dos indivíduos apresentaram nível de escolaridade inferior ao ensino fundamental incompleto, indicando possível associação entre menor escolaridade, vulnerabilidade social e maior dificuldade de acesso oportuno aos serviços de saúde.

Discussão

A análise epidemiológica da hanseníase no município de Araras (SP), Brasil, revela um cenário que, embora caracterizado por baixa incidência relativa, reflete desafios estruturais semelhantes aos observados em outras regiões brasileiras. Apesar dos avanços alcançados nas últimas décadas, a doença permanece como um problema de saúde pública marcado por determinantes sociais complexos e por limitações na Atenção Primária à Saúde (APS), responsável pelo primeiro contato da população com os serviços de saúde e pela detecção precoce dos casos. Nesse sentido, a persistência de notificações no município evidencia que a hanseníase ultrapassa o campo biomédico, configurando-se também como um indicador de desigualdades sociais e de fragilidades na rede de atenção à saúde.[11-13]

Ao analisar a distribuição etária dos casos, observa-se maior concentração entre indivíduos de 40 a 59 anos e aqueles com 60 anos ou mais, faixas etárias associadas à maior vulnerabilidade ao adoecimento. Esse padrão reforça a hipótese de exposição cumulativa ao *Mycobacterium leprae*, na qual o longo período de incubação e o declínio natural da imunidade com o envelhecimento

Acesso aberto

CC BY

Boletim Epidemiológico Paulista 10.57148/bepa.2026.v.23.42162 1806-4272

contribuem para a manifestação tardia da doença. Além disso, fatores como menor percepção dos sinais iniciais e atraso na busca por atendimento favorecem diagnósticos em estágios mais avançados. Por outro lado, a baixa notificação entre indivíduos mais jovens pode indicar subdiagnóstico, possivelmente relacionado à limitação das ações de busca ativa e à investigação insuficiente de contatos intradomiciliares, contribuindo para a manutenção da cadeia de transmissão.[14-16]

No que se refere às tendências temporais, foram observadas oscilações na detecção de casos entre 2020 e 2024, com aumento expressivo em 2021 seguido de redução em 2023. Essas variações podem estar mais relacionadas à instabilidade da vigilância epidemiológica do que a mudanças reais no padrão de transmissão. Durante a pandemia de Covid-19, as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) direcionaram esforços para o enfrentamento da crise sanitária, o que resultou em interrupções nas visitas domiciliares e atrasos diagnósticos. O aumento de casos observado em 2021 pode refletir a retomada das atividades de campo após o período mais crítico da pandemia, destacando o papel central da ESF no fortalecimento da vigilância ativa e da detecção precoce.[17-20]

A distribuição por sexo também fornece subsídios relevantes para a compreensão da dinâmica local da doença. O predomínio de casos no sexo masculino (60%) sugere barreiras históricas relacionadas ao acesso aos serviços de saúde e às práticas de autocuidado, uma vez que os homens tendem a procurar menos assistência e frequentemente retardam a busca por diagnóstico. Além disso, fatores ocupacionais, como maior exposição ambiental e contato interpessoal, podem favorecer a transmissão. Essa desigualdade de gênero, também observada em estudos nacionais, reforça a necessidade de políticas voltadas à saúde do homem e de estratégias educativas que incentivem o autocuidado e a busca precoce por atendimento.[11,21-24]

Do ponto de vista clínico, o predomínio da forma dimorfa (80%) e da classificação multibacilar (90%) evidencia diagnósticos tardios e a persistência da transmissão ativa na comunidade. As formas dimorfas, que representam um espectro intermediário entre as formas paucibacilares e virchowianas, refletem uma resposta imunológica instável e estão frequentemente associadas a contextos de vigilância insuficiente. A elevada proporção de casos multibacilares indica falhas na identificação precoce das manifestações iniciais da doença, comprometendo o controle efetivo da endemia. Esses achados reforçam a necessidade de capacitação contínua das equipes da APS e de maior integração entre os diagnósticos clínico e laboratorial.[21]

Outro aspecto crítico é a utilização limitada da baciloscopia, registrada em apenas metade dos casos analisados. Esse exame, essencial para a confirmação diagnóstica e para a definição terapêutica, ainda fica restrito a alguns serviços de saúde locais. A ausência de registros laboratoriais compromete o monitoramento adequado da doença e a avaliação das ações de vigilância epidemiológica. Nesse contexto, recomenda-se a ampliação do acesso a exames complementares, como a sorologia anti-PGL-I e métodos moleculares, conforme diretrizes da Organização Mundial da Saúde.[11]

Acesso aberto

CC BY

Boletim Epidemiológico Paulista 10.57148/bepa.2026.v.23.42162 1806-4272

A análise do grau de incapacidade física demonstrou que 60% dos pacientes apresentavam grau I no momento do diagnóstico, indicando detecção em estágio no qual já há comprometimento neural, ainda que potencialmente reversível. Esse achado, embora evidencie certa efetividade na identificação antes do desenvolvimento de deformidades graves, também sugere atraso diagnóstico. Assim, torna-se essencial fortalecer as práticas de avaliação neurológica precoce e garantir acompanhamento multiprofissional, incluindo ações de reabilitação e suporte psicossocial, com o objetivo de reduzir o impacto funcional e o estigma social associados à doença.[17,21]

