Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Perfil sociodemográfico e clínico dos casos novos de hanseníase no Distrito Federal, Brasil, 2012–2022

Sociodemographic and clinical profile of new leprosy cases in the Federal District, Brazil, 2012–2022

Perfil sociodemográfico y clínico de los casos nuevos de lepra en el Distrito Federal, Brasil, 2012–2022

Francisca Lumara da Costa Vaz[1], Laís Manuela Borges Ribeiro[1], Franjefferson de Sousa Vieira[1], Eloá Fátima de Ferreira Medeiros[1], Renato Augusto de Almeida Soares[1], Viviane Corrêa de Almeida Fernandes[1], Pedro Juan Ribeiro Calisto dos Santos[1], Rodrigo Fonseca Lima[1], Rafael Santos Santana[1], Débora Santos Lula Barros[1].

RESUMO

Objetivo: Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico do conjunto de casos novos de hanseníase notificados no Distrito Federal entre 2012 e 2022. **Métodos:** Estudo epidemiológico descritivo e retrospectivo, de abordagem quantitativa, baseado em dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, analisados por meio de frequências absolutas e relativas. **Resultados:** Foram registrados 2.009 casos novos, com maior frequência entre homens, pessoas pardas, indivíduos de 30 a 59 anos e pessoas com ensino fundamental incompleto. Predominaram as formas clínicas dimorfa e virchowiana e a classificação operacional multibacilar. Do total de casos, 87% foram avaliados quanto ao grau de incapacidade física: 47% apresentaram grau 0, 30% grau I e 10% grau II. Foram identificados, ainda, 72 casos em menores de 15 anos. **Conclusão:** O perfil encontrado evidencia vulnerabilidades relacionadas à transmissão, à detecção oportuna e à prevenção de incapacidades, reforçando a necessidade de qualificar a vigilância de contatos, o diagnóstico precoce e os registros no SINAN.

Palavras-chave: Hanseníase, Notificação de doenças, Sistemas de informação em saúde, *Mycobacterium leprae*, Epidemiologia.

ABSTRACT

Objective: To characterize the sociodemographic and clinical profile of all new leprosy cases reported in the Federal District between 2012 and 2022. **Methods:** A descriptive, retrospective epidemiological study with a quantitative approach, based on secondary data from the Notifiable Diseases Information System (SINAN), analyzed using absolute and relative frequencies. **Results:** A total of 2,009 new cases were recorded, with higher frequencies among men, brown/mixed-race individuals, people aged 30 to 59 years, and those with

[1] Universidade de Brasília (UnB), Brasília – DF.

SUBMETIDO EM: 5/2026 | **ACEITO EM: 6/2026** | **PUBLICADO EM: 9/2026**

incomplete elementary school education. Borderline and lepromatous clinical forms and the multibacillary operational classification predominated. Of all cases, 87% were assessed for the grade of physical disability: 47% were classified as grade 0, 30% as grade I, and 10% as grade II. Additionally, 72 cases were identified among children under 15 years of age. **Conclusion:** The profile identified reveals vulnerabilities related to transmission, timely detection, and disability prevention, reinforcing the need to strengthen contact surveillance, early diagnosis, and the quality of records in SINAN.

Keywords: Leprosy, Disease notification, Health information systems, *Mycobacterium leprae*, Epidemiology.

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar el perfil sociodemográfico y clínico del conjunto de casos nuevos de lepra notificados en el Distrito Federal entre 2012 y 2022. **Métodos:** Estudio epidemiológico descriptivo y retrospectivo, de enfoque cuantitativo, basado en datos secundarios del Sistema de Información de Enfermedades de Notificación (SINAN), analizados mediante frecuencias absolutas y relativas. **Resultados:** Se registraron 2.009 casos nuevos, con mayor frecuencia entre hombres, personas pardas/mestizas, individuos de 30 a 59 años y personas con educación primaria incompleta. Predominaron las formas clínicas dimorfa y virchowiana y la clasificación operacional multibacilar. Del total de casos, el 87% fue evaluado con respecto al grado de discapacidad física: el 47% presentó grado 0, el 30% grado I y el 10% grado II. Además, se identificaron 72 casos en menores de 15 años. **Conclusión:** El perfil identificado evidencia vulnerabilidades relacionadas con la transmisión, la detección oportuna y la prevención de discapacidades, lo que refuerza la necesidad de fortalecer la vigilancia de contactos, el diagnóstico precoz y la calidad de los registros en el SINAN.

Palabras clave: Lepra, Notificación de enfermedades, Sistemas de información en salud, *Mycobacterium leprae*, Epidemiología.

INTRODUÇÃO

A hanseníase, uma doença infectocontagiosa de instalação insidiosa, é causada pelo *Mycobacterium leprae*, um bacilo de lenta multiplicação que demonstra tropismo pela pele, mucosas e nervos periféricos, com especial acometimento frequente de olhos, mãos e pés. A ausência de diagnóstico e tratamento precoces pode resultar em neuropatias, incapacidades físicas e deformidades permanentes (ARAÚJO KMF e LANA FCF, 2020; OMS, 2023).

