

HANSENÍASE NO LITORAL E SERTÃO PARAIBANO E PERNAMBUCANO: INCIDÊNCIA E PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Emanuelly de Oliveira Lima¹;

¹Instituição Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba (IFPB), Princesa Isabel, PB.

<http://lattes.cnpq.br/9335917631275263>

Carolina Maria da Silva²;

²Instituto de Ciências Biológicas - Universidade de Pernambuco (ICB-UPE), Recife, Pernambuco.

<http://lattes.cnpq.br/0118362487473134>

Pauliana Valéria Machado Galvão³;

³Faculdade de Ciências Médicas - Universidade de Pernambuco (FCM-UPE), Recife, Pernambuco.

<http://lattes.cnpq.br/0176106507905120>

Ivan Jeferson Sampaio Diogo⁴.

⁴Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará (IFCE), Acaraú, CE.

<http://lattes.cnpq.br/2967663849441382>

RESUMO: A hanseníase permanece como importante problema de saúde pública, especialmente em áreas marcadas por vulnerabilidades socioeconômicas. Objetivou-se analisar a incidência e o perfil epidemiológico da hanseníase, entre 2016 e 2020, em municípios do litoral e do sertão de Pernambuco e da Paraíba. Trata-se de estudo ecológico, descritivo, de abordagem quantitativa, realizado com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, obtidos por meio do DATASUS, e indicadores sociais. Foram analisadas características sociodemográficas, clínicas e epidemiológicas, além dos coeficientes de detecção da doença. No período, foram notificados 17.179 casos nos dois estados, dos quais 9.216 ocorreram nos municípios estudados, sendo 87,59% em Pernambuco e 12,41% na Paraíba. Predominaram casos com forma clínica dimorfa, classificação operacional multibacilar e grau zero de incapacidade física, sendo a cura o principal tipo de saída. A forma dimorfa correspondeu a 40,40% dos casos. Os coeficientes de detecção apresentaram importante heterogeneidade territorial, com municípios classificados como hiperendêmicos. Pernambuco apresentou maior endemicidade que a Paraíba, evidenciando a necessidade de fortalecer a vigilância, o diagnóstico precoce e as

políticas públicas voltadas ao controle da hanseníase.

PALAVRAS-CHAVE: Hanseníase. Epidemiologia. Incidência.

LEPROSY ON THE COAST AND HINTERLAND OF PARAIBA AND PERNAMBUCO: INCIDENCE AND EPIDEMIOLOGICAL PROFILE

ABSTRACT: Leprosy remains an important public health problem, particularly in areas marked by socioeconomic vulnerability. This study aimed to analyze the incidence and epidemiological profile of leprosy between 2016 and 2020 in municipalities located along the coast and in the inland regions of Pernambuco and Paraíba, Brazil. This ecological, descriptive study used a quantitative approach based on data from the Notifiable Diseases Information System (SINAN), obtained through DATASUS, as well as social indicators. Sociodemographic, clinical, and epidemiological characteristics and leprosy detection rates were analyzed. During the study period, 17,179 cases were reported in both states, of which 9,216 occurred in the municipalities studied: 87.59% in Pernambuco and 12.41% in Paraíba. The dimorphic clinical form, multibacillary operational classification, and grade zero physical disability predominated, while cure was the main treatment outcome. The dimorphic form accounted for 40.40% of cases. Detection rates showed marked territorial heterogeneity, with some municipalities classified as hyperendemic. Pernambuco showed higher endemicity than Paraíba, highlighting the need to strengthen epidemiological surveillance, early diagnosis, and public policies aimed at leprosy control.