Por fim, os dados de escolaridade revelaram que 70% dos indivíduos acometidos não haviam concluído o ensino fundamental, confirmando a influência dos determinantes sociais na distribuição da hanseníase. Níveis educacionais mais baixos podem limitar o conhecimento sobre sinais e sintomas da doença e dificultar seu reconhecimento precoce. Dessa forma, o cenário observado em Araras (SP) reflete a interação entre vulnerabilidade social, desigualdade estrutural e acesso limitado aos serviços de saúde, fatores que contribuem para a persistência da transmissão e para o desenvolvimento de incapacidades físicas relacionadas à doença.[11,14]

De modo geral, os achados do município convergem com o panorama nacional, no qual, apesar da ampliação da cobertura da APS e da disponibilidade gratuita da poliquimioterapia, ainda persistem lacunas na vigilância ativa, na educação em saúde e na redução do estigma. O controle da hanseníase exige mais do que a oferta de tratamento adequado; demanda uma rede de atenção articulada e equitativa, sustentada pela integração entre gestores públicos, profissionais de saúde e sociedade civil, consolidando o enfrentamento da doença como uma agenda permanente de saúde pública, cidadania e justiça social.[11]

Conclusão

A análise epidemiológica dos casos de hanseníase no município de Araras (SP), Brasil, no período de 2020 a 2024, evidenciou predominância de casos no sexo masculino, maior ocorrência em indivíduos com mais de 40 anos de idade e elevada frequência das formas clínicas dimorfa e multibacilar. Essas características sugerem diagnóstico tardio e a manutenção da cadeia de transmissão da doença. As oscilações observadas na detecção de casos ao longo do período analisado indicam possíveis influências relacionadas a limitações na vigilância epidemiológica, especialmente durante a pandemia de Covid-19. Esses achados reforçam a necessidade de fortalecimento das ações de vigilância em saúde, ampliação das estratégias de busca ativa de casos e de rastreamento de contatos, bem como o aprimoramento da capacitação das equipes da Atenção Primária à Saúde para o diagnóstico precoce e manejo adequado da doença. Dessa forma, o enfrentamento da hanseníase no contexto local requer a integração de intervenções clínicas, educativas e sociais, com vistas à redução da transmissão, prevenção de incapacidades físicas e promoção de maior equidade no acesso aos serviços de saúde.

Acesso aberto

CC BY

Boletim Epidemiológico Paulista 10.57148/bepa.2026.v.23.42162 1806-4272

Agradecimento

Os autores agradecem à Fundação Hermínio Ometto (FHO) pelo apoio técnico e científico, bem como à Secretaria Municipal de Saúde e ao serviço de Vigilância Epidemiológica do município de Araras (SP), Brasil, pela disponibilização dos dados utilizados nesta pesquisa.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Meio Ambiente. Boletim epidemiológico de hanseníase 2022 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [citado 2025 Dez 10]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-hanseniase-_-25-01-2022.pdf/view

2. World Health Organization. Global leprosy (Hansen's disease) update, 2023: towards zero leprosy. Wkly Epidemiol Rec. 2023;98:485-508. https://doi.org/10.26719/who-wer-2023.98.485

3. Monteiro LD, et al. Determinantes sociais da hanseníase em um estado hiperendêmico do Norte do Brasil. Rev Saude Publica. 2017;51:70. https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006655

4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Meio Ambiente. Boletim epidemiológico de hanseníase 2024 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [citado 2025 Dez 10]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2024/be_hansen-2024_19jan_final.pdf

5. Souza GC, et al. Experiências de estigma social de pessoas vivendo com hanseníase no Brasil: silenciamento, segredos e exclusão. Int Health. 2024;16(Suppl 1):i60-i67. https://doi.org/10.1093/inthealth/ihae005

6. Barbosa SG, et al. Hanseníase: revisão abrangente sobre fisiopatologia, manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento. Braz J Health Rev [Internet]. 2024 [citado 16 abr 2026];7(2):e67849. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/67849

7. Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

8. Lima-Costa MF, Barreto SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na pesquisa sobre envelhecimento. Epidemiol Serv Saude [Internet]. 2003 [citado 16 abr 2026];12(4): 189-201. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v12n4/v12n4a03.pdf

9. Bastos JLD, Duquia RP. Um dos delineamentos mais utilizados em epidemiologia: estudo transversal. Sci Med (Porto Alegre). 2007;17(4):229-32.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis. Diretrizes para vigilância, assistência e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado 6 nov 2025]. Disponível em: https://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu_doc/diretrizes_hanseniase.pdf

CC BY

Boletim Epidemiológico Paulista 10.57148/bepa.2026.v.23.42162 1806-4272

11. Brasil. Ministério da Saúde. Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025 [citado 11 dez 2025]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hanseniase/situacao-epidemiologica/dados-epidemiologicos

12. Santos RS, Souza SV. Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil: desafios contemporâneos para a vigilância em saúde. Rev Gest Saude [Internet]. 2024 [citado 16 abr 2026]. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/58012/43303

13. Souza SV, Santos RS. Desafios no diagnóstico precoce da hanseníase no Brasil: contribuições da enfermagem para vigilância e controle epidemiológico. Braz J Implantol Health Sci. 2025;7(5):797-820.

