

Boletim Epidemiológico

2

Volume 57 | 23 jan. 2026

Perfil dos casos novos de hanseníase detectados por exame de contatos no Brasil entre 2015 e 2024

SUMÁRIO

[1 Introdução](#)[2 Método](#)[3 Resultados e discussão](#)[11 Conclusão](#)[11 Referências](#)

■ INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infecciosa, transmissível, de evolução crônica e endêmica em várias regiões do mundo, que possui como agentes etiológicos o *Mycobacterium leprae* (*M.leprae*). Este é um bacilo álcool-ácido resistente veiculado por vias aéreas superiores a partir de indivíduos não tratados e com alta carga bacilar¹.

Atualmente, a hanseníase é registrada em 188 países, mas permanece prioritária em regiões marcadas pela pobreza e pelo acesso precário à moradia, à alimentação, aos cuidados de saúde e à educação. Em 2024, foram notificados 172.717 casos novos no mundo, dos quais 79,8% concentraram-se em três países: Índia, Brasil e Indonésia, cada um com mais de 10 mil registros. O Brasil ocupa a segunda posição em número de casos anuais, com 22.129 notificações em 2024 – uma redução de 2,8% em relação ao ano anterior (22.773)^{2,3}.

Considerada um problema de saúde pública mundial, o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno atuam com as principais ferramentas para controle da doença. Já no Brasil, a doença consta na lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos em saúde pública⁴, devido ao seu alto potencial incapacitante e forte estigma social.

Assim, a identificação adequada de um caso é essencial para registro e acompanhamento sistemático da hanseníase. Essa característica confere à Vigilância Epidemiológica papel central no monitoramento dos casos e na interrupção da cadeia de transmissão, especialmente por meio da identificação, do registro e do acompanhamento sistemático dos contatos, principal estratégia de prevenção da Organização Mundial da Saúde (OMS)^{5,6}.

Ministério da Saúde

Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
SRTVN Quadra 701, Via W5 – Lote D,
Edifício PO700, 7º andar
CEP: 70.719-040 – Brasília/DF
E-mail: svsa@saude.gov.br
Site: www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa

Entende-se como contato "toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido, conviva ou tenha convivido com o doente de hanseníase, no âmbito domiciliar, nos últimos cinco anos anteriores ao diagnóstico da doença, podendo ser familiar ou não"¹. Essas pessoas possuem risco de cinco a dez vezes mais chances de desenvolver a doença em comparação com a população geral. A não avaliação ou a avaliação inadequada de todos os contatos estão fortemente associadas aos casos novos da doença^{7,8}.

O rastreamento de contatos possui forte base quanto a evidências e resulta na detecção de casos adicionais, que, se identificados precocemente, não evoluem a casos graves com presença de incapacidades físicas^{8,9}. Assim, a baixa cobertura da avaliação de contatos propicia a manutenção do ciclo de transmissão da hanseníase, o que gera casos novos, inclusive em uma mesma família¹⁰.

Nesse contexto, este documento tem como objetivo descrever o perfil dos casos novos notificados pelo modo de detecção "exame de contatos" no Brasil entre 2015 e 2024.

■ MÉTODO

Estudo descritivo de indicadores da hanseníase no Brasil do período de 2015 a 2024. Utilizou-se como fonte de dados a base do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e o e-SUS Vigilância em Saúde do Espírito Santo (e-SUS/ES), implantado a partir de 2020 no estado. Os dados são coletados como rotina de trabalho da Coordenação-Geral de Vigilância da Hanseníase e Doenças em Eliminação do Departamento de Doenças Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde (CGHDE/DEDT/SVSA/MS).

A análise dos dados foi realizada em duas fases. Na primeira, incluíram-se todas as notificações de casos novos de hanseníase, registradas por ano de diagnóstico no período de 2015 a 2024, com o objetivo de identificar e descrever a representatividade, em proporção, dos casos segundo o modo de detecção "exame de contatos" no sistema de vigilância. O denominador das proporções correspondeu ao total de casos novos de hanseníase registrados em cada ano do período analisado.