KEYWORDS: Leprosy. Epidemiology. Incidence.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma das doenças mais antigas da humanidade, com relatos desde o século 6 a.C., e já foi denominada lepra. Causada pelo *Mycobacterium leprae*, a hanseníase é transmitida por contato próximo com a pessoa doente que não está em tratamento, por meio das vias aéreas, como secreções nasais, gotículas de saliva, tosse e/ou espirro. Vale ressaltar, que o toque na pele do doente não transmite a hanseníase e que o período de incubação pode ser de até cinco anos. É uma doença que possui cura, mas se o doente não tiver um tratamento adequado, pode ocasionar sequelas (Matos *et al.*, 2023; Rodrigues; Rodrigues; Dias, 2023).

Além disso, é considerada uma enfermidade que apresenta sinais e sintomas dermatoneurológicos (lesões na pele, nos nervos periféricos e nos olhos) (Fernandes *et al.*, 2022). Apresenta alta infectividade e baixa patogenicidade, desenvolvendo-se lentamente de forma silenciosa, com alta subnotificação, capaz de causar danos físicos, neurológicos e sociais a seus portadores (Matos *et al.*, 2023).

Trata-se de uma doença negligenciada, que é qualquer doença infecciosa mais endêmica em populações de baixa renda, com dificuldades de acesso ao sistema de saúde e/ou que vivem em localidades sem saneamento básico, nas zonas rurais, em comunidades carentes, entre outros (Azevedo, 2019). Essa negligência evidencia a falha dos órgãos públicos perante os doentes e a doença. Os direitos a um atendimento humanizado são violados, e essa enfermidade, ainda nos tempos atuais, é tratada com discriminação (Souza; Brandão; Duarte, 2020).

Esta questão é a mais impactante, visto que a hanseníase é uma doença curável, mas exige diagnóstico rápido. Ela pode ser confundida com outras doenças de pele, e o atraso no diagnóstico pode causar incapacidades físicas graves e contribuir para a endemidade oculta deste desfecho em saúde. Atualmente, o Sistema Único de Saúde (SUS) disponibiliza o tratamento e o acompanhamento do paciente em unidades básicas de saúde, mas ele é consideravelmente longo e muitas vezes os pacientes acabam interrompendo, prejudicando sua saúde e afastando a população da erradicação dessa doença (Silva; Santana, 2020).

Atualmente, o Brasil é o segundo país em número de casos, ficando atrás somente da Índia (Dias *et al.*, 2023). No ano de 2023, foram notificados 182.815 novos casos de hanseníase no mundo, desses, 13,6% foram notificados na região das Américas, onde mais de 90% foram notificados no Brasil. Ainda é possível destacar um aumento de 5% em relação a 2022. Foram identificados casos novos em pacientes que apresentavam faixa etária < 15 anos, indicando transmissão ativa da hanseníase. Ainda, o Brasil está em segundo lugar em número de casos novos da doença (Brasil, 2025).

Nas últimas décadas, esforços mundiais para acabar com a endemidade deste problema têm sido feitos, entretanto, o Brasil não tem atingido as metas estabelecidas (Rocha *et al.*, 2023). Um fato relevante é que todas as regiões do Brasil reduziram o número de casos novos entre 2010 e 2019 (Dias *et al.*, 2023).

Entretanto, o Nordeste brasileiro abrangeu 43,0% dos casos novos ocorridos no país entre 2010 e 2017, ao mesmo tempo em que concentra 30% da população do país em aproximadamente 20% da extensão territorial. É possível destacar que os estados do Maranhão, da Bahia, de Pernambuco e do Ceará tiveram uma maior proporção de casos. Em outro estudo realizado entre os anos de 2017 a 2023, houve 81.310 casos notificados de hanseníase na região Nordeste, com os estados do Maranhão, seguido por Pernambuco, Bahia e Ceará, representando 79,65% dos casos (Matos, 2019; Nunes e Lima, 2019; Gomes *et al.*, 2024).

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho foi analisar o perfil epidemiológico e a incidência da hanseníase no sertão e no litoral dos estados da Paraíba e de Pernambuco.