14. Matos EB, et al. Análise do perfil epidemiológico dos tipos clínicos de hanseníase na região Nordeste, 2017–2023. Rev Med (São Paulo). 2025;104(3 Suppl):e236363. https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v104i3.esp.e236363

15. Rocha MCN, Nobre ML, Garcia LP. Características epidemiológicas da hanseníase em idosos e comparação com outros grupos etários no Brasil, 2016-2018. Cad Saude Publica [Internet]. 2020 [citado 16 abr 2026];36(9). Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/98NBb3RymNmqZsJb64zLqgv

16. Lastória JC, Abreu MAMM. SBD-RESP na busca ativa de casos de hanseníase. An Bras Dermatol. 2011;86(3):613-20.

17. Lima Filho CA, Bernardino AO, Anjos ERTB, et al. Distribuição epidemiológica de casos incidentes de hanseníase em um estado do Nordeste brasileiro entre 2012 e 2022. Rev Casos Consult. 2024;15(1):e35198.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim epidemiológico de hanseníase 2025 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025 [citado 18 dez 2025]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2025/boletim-epidemiologico-de-hanseniase-numero-especial-jan-2025.pdf

19. Souza CDF, Paiva JPS, Leal TC, Magalhães MAFM. Impacto da pandemia de COVID-19 na detecção de casos de hanseníase no Brasil: análise de séries temporais interrompidas. Sci Rep [Internet]. 2025 [citado 16 abr 2026];15(1). Disponível em: https://www.nature.com/articles/s41598-025-94600-2

20. Taino RMG, Zornitta JD, Marchi MT, Aguiar GF, Alves ICR, Damin BC. As consequências da pandemia de COVID-19 no perfil epidemiológico da Hanseníase no Brasil. Journal of Medical and Biosciences Research. https://doi.org/10.70164/jmbr.v2i1.472

21. Carvalho KAA, Gonçalves SJC. Perfil epidemiológico de pacientes com hanseníase no Brasil entre 2015 e 2019. Rev Ibero-Am Humanid Cienc Educ. 2022;8(7):821-33. https://doi.org/10.51891/rease.v8i7.6240

22. Richardus JH, et al. Fatores associados ao diagnóstico tardio da hanseníase em área endêmica do Nordeste do Brasil: estudo transversal. PLoS Negl Trop Dis [Internet]. 2024 [citado 2026 Abr 16];18(1). Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38198383

23. Silva RC, et al. Desigualdade de gênero, idade e incapacidades associadas à hanseníase e tendências em uma metrópole hiperendêmica do Centro-Oeste do Brasil. PLoS Negl Trop Dis [Internet]. 2021 [citado 2026 Abr 16];15(11). Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8631739

24. Silva GR, Vasconcelos GVC. Perfil epidemiológico das internações por hanseníase no Brasil entre 2019 e 2024. Braz J Implantol Health Sci [Internet]. 2025 [citado 2026 Abr 16];7(2):2314-24. Disponível em: https://bjihs.emnuvens.com.br/bjihs/article/view/5325

CC BY

Boletim Epidemiológico Paulista 10.57148/bepa.2026.v.23.42162 1806-4272

Contribuição dos autores

Julia Guedes Maretti participou da elaboração do rascunho original do manuscrito, da revisão da literatura, da análise dos dados e da interpretação dos resultados. Letícia Aparecida Brandão participou da elaboração do rascunho original do manuscrito, da revisão da literatura, da análise dos dados e da interpretação dos resultados. Mariana Dias participou da elaboração do rascunho original do manuscrito, da revisão da literatura, da análise dos dados e da interpretação dos resultados. Letícia Cristina Gonçalves contribuiu para a concepção do estudo, coleta e processamento dos dados, desenvolvimento metodológico, validação dos resultados, revisão crítica do manuscrito e supervisão da pesquisa. Hercules Jonas Rebelato contribuiu para a concepção do estudo, validação dos resultados, revisão crítica do manuscrito e supervisão da pesquisa. Carlos Roberto Escrivão Grignoli contribuiu para a concepção do estudo, validação dos resultados, revisão crítica do manuscrito e supervisão da pesquisa. Todos os autores contribuíram efetivamente para o desenvolvimento do trabalho, aprovaram a versão final do manuscrito e concordam em assumir responsabilidade por seu conteúdo.

Preprint

O manuscrito não foi previamente publicado em servidores preprint.

Aprovação dos autores

Os autores participaram efetivamente do trabalho, aprovam a versão final do manuscrito para publicação e assumem total responsabilidade por todos os seus aspectos, garantindo que as informações sejam precisas e confiáveis.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesse de natureza política, comercial e financeira no manuscrito.

Financiamento

Os autores declaram que não houve fontes de financiamento.

CC BY