Na segunda fase, selecionaram-se somente os casos novos de hanseníase cujo modo de detecção foi classificado como "exame de contatos". Tais casos são

definidos a partir do indivíduo que manteve contato próximo e prolongado com um caso índice previamente notificado e que, durante a avaliação dermatoneurológica de rotina, apresentou sinais clínicos compatíveis com hanseníase, sem histórico de tratamento prévio. As análises foram realizadas considerando como denominador o total de casos identificados por esse meio, o que permitiu a caracterização anual específica desse grupo.

Foi realizada análise descritiva, com apresentação dos resultados em frequências absolutas e relativas. As variáveis sociodemográficas analisadas incluíram: ano de diagnóstico; unidade federativa (UF); sexo (masculino, feminino); faixa etária (menor de 15 anos; 15-29 anos; 30-59 anos; ≥60 anos); raça/cor (branca, preta, amarela, parda, indígena, ignorado/em branco); e escolaridade (analfabeto, ensino fundamental, ensino médio, ensino superior, não se aplica, ignorado/em branco).

As variáveis clínicas compreenderam: classificação operacional (paucibacilar – PB, multibacilar – MB, ignorado/em branco); forma clínica (indeterminada, tuberculoide, dimorfa, virchowiana, não classificado, ignorado/em branco); grau de incapacidade física – GIF (GIF 0, GIF 1, GIF 2, não avaliado, ignorado/em branco); e presença de reação hansênica (tipo 1, tipo 2, tipo 1 e 2, sem reação, ignorado/em branco).

Adicionalmente, foi estimada a proporção de contatos examinados entre os casos novos, considerando como numerador o número de contatos avaliados e, como denominador, o total de contatos registrados para cada caso índice. Para fins de interpretação, essa proporção foi classificada conforme parâmetros utilizados em avaliações de desempenho das ações de vigilância da hanseníase, sendo considerada boa quando ≥90,0%, regular quando entre 75,0% e 89,9% e precária quando <75,0%, conforme referência normativa da literatura especializada¹¹.

O País e suas UFs foram avaliados quanto à evolução temporal e tendência dos casos novos que tiveram como modo de detecção o exame de contato. No período analisado, foi conduzida uma análise de regressão log-linear de forma a calcular a variação percentual anual (*Annual Percent Change* – APC) e o respectivo intervalo de confiança de 95% (IC95%). Uma APC significativamente positiva indica uma tendência crescente, enquanto uma APC significativamente negativa indica uma tendência decrescente. Valores de APC não significativos indicam uma tendência estacionária¹².

Além disso, foi criado um mapa temático de modo a favorecer a compreensão da distribuição espacial por UF. Os dados foram tabulados via aplicativo TabWin415, e foram organizados e analisados no Microsoft Excel 2016. O gráfico de série temporal foi elaborado em linguagem R, pelo ambiente de desenvolvimento integrado do RStudio. Além disso, o mapa temático foi elaborado no programa QGIS 3.40.8. Os dados foram extraídos em setembro de 2025.

Ressalta-se que esse estudo respeita a Lei n.º 14.289, de 3 de janeiro de 2022, que torna obrigatória a preservação do sigilo sobre a condição de pessoa que vive com hanseníase entre outras condições de saúde, bem como

a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 466, de 12 de dezembro de 2012, que dispõe sobre a confidencialidade nas pesquisas envolvendo seres humanos.

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período entre 2015 e 2024, foram notificados 238.781 casos novos hanseníase no Brasil. Destes, 9,5% (n=22.728) possuíam como forma de identificação o exame de contatos. Anualmente, esse modo de detecção apresenta crescimento quanto à sua representação no período, saindo de 7,3% (n=2.122/29.075) em 2015 para 13,4% (n=2.889/21.563) em 2024 (Figura 1).