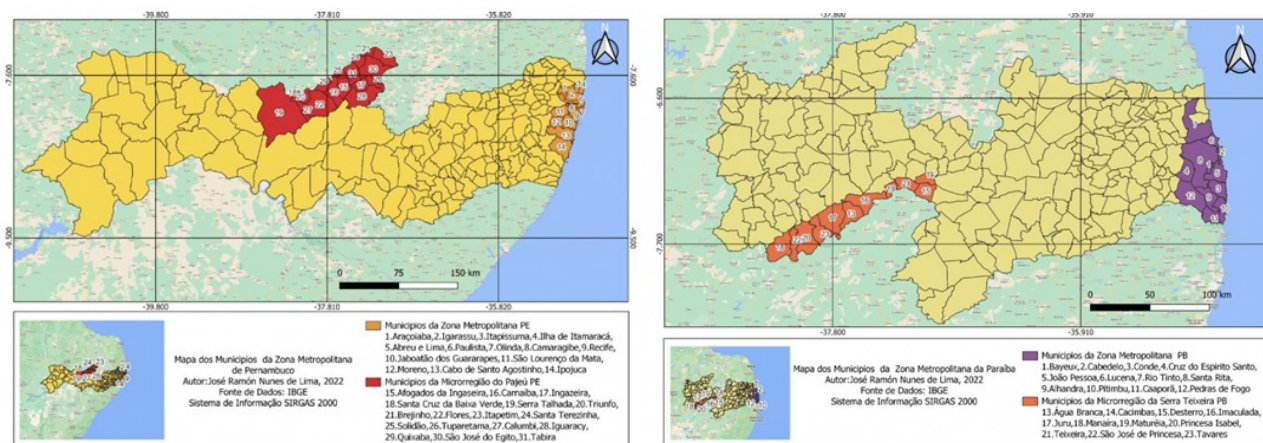
METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico, descritivo e quantitativo, que analisou dados de casos notificados de hanseníase no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) entre 2011 e 2020. Para os cálculos dos índices foram empregados os dados populacionais disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O estudo foi desenvolvido com dados dos estados de Pernambuco (PE) e Paraíba (PB). Pernambuco tem como capital a cidade de Recife e possui cinco macrorregiões: Metropolitana, Zona da Mata, Agreste e Sertão e Sertão Francisco Pernambucano. Possui uma população de 9.058.931 habitantes distribuídos em 98.067,88 km² e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) médio de 0,719. A Paraíba tem como capital João Pessoa e possui as seguintes macrorregiões: Sertão Paraibano, Borborema, Agreste Paraibano e Mata Paraibana. Compreende 3.974.687 habitantes em 56.467,24 km² e IDH médio de 0,698 (IBGE, 2022).

As comparações relacionaram as duas regiões metropolitanas por similaridades e os municípios da microrregião do Pajeú (PE) e da Serra Teixeira (PB) por serem vizinhas e situadas no Sertão (Figura 01).

Figura 01 – Mapa dos municípios da região Metropolitana e da microrregião do Pajeú em Pernambuco e da região Metropolitana e da microrregião do Serra do Teixeira na Paraíba



Fonte: autoria própria.

As variáveis utilizadas na ficha de notificação do SINAN foram: ano, mês, sexo, idade, raça/cor e escolaridade, além de município de residência.

Os dados foram adquiridos diretamente do website do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) e por se tratar de dados públicos, anonimizados e disponíveis, enquadrou-se na Resolução n. 510 e dispensou análise ética. Tabulação, organização, cálculos e análises foram realizados no programa estatístico R, versão 3.3.2.

Primeiramente, os dados foram reunidos em arquivo único, organizados e codificados para análise. O perfil epidemiológico foi realizado com análise descritivas uni e bivariada, apresentando frequência absoluta e relativas para as variáveis categóricas.

O teste qui-quadrado foi utilizado na análise bivariada, quando os pressupostos forem respeitados: a) em tabelas 2x2 somente quando $N > 20$ e se todas as frequências esperadas são maiores ou iguais a 5, sendo utilizado a correção de continuidade de Yates; em matrizes com dimensões maiores de 2x2, só foi usado se pelo menos 20% das células tiveram frequência esperada maior de 5 e nenhuma delas teve frequência esperada menor que 1 (Field, 2009).