A transmissão da hanseníase ocorre por via respiratória, por meio do contato próximo e prolongado com indivíduos portadores de formas contagiosas não tratadas. O período médio de incubação é estimado entre dois e cinco anos, desde a infecção até o surgimento das manifestações clínicas, que tipicamente incluem lesões cutâneas com alteração de sensibilidade e espessamento neural (PEPITO VCF, et al., 2023).

Epidemiologicamente, em 2022, foram registrados 174.087 novos casos de hanseníase globalmente, o que sublinha a persistência da doença como um problema significativo de saúde pública mundial, particularmente em países de baixa e média renda. A maior prevalência da doença concentra-se em regiões marcadas por desigualdades socioeconômicas, com destaque para a América do Sul, África e sul da Ásia. Nesse contexto, Índia, Brasil e Indonésia foram responsáveis por 78,1% dos novos casos detectados no período, com o Brasil ocupando a segunda posição em número absoluto de casos, superado apenas pela Índia, o que reforça sua importância no cenário epidemiológico global da hanseníase (OMS, 2023).

Clinicamente, a hanseníase manifesta-se em um amplo espectro, classificando-se em quatro formas principais: indeterminada, tuberculoide, dimorfa e virchowiana, cada uma com características clínicas e imunológicas distintas. A forma indeterminada é considerada o estágio inicial, caracterizada por manchas hipocrômicas únicas ou em pequeno número, com discretas alterações sensitivas e baixo potencial de transmissão. A forma tuberculoide associa-se a uma resposta imunológica celular mais eficaz e menor carga bacilar, apresentando-se geralmente como lesões cutâneas bem delimitadas e assimétricas, com perda

sensitiva evidente e acometimento neural localizado. A forma dimorfa caracteriza-se pela instabilidade imunológica e por manifestações clínicas intermediárias, exibindo múltiplas lesões com diferentes aspectos morfológicos, comprometimento neural mais extenso e maior risco de desenvolvimento de incapacidades físicas. Por fim, a forma virchowiana está relacionada à deficiência da resposta imune celular específica, elevada carga bacilar e maior potencial de transmissão, caracterizando-se por lesões cutâneas numerosas e difusas, infiltração da pele, acometimento neural bilateral e simétrico, além de maior frequência de complicações sistêmicas (ALMEIDA KT, et al, 2018; BRASIL, 2025).

Para fins terapêuticos e operacionais, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde classificam os casos em paucibacilares e multibacilares. Os casos paucibacilares correspondem, em geral, às formas indeterminada e tuberculoide, com menor carga bacilar e até cinco lesões cutâneas. Já os casos multibacilares englobam predominantemente as formas dimorfa e virchowiana, caracterizadas por maior carga bacilar, mais de cinco lesões cutâneas e maior potencial de transmissão. Essas classificações refletem a interação entre o hospedeiro e o agente etiológico, influenciando a evolução clínica, o risco de incapacidades físicas e as estratégias terapêuticas adotadas (BRASIL, 2025).

No Brasil, a classificação operacional para vigilância considera o número de lesões cutâneas (até cinco ou mais de cinco) e/ou o resultado da baciloscopia (exame laboratorial que detecta a presença de bacilos álcool-ácido resistentes em amostras de raspado dérmico). A distribuição da doença no território nacional é heterogênea, com maior concentração de casos nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste (BRASIL, 2022).

Embora a hanseníase seja conhecida há séculos e disponha de agente etiológico identificado, manifestações clínicas bem descritas, recursos diagnósticos e tratamento efetivo ofertado gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), permanece como importante problema de saúde pública e uma das principais causas infecciosas de incapacidades físicas permanentes, com repercussões sociais, laborais e econômicas para as pessoas acometidas (NICOLETTI MA e TAKAHASHI TM, 2020; BRASIL, 2022; OMS, 2023).

No Distrito Federal (DF), ainda são limitados os estudos que apresentam uma caracterização abrangente e agregada dos aspectos sociodemográficos e clínicos dos casos novos notificados durante períodos prolongados. Essa caracterização pode contribuir para identificar os grupos mais afetados, as apresentações clínicas predominantes e possíveis fragilidades relacionadas ao diagnóstico e à vigilância epidemiológica. Diante dessa lacuna, este estudo teve como objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico do conjunto de casos novos de hanseníase notificados no DF entre 2012 e 2022.

MÉTODOS

Trata-se de estudo epidemiológico descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa, baseado em dados secundários. Os dados, provenientes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), foram extraídos e organizados por meio do TabWin, a partir da base disponibilizada pelo serviço de vigilância epidemiológica da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), e analisados de forma agregada.

Para o planejamento e a condução do estudo, foram consideradas as recomendações do *The REporting of studies Conducted using Observational Routinely-Collected health Data (RECORD) statement* (NICHOLLS SG, et al., 2015).

A coleta de dados foi realizada em agosto e setembro de 2023. A população do estudo foi composta por todos os casos novos de hanseníase notificados no DF entre 2012 e 2022. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população estimada do DF em 2022 era de 2.817.381 habitantes, com densidade demográfica de 489,06 hab./km² (IBGE, 2022).