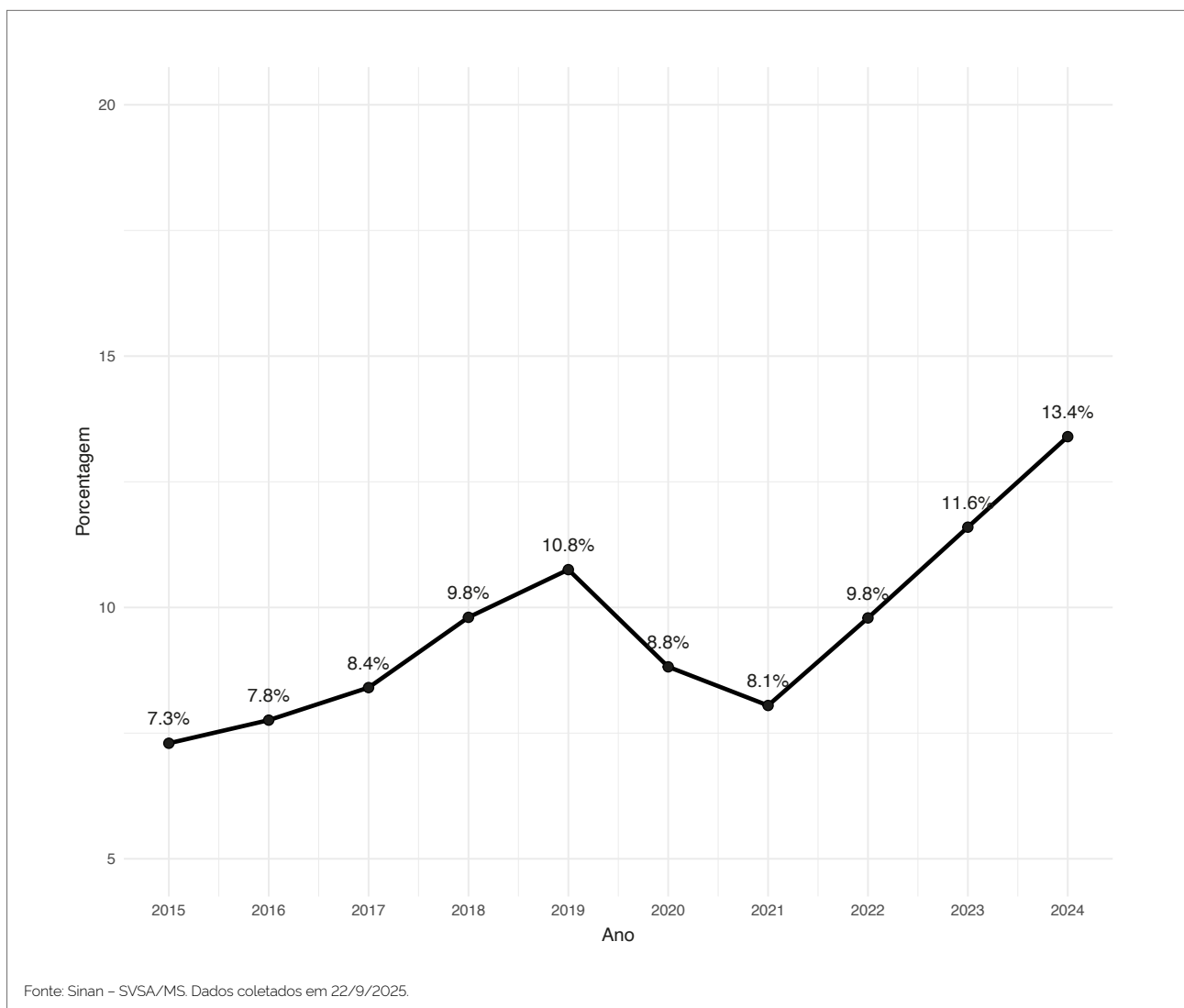


FIGURA 1 Série temporal da proporção de casos novos de hanseníase detectados por exame de contato no Brasil entre 2015 e 2024

Observa-se um aumento inicial desse modo de detecção entre 2015 e 2019. Porém, a partir de 2020, verifica-se uma redução significativa, com a primeira queda coincidindo com o início da pandemia de covid-19. Essa diminuição torna-se ainda mais acentuada em 2021. Esses achados sugerem possíveis repercussões da pandemia de covid-19 sobre a organização e o funcionamento dos serviços de saúde especializados e da Atenção Primária à Saúde (APS), em consonância com evidências previamente descritas na literatura¹³.