Para caracterização da incidência da hanseníase foi empregado o coeficiente de detecção anual de casos novos por 100 mil habitantes, que é empregado para medir a força, magnitude e tendência da endemia, com parâmetros hiperendêmico ($\geq 40,00/100$ mil habitantes), muito alto (20,00 a 39,00/100 mil habitantes), alto: 10,00 a 19,00/100 mil habitantes), médio: 2,00 a 9,00/100 mil habitantes), baixo: $<2,00/100$ mil habitantes)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Brasil, ocorreram 164.357 casos novos de hanseníase entre os anos de 2016 e 2020, destes, 17.179 (10,4% dos casos no Brasil) foram notificados nos estados de Pernambuco e da Paraíba, sendo 9.216 casos (53,7% de casos de PE e PB) provenientes das cidades do litoral e sertão avaliados no presente estudo. A distribuição foi de 1.144 casos (12,41%) na Paraíba e de 8.072 (87,59%) em Pernambuco.

Em Pernambuco, no período de 2014 a 2018, 14.701 casos novos, evidenciando alta incidência e endemicidade, reforçando a hipótese da detecção tardia e do aumento do risco de evolução com incapacidades (Fernandes *et al.*, 2022). Outro estudo, realizado de 2011 a 2021, mostrou um coeficiente médio anual de detecção de casos novos alto (16,51 casos/100 mil habitantes) (Silva *et al.*, 2023).

Em relação ao perfil das pessoas diagnosticadas com a doença de Hansen, houve diferença significativa no número de casos entre homens e mulheres quando comparamos os estados, tendo nas duas áreas da Paraíba uma proporção maior de homens acometidos do que nas duas áreas de Pernambuco (Tabela 01).

Tabela 1 - Perfil das pessoas diagnosticadas com hanseníase entre 2016 e 2020 nos municípios do litoral e sertão da Paraíba e de Pernambuco.

Variáveis	Paraíba		Pernambuco		P
	N	%	N	%	
Sexo	1.144	100	8.072	100	< 0,001
Masculino	620	54,20	4.038	50,02	
Feminino	524	45,80	4.034	49,98	
Raça/cor*	1.144	100	8.072	100	NR
Branca	231	20,19	1.557	19,29	
Preta	114	9,97	1.234	15,29	
Amarela	5	0,44	64	0,79	
Parda	766	66,69	4.095	50,03	
Indígena	0	0,00	17	0,21	
Ignorado	28	2,45	1.105	13,69	
Faixa etária	1.144	100	8.072	100	0,02
Menor de 20 anos	114	9,97	1.053	13,05	
20-39 anos	335	29,28	2.235	27,69	
40-59 anos	434	37,94	3.073	38,07	
60 anos ou mais	261	22,81	1.711	21,20	
Escolaridade	1.144	100	8.072	100	< 0,001
Analfabeto	89	7,78	858	10,63	
Ensino fundamental	441	35,93	1.846	22,87	
Ensino médio	259	22,64	1.358	16,82	
Ensino superior	190	16,61	1.513	18,74	
Ignorado	195	17,05	2.497	30,93	

*NR = Teste não realizado por não atender os pressupostos para o qui-quadrado; **Fonte:** Dados de pesquisa, 2022.

A prevalência aumentada entre homens visualizada nos resultados foi também observada em outros estudos (Damasceno *et al.*, 2023; Matos *et al.*, 2023; Sampaio; Costa, 2023; Ribeiro *et al.*, 2022; 2023; Vêras *et al.*, 2023; Viana; Velôso; Dourado, 2023). Os contextos sociais impõem paradigmas diferentes em relação ao sexo e destacando que os homens procuram menos os sistemas de saúde e, por conseguinte, acabam adoecendo com mais frequência (Ribeiro *et al.*, 2022). Esta busca por tratamento é tardia e tende a ocorrer apenas após um agravamento do quadro e presença de incapacidades e sequelas (Matos *et al.*, 2023).