Foram analisadas variáveis sociodemográficas e clínicas registradas no SINAN. Adotou-se como critério de exclusão a presença de registros duplicados. As variáveis sociodemográficas foram categorizadas conforme a padronização do sistema: sexo biológico (masculino e feminino); faixa etária (0 a 4 anos; 5 a 9 anos; 10 a 14 anos; 15 a 19 anos; 20 a 29 anos; 30 a 39 anos; 40 a 49 anos; 50 a 59 anos; 60 a 69 anos; 70

a 79 anos; 80 anos ou mais); escolaridade (analfabeto, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio completo, educação superior completa, ignorado e não se aplica); e raça/cor (preta, branca, parda, amarela, indígena e ignorado/em branco).

As variáveis clínicas foram agrupadas nas seguintes categorias: formas clínicas (indeterminada, tuberculoide, dimorfa, virchowiana, não classificada e ignorado/em branco); classificação operacional (paucibacilar e multibacilar); e grau de incapacidade física no diagnóstico (grau 0, grau I, grau II, não avaliado e ignorado/em branco).

Os dados foram tabulados no Microsoft Excel 2016 e submetidos à análise descritiva por meio de frequências absolutas e relativas. Os resultados foram organizados em tabela e figuras e discutidos à luz da literatura científica sobre o tema.

Por se tratar de estudo com dados secundários de domínio público, sem identificação nominal dos participantes, não houve necessidade de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, em conformidade com a normativa nacional aplicável às pesquisas com dados públicos e com os princípios éticos que regem pesquisas em saúde no Brasil (BRASIL, 2024).

RESULTADOS

No período de 2012 a 2022, foram notificados 2.009 casos novos de hanseníase no DF. A distribuição das características sociodemográficas dos casos encontra-se apresentada na **Tabela 1**.

Em relação ao sexo biológico, observou-se maior frequência de casos entre homens (n=1.059; 52,7%). Quanto à raça/cor, predominou a categoria parda (n=956; 47,6%). A distribuição etária mostrou maior concentração de casos entre indivíduos de 30 a 59 anos. Foram identificados 72 casos em menores de 15 anos, correspondentes a 3,6% do conjunto de notificações. Em relação à escolaridade, predominou o ensino fundamental incompleto (n=616; 30,7%). Verificou-se, entretanto, proporção expressiva de registros ignorados/em branco nessa variável.

Entre as características clínicas, predominou a forma dimorfa (34,3%), seguida da forma virchowiana (20,2%). Os registros classificados como “não classificados” ou “ignorados/em branco” corresponderam a aproximadamente 21% dos casos (**Figura 1**).

No conjunto dos casos notificados entre 2012 e 2022, predominou a classificação operacional multibacilar (**Figura 2**). Os casos multibacilares apresentam maior carga bacilar e constituem as principais fontes de infecção na comunidade.

O predomínio da classificação multibacilar no conjunto analisado pode estar relacionado à detecção tardia e representa um alerta epidemiológico, embora a análise agregada não permita avaliar a evolução desse indicador durante o período.

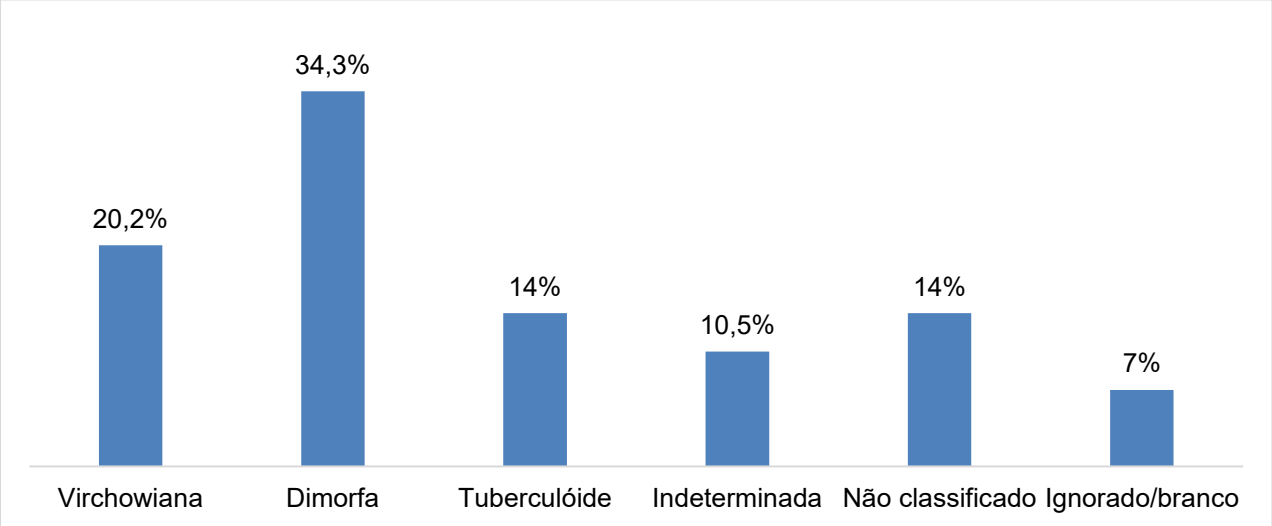
Em relação ao grau de incapacidade física no momento do diagnóstico, 87% dos casos foram avaliados. Considerando o total de notificações, 47% foram classificados com grau 0, 30% com grau I e 10% com grau II, enquanto 13% não foram avaliados ou apresentaram informação ignorada/em branco (**Figura 3**). Dessa forma, 40% do conjunto de casos apresentava algum grau de incapacidade física no momento do diagnóstico.