Um estudo nacional indica que, durante o período pandêmico, ocorreu redução na detecção de casos de hanseníase em todo o Brasil e em diferentes faixas etárias¹⁴. No presente estudo, observou-se diminuição no número de casos notificados no período correspondente, conforme apresentado na Figura 1.

A partir de 2021 até o final do período analisado, observa-se um crescimento expressivo na proporção de casos identificados por exame de contato. Destaca-se que, em 2022, foi incorporado o uso do teste rápido como apoio à avaliação de contatos de casos de hanseníase na APS, fator que pode ter contribuído para esse aumento percentual¹⁵.

Observando a proporção de contatos examinados em relação ao total de casos novos de hanseníase (Tabela 1), evidencia-se que, durante o período, não houve alteração do parâmetro regular do País. Na análise por UF, observa-se redução acentuada em Minas Gerais, que saiu de 94,8% em 2015 (bom) para 70,2% (precário) em 2024, bem como no Mato Grosso do Sul, que reduziu de 91,6% (bom) para 75,6% (regular), e no Amapá, que reduziu de 76,8% (regular) em 2015 para 65,5% (precário) em 2024. Esses resultados evidenciam perdas significativas relevantes no desempenho dessas UFs.

Em sentido oposto, alguns estados apresentaram avanços expressivos no período. Roraima elevou sua proporção de contatos examinados de 65,3% (precário) em 2015 para 86,9% (regular) em 2024. A Paraíba também apresentou evolução, passando de 64,3% (precário) para 81,0% (regular). O Acre avançou de 77,1% (regular) em 2015 para 88,4% (regular) em 2024, enquanto o Ceará saiu de 72,7% (precário) para 83,6% (regular) no mesmo período (Tabela 1). Esses resultados reforçam que algumas UFs conseguiram ampliar substancialmente o desempenho na vigilância de contatos, de modo a destacar experiências locais exitosas quanto ao exame de contatos.

TABELA 1 Proporção de contatos examinados em relação ao total de casos novos de hanseníase registrados no Brasil entre 2015 e 2024, segundo UF

Unidade federativa	2015		2024		2015-2024	
	%	Parâmetro	%	Parâmetro	%	Parâmetro
Brasil	82,9	Regular	81,7	Regular	82,6	Regular
Norte						
Rondônia	89,3	Regular	88,5	Regular	87,0	Regular
Acre	77,1	Regular	88,4	Regular	77,6	Regular
Amazonas	86,8	Regular	89,6	Regular	87,4	Regular
Roraima	65,3	Precário	86,9	Regular	76,7	Regular
Pará	80,4	Regular	81,2	Regular	77,5	Regular
Amapá	76,8	Regular	65,5	Precário	63,6	Precário
Tocantins	87,7	Regular	87,2	Regular	91,9	Bom
Nordeste						
Maranhão	79,9	Regular	88,0	Regular	87,7	Regular
Piauí	82,6	Regular	69,6	Precário	77,7	Regular
Ceará	72,7	Precário	83,6	Regular	77,9	Regular
Rio Grande do Norte	68,2	Precário	66,2	Precário	66,5	Precário
Paraíba	64,3	Precário	81,0	Regular	68,8	Precário
Pernambuco	84,1	Regular	80,7	Regular	85,1	Regular
Alagoas	80,0	Regular	85,5	Regular	80,5	Regular
Sergipe	88,5	Regular	88,0	Regular	86,9	Regular
Bahia	73,1	Precário	69,8	Precário	71,0	Precário