Muito embora nos dois estados a população parda foi mais acometida que as demais, na Paraíba a proporção foi maior (66,69% versus 50,03%) e apenas Pernambuco apresentou casos novos entre indígenas. Na presente pesquisa, a maior parte dos casos ocorreram em pessoas pardas. A raça/cor da pele não é relevante no contexto da enfermidade propriamente dita, mas está mais relacionada com a região em que o estudo foi realizado. O processo de colonização, migratório e de miscigenação podem justificar a maior prevalência da doença no grupo de pessoas pardas. A hipótese é de que a maior frequência de hanseníase em pardos por esta ser a maior parte da população da região nordeste (Brito *et al.*, 2015; Jesus

et al., 2021; Ribeiro *et al.*, 2022; Ribeiro *et al.*, 2023). As desigualdades socioeconômicas também influenciam na prevalência da doença no grupo de pessoas pardos em relação ao dos brancos demonstrando as precárias condições sociais tornando a população parda e preta grupos prioritários em ações de controle da endemicidade da doença devido a vulnerabilidade socioeconômica (Damasceno *et al.*, 2023; Sampaio; Costa, 2023; Silva *et al.*, 2022). Ribeiro *et al.* (2022) também destacaram que a doença é menos prevalente nos grupos indígenas e amarelos, já nos grupos brancos, pardos e pretos o número de casos é bem elevado.

Em relação à faixa etária, prevaleceu o número de casos em pacientes com idade entre 40 a 59 anos. Em Pernambuco, no entanto, a proporção de hanseníase em menores de 20 anos foi maior que nos municípios paraibanos. No estudo de Lira *et al.* (2019), a faixa etária com maior incidência foi a de 40 a 59 anos, semelhante ao resultado desta pesquisa, em contrapartida, no seu trabalho houve um maior número de casos em pessoas de 60 anos ou mais em relação a pessoas entre 20 e 39 anos. Braga e Fachin (2026) explica que a maior incidência em adultos se deve ao fato de a doença ter um longo período de incubação, visto que, muitas lesões surgem apenas após anos desde a infecção.

A escolaridade foi um dado com perda de informação muito alta (29,21%), mas quando referida, o ensino fundamental foi o de maior frequência. Um estudo realizado na região nordeste entre os anos de 2017 a 2021 demonstra que a hanseníase prevaleceu em pessoas com baixo grau de instrução, sendo possível observar que 42% dos casos da doença ocorreram na população com ensino fundamental incompleto ou completo (Sousa *et al.*, 2026).

Ao analisar as cidades do litoral paraibano, apenas Lucena (2017 e 2019) e Cruz do Espírito Santo (2020) apresentaram caráter hiperendêmico quando avaliamos a detecção de casos novos, enquanto a maioria apresentaram uma detecção alta de casos novos. Já as cidades do litoral pernambucano, apresentaram um predomínio de taxas de detecção muito alta, com os municípios de Araçoiaba, Cabo de Santo Agostinho, Itapissuma e Ilha de Itamaracá apresentaram taxas de detecção anual hiperendêmicas no período estudado, com destaque para coeficientes mais altos no ano de 2017 (Tabela 2). O coeficiente de detecção anual de casos novos no litoral da Paraíba foi de 17,91 casos novos por 100 mil habitantes, considerado alto, enquanto no litoral pernambucano foi de 33,36 casos novos por 100 mil habitantes, considerado muito alto (dados não tabulados).

Tabela 2- Coeficiente de detecção anual de casos novos por 100 mil habitantes no litoral da Paraíba e do Pernambuco.