Tabela 1 - Variáveis sociodemográficas dos casos de hanseníase diagnosticados no Distrito Federal, 2012 a 2022 (n=2.009).

Variáveis	N	Percentual (%)
Sexo biológico		
Masculino	1.059	53,0
Feminino	950	47,0
Faixa etária (anos)		
0 a 4	7	0,35
5 a 9	17	0,84
10 a 14	48	2,39
15 a 19	81	4,03
20 a 29	280	13,94
30 a 39	406	20,21
40 a 49	411	20,46
50 a 59	375	18,67
60 a 69	244	12,14
70 a 79	112	5,57
80 anos ou mais	28	1,40
Raça/cor		
Indígena	6	0,2
Branca	593	30,0
Preta	279	14,0
Parda	956	47,5
Amarela	29	1,0
Ignorado/em branco	146	7,3
Escolaridade		
Analfabeto	85	4,2
Ensino fundamental incompleto	616	30,7
Ensino fundamental completo	323	16,0
Ensino médio completo	308	15,3
Ensino superior completo	145	7,2
Ignorado	532	26,6

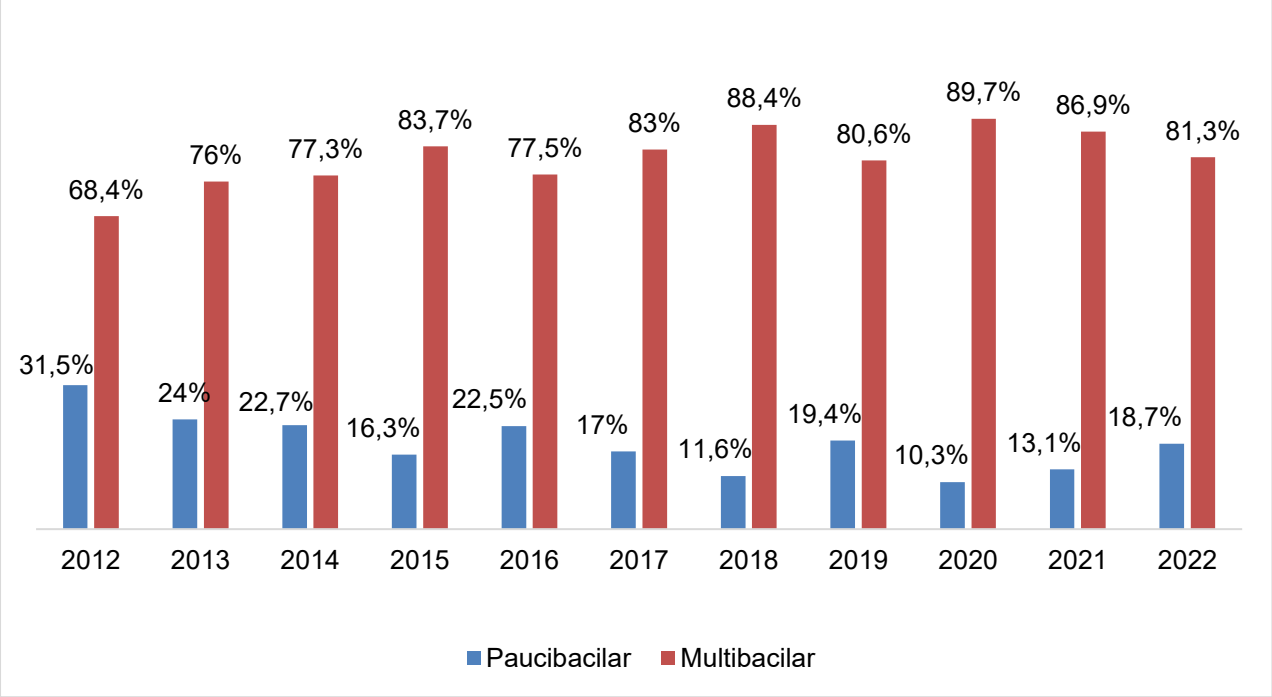
Fonte: Vaz FLC, et al., 2026. Dados do SINAN (2023).

Figura 1 - Distribuição dos casos de hanseníase no Distrito Federal de acordo com as formas clínicas no período de 2012 a 2022.