Continua

Conclusão

Unidade federativa	2015		2024		2015-2024	
	%	Parâmetro	%	Parâmetro	%	Parâmetro
Sudeste						
Minas Gerais	94,8	Bom	70,2	Precário	85,5	Regular
Espírito Santo	94,5	Bom	86,6	Regular	90,5	Bom
Rio de Janeiro	80,7	Regular	80,4	Regular	77,1	Regular
São Paulo	93,1	Bom	83,1	Regular	88,7	Regular
Sul						
Paraná	96,5	Bom	86,5	Regular	93,6	Bom
Santa Catarina	86,2	Regular	74,5	Precário	82,0	Regular
Rio Grande do Sul	86,1	Regular	77,8	Regular	77,8	Regular
Centro-Oeste						
Mato Grosso do Sul	91,6	Bom	75,6	Regular	88,8	Regular
Mato Grosso	84,8	Regular	82,6	Regular	83,4	Regular
Goiás	89,4	Regular	90,2	Bom	88,0	Regular
Distrito Federal	84,5	Regular	86,7	Regular	76,5	Regular

Fonte: Sinan – SVSA/MS. Dados coletados em 17/11/2025.

A análise do período permite identificar que 30,1% (n=6.851) das notificações de casos novos de hanseníase identificados por exame de contato ocorreram no estado do Mato Grosso. Outras UFs com participação expressiva foram: Tocantins (8,8%; n=2.007), Minas Gerais (7,2%; n=1.632), São Paulo (7,1%; n=1.612), Pernambuco (6,3%; n=1.307), Pará (6,1%; n=1.393), Bahia (5,8%; n=1.307) e Maranhão (5,4%; n=1.232). Inversamente, Santa Catarina (0,7%; n=168), Rio Grande do Norte (0,6%; n=138), Rio Grande do Sul (0,6%; n=136), Paraíba (0,5%; n=125), Sergipe (0,5%; n=114), Distrito Federal (0,4%; n=95), Amapá (0,3%; n=72) e Roraima (0,2%; n=51) apresentaram os menores percentuais quanto ao modo de detecção por exame de contato (Figura 2).