Cidade	2016		2017	2018		2019			2020	
	*CDA	Cl.	CDA	Cl.	CDA	Cl.	CDA	Cl.	CDA	Cl.
Litoral Paraibano										
Alhandra	5,22	M	10,36	A	-	-	15,32	A	-	-
Bayeux	20,86	MA	20,79	MA	29,00	MA	29,93	MA	22,63	MA
Caapora	13,99	A	23,19	MA	23,04	MA	13,74	A	18,22	A
Cabedelo	17,03	A	18,29	A	22,50	MA	17,72	A	11,63	A
Conde	4,23	M	8,34	M	12,33	A	16,21	A	4,00	M
Cruz do Espírito Santo	11,84	A	23,49	MA	23,29	MA	11,55	A	74,45	H
João Pessoa	10,60	A	9,86	M	10,75	A	12,86	A	8,32	M
Pedras De Fogo	17,71	A	7,07	M	17,62	A	31,63	MA	14,02	A
Pitimbu	10,85	A	10,73	A	31,83	MA	15,74	A	20,75	MA
Rio Tinto	4,16	M	8,30	M	12,43	A	-	-	12,39	A
Santa Rita	28,30	MA	28,89	MA	23,56	MA	29,29	MA	19,66	A
Lucena	-	-	46,86	H	38,63	MA	61,16	H	7,57	M
Litoral Pernambucano										
Abreu e Lima	32,36	MA	40,30	H	33,13	MA	30,00	MA	22,92	MA
Aracoiaba	20,11	MA	49,76	H	108,31	H	68,21	H	38,59	MA
Cabo De Santo Agostinho	37,26	MA	49,23	H	48,75	H	50,23	H	32,07	MA
Camaragibe	20,70	MA	32,77	MA	38,92	MA	32,95	MA	20,14	MA
Igarassu	26,56	MA	46,40	H	32,00	MA	28,20	MA	23,65	MA
Ipojuca	19,61	A	50,44	H	34,84	MA	21,83	MA	8,19	M
Ilha De Itamaracá	12,00	A	43,30	H	50,32	H	57,13	H	37,49	MA
Itapissuma	54,06	H	61,22	H	49,25	H	90,05	H	22,30	MA
Jaboatão Dos Guararapes	26,00	MA	28,72	MA	26,80	MA	32,32	MA	16,83	A
Moreno	13,06	A	29,16	MA	25,70	MA	15,93	A	7,90	M
Olinda	43,53	H	37,07	MA	31,14	MA	31,59	MA	19,33	A
Paulista	15,13	A	17,16	A	17,62	A	24,41	MA	19,14	A
Recife	27,31	MA	30,00	MA	29,43	MA	43,51	H	22,92	MA
São Lourenço Da Mata	20,78	MA	35,88	MA	30,26	MA	30,03	MA	13,15	A

CDA = Coeficiente de detecção anual; Cl. = Classificação; B = Baixo; M = Médio; A = Alto; MA = Muito Alto; H = Hiperendêmico; **Fonte:** Dados de pesquisa, 2022.

Ao analisar as cidades do Sertão de Serra de Teixeira, apenas Água Branca detectou casos todos os anos estudados, enquanto Manaíra não teve registros nenhum. Os coeficientes variaram de 6,67 a 39,09 casos novos por 100 mil habitantes. Já as cidades do Sertão do Pajeú, apresentaram um predomínio de taxas de detecção muito alta, com os municípios de Calumbi, Solidão, Ingazeira e Serra Talhada apresentaram taxas de detecção anual hiperendêmicas no período estudado, com destaque para coeficientes mais altos no ano de 2017 (Tabela 3).

O coeficiente de detecção anual de casos novos no sertão da Paraíba foi de 5,93 casos novos por 100 mil habitantes, considerado médio, enquanto no litoral pernambucano foi de 14,60 casos novos por 100 mil habitantes, considerado alto (dados não tabulados).

Tabela 3 - Coeficiente de detecção anual de casos novos por 100 mil habitantes no Sertão de Serra do Teixeira e Sertão do Pajeú.