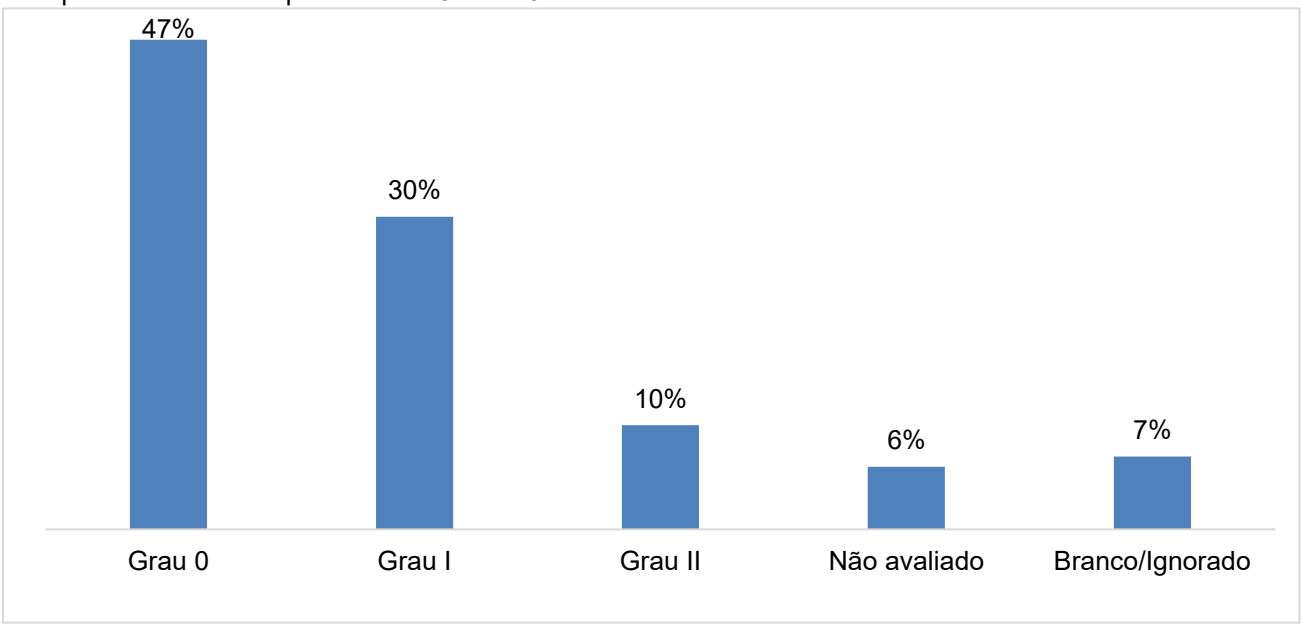
Fonte: Vaz FLC, et al., 2026. Dados do SINAN (2023).

Figura 2 - Distribuição dos casos de hanseníase no Distrito Federal de acordo com a classificação operacional no período de 2012 a 2022.



Fonte: Vaz FLC, et al., 2026. Dados do SINAN (2023).

Figura 3 - Distribuição dos casos de hanseníase no Distrito Federal de acordo com a avaliação do grau de incapacidade física no período de 2012 a 2022.



Fonte: Vaz FLC, et al., 2026. Dados do SINAN (2023).

DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico da hanseníase no DF evidenciou maior frequência de casos na população masculina. Resultados semelhantes foram encontrados por Pereira WMM, et al. (2021) e Vieira SMS, et al. (2020) em estudos conduzidos nos estados do Pará e Maranhão. De forma convergente, o Ministério da Saúde identificou predomínio de casos em indivíduos do sexo biológico masculino no período de 2014 a 2018 (BRASIL, 2022).

Não há evidências consistentes de predisposição genética da hanseníase em relação ao sexo biológico. Assim, o maior acometimento entre homens tem sido atribuído principalmente a fatores comportamentais e sociais, como menor utilização dos serviços de saúde, menor adesão a ações preventivas e maior exposição a situações de risco (SILVA NN, et al., 2020; COSTA AKAA, et al., 2019; VÉRAS GCB, et al., 2023). Embora alguns estudos também descrevam maior frequência da doença entre mulheres, os resultados observados no presente estudo são compatíveis com o padrão epidemiológico descrito na literatura nacional (SILVA NN, et al., 2020; COSTA AKAA, et al., 2019; VÉRAS GCB, et al., 2023).

Quanto à variável raça/cor, observou-se predominância de casos entre pessoas pardas. Embora não exista fundamento biológico que associe raça/cor ao risco de adoecimento, essa variável expressa desigualdades historicamente construídas e socialmente reproduzidas. Estudos demonstram que indivíduos pretos e pardos estão mais frequentemente expostos a condições de vulnerabilidade social relacionadas à ocorrência da hanseníase, reforçando o papel da raça/cor como importante marcador social do processo saúde-doença (SILVA NN, et al., 2020; FERREIRA AF, et al., 2019; NERY JS, et al., 2019).

A maior concentração de casos na faixa etária de 30 a 59 anos indica importante acometimento da população economicamente ativa. Esse achado corrobora resultados observados em outros cenários nacionais e possui relevante impacto social e econômico, uma vez que a hanseníase pode comprometer a capacidade laboral, gerar afastamentos do trabalho, aposentadoria precoce e redução da qualidade de vida dos indivíduos acometidos (VÉRAS GCB, et al., 2023; NICOLETTI MA e TAKAHASHI TM, 2020).