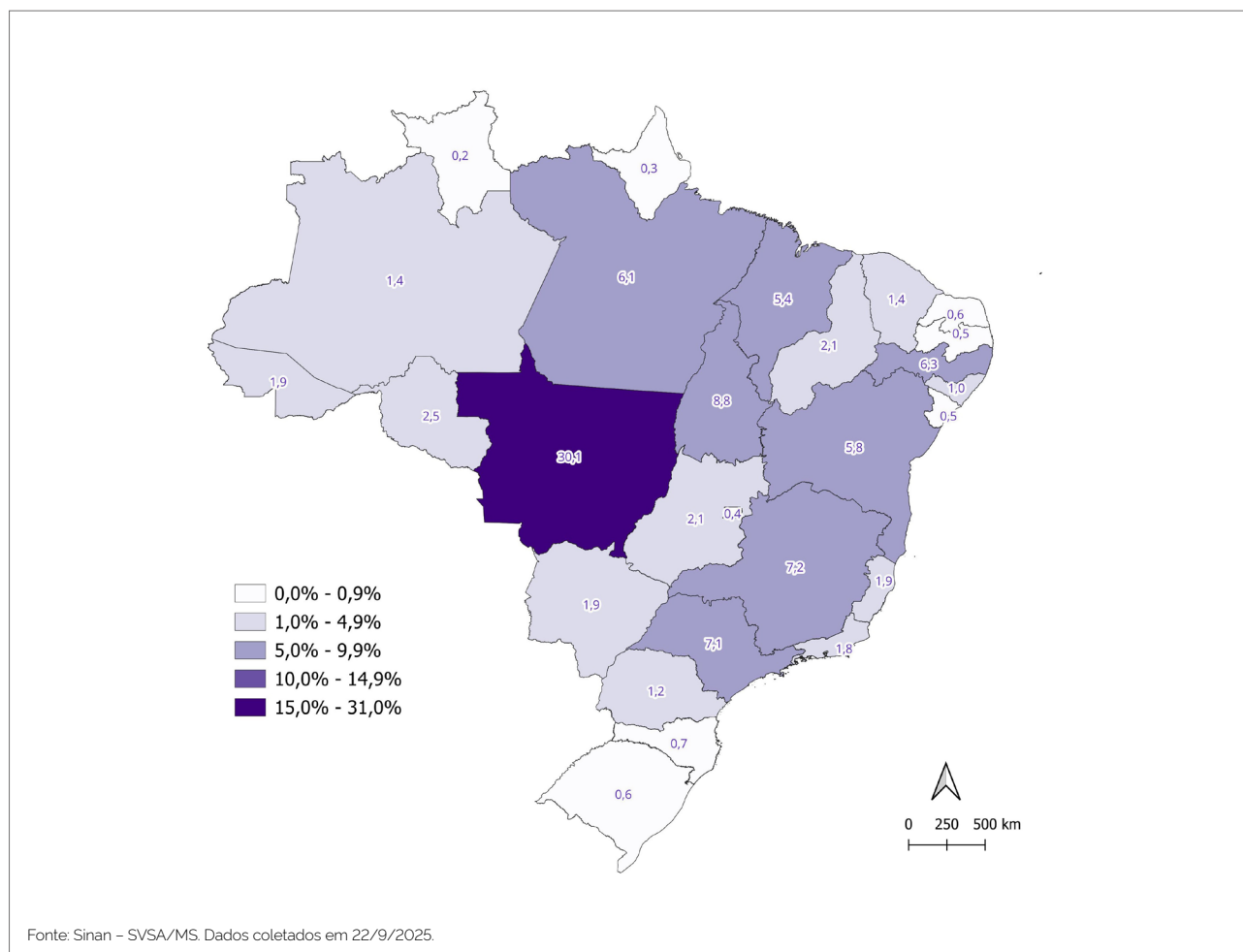


FIGURA 2 Distribuição espacial da participação percentual das unidades federativas no total nacional de casos novos de hanseníase detectados por exame de contatos. Brasil, 2015-2024

Observa-se aumento na proporção de casos novos de hanseníase detectados por exame de contato ao longo de série analisada. A análise da tendência aponta variação percentual anual desse modo de detecção no País, de 5,1% (IC95%: 7,3; 13,4; *p*-valor=0,007) (Tabela 2). Destacam-se com incremento São Paulo, que saiu de 5,0% (n=105/2.122) das notificações em 2015 para 10,0% (n=288/2.889) em 2024.

De forma semelhante ocorreu em Minas Gerais, que aumentou de 5,4% (n=115/2.122) em 2015 para 7,9% (n=229/2.889) em 2024, e Pernambuco, que foi de 4,6% (n=97/2.122) em 2015 para 8,1% (233/2.889) em 2024; todos esses estados apresentaram tendência crescente. Mato Grosso, ainda que tenha aumentado de 25,7% em 2015 para 37,5% em 2024, apresentou tendência estacionária (Tabela 2; Figura 3).

Entretanto, algumas UFs apresentam reduções, como pode ser observado na Bahia, que saiu de 10,0% (n=212/2.122) das notificações em 2015 para representar 3,5% (n=102/2.889) em 2024. O mesmo acontece no Pará, que reduziu de 9,2% (n=196/2.122) em 2015 para 3,0% (n=1.393/2.889) em 2024. Ambos, apresentam tendência de queda, reduzindo, respectivamente, -10,4% (IC95%: 3,3; 10,0; *p*-valor<0,001) e -12,4% (IC95%: 2,4; 9,7; *p*-valor=0,002) ao ano (Tabela 2; Figura 3). Ressalta-se que o Pará é a única UF da Região Norte que apresenta tendência significativa.

TABELA 2 Número absoluto, participação percentual no total nacional e tendência temporal dos casos novos de hanseníase detectados por exame de contatos, segundo unidade federativa. Brasil, 2015-2024