Cidade	2016		2017		2018		2019		2020	
	CDA	Cl.	CDA	Cl.	CDA	Cl.	CDA	Cl.	CDA	Cl.
Serra do Teixeira										
Água Banca	9,98	M	9,91	M	9,84	M	39,09	MA	9,70	M
Cacimbas	14,10	A	-	-	-	-	-	-	-	-
Teixeira	6,71	M	6,67	M	13,27	A	-	-	13,12	A
Desterro	-	-	12,11	A	-	-	12,05	A	24,05	MA
Princesa Isabel	-	-	13,09	A	-	-	4,28	M	-	-
Manaíra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Maturéia	-	-	-	-	30,74	MA	-	-	-	-
Tavares	-	-	-	-	6,81	M	-	-	6,78	M
São José de Princesa	-	-	-	-	-	-	24,98	MA	-	-
Sertão do Pajeú										
Afogados da Ingazeira	8,15	M	24,35	MA	29,64	MA	26,84	MA	8,02	M
Carnaíba	5,16	M	5,15	M	5,13	M	10,23	A	5,10	M
Flores	8,83	M	35,34	MA	4,42	M	8,84	M	13,26	A
Itapetim	7,24	M	7,27	M	-	-	7,34	M	-	-
Santa Cruz da Baixa Verde	16,11	A	16,04	A	-	-	-	-	31,62	MA
Serra Talhada	18,90	A	31,69	MA	37,31	MA	53,27	H	24,16	MA
Tabira	-	-	24,81	MA	10,57	A	28,03	MA	3,48	M
Iguaraci	-	-	16,41	A	16,38	A	24,53	MA	24,50	MA
Ingazeira	-	-	65,79	H	-	-	-	-	-	-
São José do Egito	-	-	20,85	MA	2,96	M	11,80	A	11,75	A
Solidão	-	-	33,46	MA	66,74	H	-	-	-	-
Triunfo	-	-	6,55	M	6,55	M	13,11	A	13,12	A
Calumbi	-	-	-	-	208,59	H	52,17	H	17,40	A
Quixaba	-	-	-	-	14,66	A	14,68	A	-	-
Santa Terezinha	-	-	-	-	8,50	M	-	-	-	-
Tuparetama	-	-	-	-	36,43	MA	12,13	A	12,11	A
Brejinho	-	-	-	-	-	-	13,36	A	-	-

CDA = Coeficiente de detecção anual; Cl. = Classificação; B = Baixo; M = Médio; A = Alto; MA = Muito Alto; H = Hiperendêmico; **Fonte:** Dados de pesquisa, 2022.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo evidenciam que a hanseníase permaneceu como um importante problema de saúde pública nos municípios do litoral e do sertão de Pernambuco e da Paraíba entre 2016 e 2020, apresentando distribuição heterogênea entre os territórios analisados. Os coeficientes de detecção variaram de baixos a hiperendêmicos, com maior magnitude da epidemia nos municípios pernambucanos, especialmente no litoral, onde não

foram observados municípios classificados com baixo coeficiente de detecção no período analisado.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, J. V. V. de. **Fatores socioambientais associados na ocorrência de doenças negligenciadas no Estado da Paraíba, Brasil**. 2019. 152 f. Tese (Doutorado em Recursos Naturais) – Programa de Pós-Graduação em Recursos Naturais, Centro de Tecnologia em Recursos Naturais, Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim Epidemiológico de Hanseníase** – Número Especial. Jan. 2025. Brasília: S, 2025.

BRAGA, A. L. P.; FACHIN, L. P. Perfil epidemiológico da hanseníase no Nordeste entre 2021 a 2025. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 12, n. 5, p. 1–8, 2026.

BRITO, K. K. G. *et al.* Análise epidemiológica da hanseníase em um estado endêmico do nordeste brasileiro. **Rev Gaúcha Enfermagem**, v. 36, n. Esp, p. 24-30, 2015.