A identificação de 72 casos de hanseníase em menores de 15 anos, correspondentes a 3,6% do conjunto de notificações, possui especial relevância epidemiológica. A detecção da doença nessa faixa etária é reconhecida como indicador de transmissão recente, pois sugere exposição ao *Mycobacterium leprae* em ambiente domiciliar ou comunitário. Esse achado pode sinalizar identificação e tratamento tardios de casos-índice, avaliação incompleta dos contatos ou descontinuidade de seu acompanhamento. Assim, sua ocorrência reforça a necessidade de investigar as prováveis fontes de transmissão, ampliar a busca ativa, realizar a avaliação sistemática e o acompanhamento dos contatos e fortalecer a articulação entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a vigilância epidemiológica (BRASIL, 2022; OMS, 2023; MATOS FM et al., 2023).

Em relação à escolaridade, predominou o ensino fundamental incompleto, padrão também identificado em outros estudos (VÉRAS GCB, et al., 2023). Esse resultado é consistente com dados nacionais que demonstram maior ocorrência da hanseníase entre indivíduos com menor escolaridade (BRASIL, 2023). Nesse contexto, a escolaridade deve ser compreendida como marcador de desigualdade social, podendo influenciar o acesso à informação, a compreensão sobre a doença, a busca por diagnóstico e a adesão ao tratamento (ALMEIDA KT, et al., 2018; SILVA NN, et al., 2020).

No campo clínico, observou-se predomínio das formas dimorfa e virchowiana, associado à maior frequência da classificação operacional multibacilar. Essas formas clínicas representam apresentações mais avançadas da doença e estão associadas a maior carga bacilar, maior potencial de transmissão, comprometimento neural mais extenso e maior risco de incapacidades físicas (COSTA AKAA, et al., 2019). Esse achado é compatível com dados nacionais que apontam aumento proporcional dos casos multibacilares, especialmente nas regiões Centro-Oeste e Norte do país (BRASIL, 2022).

No conjunto dos casos notificados no DF, o predomínio da classificação multibacilar representa importante alerta epidemiológico. Esses casos apresentam maior carga bacilar e, quando ainda não tratados, constituem as principais fontes de infecção, ampliando a possibilidade de exposição dos contatos e de manutenção da cadeia de transmissão durante o período estudado. Embora a classificação multibacilar, isoladamente, não comprove atraso diagnóstico, sua associação com a elevada frequência das formas dimorfa e virchowiana e com a presença de incapacidades físicas no diagnóstico reforça a hipótese de detecção tardia em parcela relevante dos casos. Esse padrão pode estar relacionado à baixa suspeição clínica, à qualificação insuficiente das equipes, a fragilidades na busca ativa e no acompanhamento dos contatos e à demora dos usuários em procurar atendimento (BRASIL, 2022; BRASIL, 2023; COSTA AKAA et al., 2019; SCZMANSKI AS et al., 2025; SOARES GMMM et al., 2021).

A combinação entre formas clínicas mais avançadas, classificação multibacilar e incapacidades físicas apresenta implicações individuais e coletivas. O atraso na identificação dos casos favorece a progressão do comprometimento neural e prolonga o período em que pessoas não tratadas podem atuar como fontes de infecção. No âmbito individual, aumenta o risco de neuropatias periféricas, deformidades, dor neuropática, limitações funcionais e restrições nas atividades da vida diária, com repercussões sobre a inserção laboral, a renda, a saúde mental, as relações interpessoais e a qualidade de vida. Mesmo após a conclusão do tratamento e a alta por cura, as sequelas podem permanecer e demandar acompanhamento longitudinal, reabilitação e ações contínuas de prevenção de incapacidades. Esses achados reforçam a necessidade de diagnóstico oportuno, vigilância sistemática dos contatos e início imediato do tratamento, medidas essenciais para reduzir incapacidades e interromper a transmissão (NICOLETTI MA e TAKAHASHI TM, 2020; BRASIL, 2022).

Quanto ao grau de incapacidade física no momento do diagnóstico, embora a maior parte dos casos tenha sido classificada como grau 0, aproximadamente 40% apresentavam algum grau de incapacidade física já instalada. Esse resultado constitui importante indicador de detecção tardia, sugerindo atraso no reconhecimento clínico da doença e na organização do cuidado. No presente estudo, 30% dos casos apresentaram grau I e 10% grau II de incapacidade física, reforçando a necessidade de fortalecimento das estratégias de diagnóstico precoce e prevenção de incapacidades (BORBA JR, et al., 2021; BRASIL, 2023; COSTA AKAA, et al., 2019).

Nesse contexto, a APS desempenha papel central no controle da hanseníase, atuando no diagnóstico precoce, tratamento oportuno, vigilância de contatos, busca ativa de casos, educação em saúde, prevenção de incapacidades e acompanhamento longitudinal dos pacientes, inclusive após a alta por cura. A identificação precoce dos sinais e sintomas da doença pelas equipes da APS contribui para reduzir o atraso diagnóstico, interromper a cadeia de transmissão e minimizar a ocorrência de sequelas físicas e psicossociais. Dessa forma, a qualificação permanente dos profissionais da APS constitui estratégia fundamental para o fortalecimento das ações de vigilância e controle da hanseníase (SOUZA MF, et al., 2017).

A hanseníase não se distribui de forma homogênea no território, apresentando maior concentração em áreas marcadas por vulnerabilidade social, adensamento populacional e dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Nesse sentido, o mapeamento da distribuição espacial dos casos representa importante ferramenta para o planejamento das ações de saúde. A identificação de áreas com maior concentração de casos, especialmente daqueles classificados como multibacilares e diagnosticados com incapacidades físicas, possibilita o reconhecimento de territórios prioritários para intervenção, subsidiando a alocação de recursos, a intensificação da vigilância de contatos e o desenvolvimento de estratégias focalizadas de busca ativa. Considerando a estreita relação da hanseníase com os determinantes sociais da saúde, a análise espacial contribui para compreender a dinâmica de transmissão da doença e orientar intervenções mais efetivas nos territórios prioritários (BRASIL, 2022; BRASIL, 2023; OMS, 2023).

A incompletude das fichas de notificação constitui uma limitação relevante deste estudo. Foram identificados 26,6% de registros com escolaridade ignorada, aproximadamente 21% de casos com forma clínica não classificada ou ignorada/em branco e 13% sem avaliação do grau de incapacidade física ou com essa informação ignorada. Esses percentuais podem introduzir viés de informação e reduzir a precisão da caracterização sociodemográfica e clínica, dificultando a identificação dos grupos mais vulneráveis, a avaliação da gravidade dos casos e o reconhecimento de possíveis situações de diagnóstico tardio. Além disso, comprometem a produção de indicadores confiáveis e, consequentemente, o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações de controle da hanseníase.

As categorias encontradas não possuem, necessariamente, o mesmo significado. Os registros ignorados/em branco podem decorrer da ausência de coleta ou de preenchimento da informação; a forma clínica não classificada pode refletir dificuldades na definição diagnóstica; e o grau de incapacidade “não avaliado” pode indicar tanto a não realização da avaliação recomendada quanto a falha em seu registro. Como os dados secundários não permitem distinguir essas situações, os resultados devem ser interpretados com cautela. A qualificação do SINAN requer educação permanente das equipes, revisão sistemática das fichas

antes de sua inserção no sistema, monitoramento periódico da completude e da consistência dos campos e devolutivas da vigilância epidemiológica aos serviços notificadores. Essas medidas podem melhorar a confiabilidade dos dados e subsidiar ações mais adequadas de diagnóstico oportuno, vigilância de contatos e prevenção de incapacidades (BRASIL, 2022; OMS, 2023).

Frente à necessidade de ampliar o acesso às ações de controle da hanseníase, o Ministério da Saúde recomenda a descentralização do diagnóstico, tratamento, prevenção de incapacidades, vigilância de contatos e educação em saúde para a APS, reservando a atenção especializada aos casos de maior complexidade (ALMEIDA KT, et al., 2018; NICOLETTI MA e TAKAHASHI TM, 2020; BRASIL, 2022; VIEIRA SMS, et al., 2020).

Entretanto, a ampliação da cobertura da APS, isoladamente, não garante melhoria dos indicadores, sendo necessária a qualificação técnica e organizacional dos serviços que compõem as Redes de Atenção à Saúde (RAS) (MATOS FM, et al., 2023).

A literatura aponta desafios persistentes à descentralização das ações de controle da hanseníase, incluindo rotatividade profissional, insegurança técnica das equipes, fragilidade das ações coletivas e baixa priorização da doença nas políticas locais. Esses fatores podem favorecer encaminhamentos desnecessários para serviços especializados e reforçar a verticalização do cuidado, em desacordo com as diretrizes nacionais (BRASIL, 2022; CORRÊA DSRC, et al., 2019).

Considerando que a descentralização das ações de controle da hanseníase para a APS ocorreu de forma relativamente recente no DF, torna-se fundamental fortalecer a capacidade resolutiva das equipes locais para o diagnóstico precoce, vigilância de contatos, prevenção de incapacidades e acompanhamento longitudinal dos pacientes.

Paralelamente, a incorporação de análises espaciais e o monitoramento contínuo dos indicadores epidemiológicos podem auxiliar na identificação de áreas de maior risco e na avaliação da efetividade das ações implementadas. Estudos futuros devem aprofundar a compreensão da dinâmica territorial da hanseníase no DF, investigando a relação entre distribuição espacial dos casos, vulnerabilidade social, cobertura e qualidade da APS e persistência da transmissão da doença (CORRÊA DSRC, et al., 2019).

Entre os pontos fortes deste estudo, destaca-se a análise de um conjunto expressivo de 2.009 casos novos de hanseníase notificados no DF durante um período de 11 anos, possibilitando uma caracterização abrangente de seus aspectos sociodemográficos e clínicos. A utilização de dados provenientes do SINAN, sistema oficial de notificação de abrangência nacional, também constitui uma contribuição relevante, por permitir a identificação dos grupos mais afetados e das características clínicas predominantes, produzindo informações úteis para o planejamento das ações locais de vigilância e assistência à saúde.

Por outro lado, algumas limitações devem ser consideradas. Por se tratar de estudo baseado em dados secundários, os resultados estão sujeitos à incompletude dos registros, inconsistências de preenchimento e possíveis subnotificações. A frequência observada de campos classificados como ignorados, não classificados ou não avaliados pode ter influenciado a caracterização clínica e epidemiológica dos casos. Adicionalmente, o período da pandemia da COVID-19 pode ter impactado a procura por serviços de saúde, a detecção de casos e os processos de notificação, interferindo no comportamento dos indicadores analisados.