DAMASCENO, P. R. *et al.* Perfil clínico-epidemiológico de pessoas com hanseníase no estado do Pará entre os casos de 2017-2021. **Rev Enferm Contemp**, v. 12, p. e4905, 2023.

DIAS, G. H. *et al.* Análise espacial e epidemiológica de casos novos de hanseníase em um município do Nordeste brasileiro. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v. 19, p. e1908, 2023.

FERNANDES, A. V. *et al.* Perfil epidemiológico da hanseníase no estado de Pernambuco, 2014 a 2018. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 26, supl. 1, p. 102312, 2022.

FIELD, A. **Descobrendo a estatística usando o SPSS**. Penso Editora, 2009.

IBGE. **Cidades e Estados no Brasil**. 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 10 jul.2023.

JESUS, M. D. *et al.* Perfil epidemiológico da hanseníase em Alagoinhas e na sua região de saúde. **Braz J Health Rev**, v. 4, n. 6, p. 26321-25338, 2021.

LIRA, T. B. de. *et al.* Hanseníase no Piauí: uma investigação epidemiológica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 24, p. e499, 15 jun. 2019.

MATOS, F. M. *et al.* Perfil clínico-epidemiológico da hanseníase no município de Coroatá-MA. **Enfermagem Brasil**, v. 22, n. 1, p. 6-19, 2023.

RIBEIRO, D. M. *et al.* Epidemiological overview of Leprosy, neglected tropical disease that plagues northeast Brazil. **Res Soc Develop.**, v. 11, n. 1, p. e23111124884, 2022.

RIBEIRO, E. A. *et al.* Perfil clínico-epidemiológico e espacial da hanseníase em uma região

de saúde, na Amazônia Brasileira. **Evidência**, v. 23, n. 2, p. 175–190, 2023.

ROCHA, C. B. A. et al. Hanseníase em menores de quinze anos em um município hiperendêmico. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 19, p. e1901, 2023.

RODRIGUES, T. L.; RODRIGUES, E. L.; DIAS, A. K. Hanseníase e seus acometimentos na Enfermagem e Fisioterapia. **JNT Facit Business and Technology Journal**, v. 2, n. 45, p. 235-246, 2023.

SAMPAIO, A. P. F.; COSTA, R. M. P. G. Perfil epidemiológico dos casos de hanseníase no estado de Piauí - Brasil. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, v. 16, n. 10, p. 24333-24343, 2023.

SILVA, R. da; SANTANA, S. C. de. **Desafios ao diagnóstico da hanseníase na estratégia de saúde da família**. 2020. TCC (Graduação) - Bacharelado em Enfermagem - Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA.

SILVA, M. L. F. I. et al. Padrões espaciais dos casos novos de hanseníase em um estado nordestino do Brasil, 2011–2021. **Rev Bras Epidemiol**, v. 26, p. e230014, 2023.

SILVA, F. J. L. A. de. *et al.* La Lepra En Menores De 15 Años: Caracterización Sociodemográfica Y Clínica De Los Casos En Un Municipio Hiperendêmico. **Cogitare Enfermagem**, v. 27, 2022.

SOUSA, A. C. M. de; BRANDÃO, P. S.; DUARTE, N. I. G. (org.). **Hanseníase: Direitos Humanos, Saúde e Cidadania**. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2020.

SOUSA, J. da S. *et al.* Panorama epidemiológico da hanseníase no Nordeste e o papel do enfermeiro. **Temas em Saúde**, v. 26, n. 1, 2026.

VÉRAS, G. C. B. *et al.* Perfil epidemiológico e distribuição espacial dos casos de hanseníase na Paraíba, **Cad Saúde Colet**, v. 31, n. 2, p. e31020488, 2023.

VIANA, J. V. M.; VELÔSO, D. S.; DOURADO, C. S. M. E. Perfil clínico e sociodemográfico da hanseníase em estado endêmico do Nordeste do Brasil. **RECIMA21 - Rev Cient Multidisc**, v. 4, n. 7, p. e473625, 2023.