CONCLUSÃO

A análise agregada dos casos novos de hanseníase notificados no DF entre 2012 e 2022 mostrou maior frequência entre homens, pessoas pardas, adultos de 30 a 59 anos e indivíduos com ensino fundamental incompleto. A ocorrência de casos em menores de 15 anos constitui um alerta para a transmissão durante o período estudado, enquanto o predomínio da classificação multibacilar e a presença de grau II de incapacidade física apontam para fragilidades na detecção oportuna. Os achados reforçam a necessidade de fortalecer, na APS, o diagnóstico precoce, a vigilância de contatos, a prevenção de incapacidades, a educação em saúde comunitária, a educação permanente em saúde dos profissionais, além de qualificar os registros no SINAN e o monitoramento contínuo dos indicadores.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA KT, et al. Recidiva da hanseníase entre os anos 2005-2015. Revista de Enfermagem UFPE on line, 2018; 12(10): 2528-2534.
2. ARAÚJO KMF, LANA FCF. Relação da hanseníase com a cobertura da Estratégia Saúde da Família e condições socioeconômicas. Ciência & Enfermagem, 2020; 26(1).
3. BORBA JR, et al. Análise espacial e perfil epidemiológico da hanseníase como subsídio para identificação de riscos e vulnerabilidades socioambientais em Rondônia, BR. Revista Brasileira de Geografia Física, 2021; 14(3): 1513-1529.
4. BRASIL. Lei nº 14.874, de 28 de maio de 2024. Dispõe sobre princípios, diretrizes e regras para a condução de pesquisas com seres humanos e institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Diário Oficial da União, 2024; 162(102): 1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br. Acesso em: 11 jan. 2026.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: Hanseníase 2023, 2023; número especial. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim_hanseniase-2023_internet_completo.pdf. Acesso em: 10 out. 2025.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 152 p.: il. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hanseniase/publicacoes/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-da-hanseniase-2022/view Acesso em: 30 set. 2025.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2025. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-1-6a-edicao/view
8. CORRÊA DSRC, et al. Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 2019; 24(6).
9. COSTA AKAA, et al. Aspectos clínicos e epidemiológicos da hanseníase. Revista de Enfermagem UFPE on line, 2019; 13(2): 353-362.
10. FERREIRA AF, et al. Mortalidade por hanseníase em contextos de alta endemicidade: análise espaço-temporal integrada no Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública, 2019; 43: e87.
11. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Distrito Federal. IBGE, 2022. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/df/brasilia/panorama. Acesso em: 09 dez. 2022.
12. MATOS FM, et al. Perfil clínico-epidemiológico da hanseníase no município de Coroatá/MA. Enfermagem Brasil, 2023; 22(1): 6-19.
13. NERY JS, et al. Socioeconomic determinants of leprosy new case detection in the 100 Million Brazilian Cohort: a population-based linkage study. The Lancet Global Health, 2019; 7(9): e1226-e1236.
14. NICHOLLS SG, et al. The REporting of studies Conducted using Observational Routinely-collected health Data (RECORD) Statement: methods for arriving at consensus and developing reporting guidelines. PLoS One, 2015; 10(5): e0125620.
15. NICOLETTI MA, TAKAHASHI TM. Cuidado farmacêutico na hanseníase e sua importância para a saúde pública no Brasil. Infarma Ciências Farmacêuticas, 2020; 32(3): 192-203.
16. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Weekly Epidemiological Record, 2023; 98(37): 409-430. Disponível em: https://iris.who.int/items/e87f6a1e-7090-4875-aca5-af99d690ef0d. Acesso em: 17 dez. 2025.
17. PEREIRA WMM, et al. Hanseníase no Estado do Pará: expressão do perfil epidemiológico no período de 2006 a 2015. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2021; 13(8): e8656.
18. PEPITO VCF, et al. Factors affecting treatment adherence among leprosy patients: perceptions of healthcare providers. Heliyon, 2023; 9(7): e17975.
19. SCZMANSKI AS, et al. Analysis of the clinical and epidemiological profile of leprosy in Brazil and major regions. Anais Brasileiros de Dermatologia, 2025; 100(4): 501127.
20. SILVA NN, et al. Access of the black population to health services: integrative review. Revista Brasileira de Enfermagem, 2020; 73(4): e20180834.
21. SOARES GMMM, et al. 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, 2021; 30(3): e2020585.
22. SOUZA MF, et al. Avaliação da implantação do Programa de Controle da Hanseníase em Camaragibe, Pernambuco. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 2017; 26(4): 817-834.
23. VÉRAS GCB, et al. Perfil epidemiológico e distribuição espacial dos casos de hanseníase na Paraíba. Cadernos Saúde Coletiva. 2023; 31(2): e31020488.
24. VIEIRA SMS, et al. Perfil epidemiológico da hanseníase entre os anos 2015 e 2020, no município de Lago da Pedra, estado do Maranhão. Hansenologia Internationalis, 2020; 45: 1-20.