Local	2015		2024		APC ²	IC95% ¹ (Min) ³	IC95% ¹ (Max) ⁴	<i>p</i> -valor	Tendência
	n	%	n	%					
Brasil	2.122	7,3	2.889	13,4	5,1	7,3	13,4	0,007	Crescente
Norte									
Rondônia	57	2,7	52	1,8	0,0	1,8	3,4	0,997	Estacionária
Acre	51	2,4	61	2,1	3,0	1,1	3,3	0,481	Estacionária
Amazonas	31	1,5	16	0,6	-6,1	0,6	2,2	0,221	Estacionária
Roraima	1	0,0	4	0,1	-5,2	0,0	0,6	0,590	Estacionária
Pará	196	9,2	86	3,0	-12,4	2,4	9,7	0,002	Decrescente
Amapá	12	0,6	5	0,2	-17,2	0,1	0,7	0,068	Estacionária
Tocantins	47	2,2	191	6,6	2,8	2,2	12,1	0,649	Estacionária
Nordeste									
Maranhão	100	4,7	108	3,7	-1,1	3,7	8,0	0,678	Estacionária
Piauí	38	1,8	50	1,7	0,2	1,2	3,3	0,944	Estacionária
Ceará	38	1,8	41	1,4	-3,9	0,9	1,8	0,192	Estacionária
Rio Grande do Norte	13	0,6	27	0,9	4,1	0,4	0,9	0,184	Estacionária
Paraíba	6	0,3	17	0,6	10,3	0,3	0,9	0,004	Crescente
Pernambuco	97	4,6	233	8,1	6,6	3,8	8,1	0,017	Crescente
Alagoas	16	0,8	33	1,1	11,4	0,5	1,8	0,006	Crescente
Sergipe	15	0,7	20	0,7	-0,2	0,2	0,7	0,977	Estacionária
Bahia	212	10,0	102	3,5	-10,4	3,3	10,0	<0,001	Decrescente
Sudeste									
Minas Gerais	115	5,4	229	7,9	7,6	4,8	12,5	0,031	Crescente
Espírito Santo	52	2,5	88	3,0	7,2	1,0	3,0	0,093	Estacionária
Rio de Janeiro	65	3,1	38	1,3	-8,7	1,2	3,1	0,003	Decrescente
São Paulo	107	5,0	288	10,0	9,0	4,7	10,9	0,007	Crescente
Sul									
Paraná	41	1,9	18	0,6	-4,0	0,6	1,9	0,291	Estacionária
Santa Catarina	14	0,7	14	0,5	0,8	0,4	1,4	0,878	Estacionária
Rio Grande do Sul	18	0,8	5	0,2	-10,3	0,2	1,1	0,125	Estacionária
Centro-Oeste									
Mato Grosso do Sul	147	6,9	37	1,3	-13,5	0,8	6,9	0,015	Decrescente
Mato Grosso	546	25,7	1.084	37,5	1,4	21,2	37,5	0,560	Estacionária
Goiás	75	3,5	34	1,2	-8,1	1,2	3,5	0,017	Decrescente
Distrito Federal	12	0,6	8	0,3	-7,7	0,1	0,9	0,262	Estacionária

Fonte: Sinan – SVSA/MS. Dados coletados em 22/9/2025.

*Nota: ¹IC95%: índice de confiança de 95%; ²APC: Variação percentual anual; ³Mínimo; ⁴Máximo.

No Nordeste, Paraíba (10,3%; IC95%: 0,3; 0,9; *p*-valor=0,004), Pernambuco (6,6%; IC95%: 3,8; 8,1; *p*-valor=0,017) e Alagoas (11,4%; IC95%: 0,5; 1,8; *p*-valor=0,006) apresentam tendência crescente. No Sudeste, Minas Gerais (7,6%; IC95%: 4,8; 12,5; *p*-valor=0,031) e São Paulo (9,0%; IC95%: 4,7; 10,9; *p*-valor=0,007) apresentaram tendência crescente,

enquanto Rio de Janeiro (-8,7%; IC95%: 1,2; 3,1; *p*-valor=0,003) apresentou tendência decrescente. No Centro-Oeste, Mato Grosso do Sul (-13,5%; IC95%: 0,8; 6,9; *p*-valor=0,015) e Goiás (-8,1%; IC95%: 1,2; 3,5; *p*-valor=0,017) apresentaram tendência decrescente. Na Região Sul, nenhuma UF evidenciou achados significativos (Tabela 2; Figura 3).

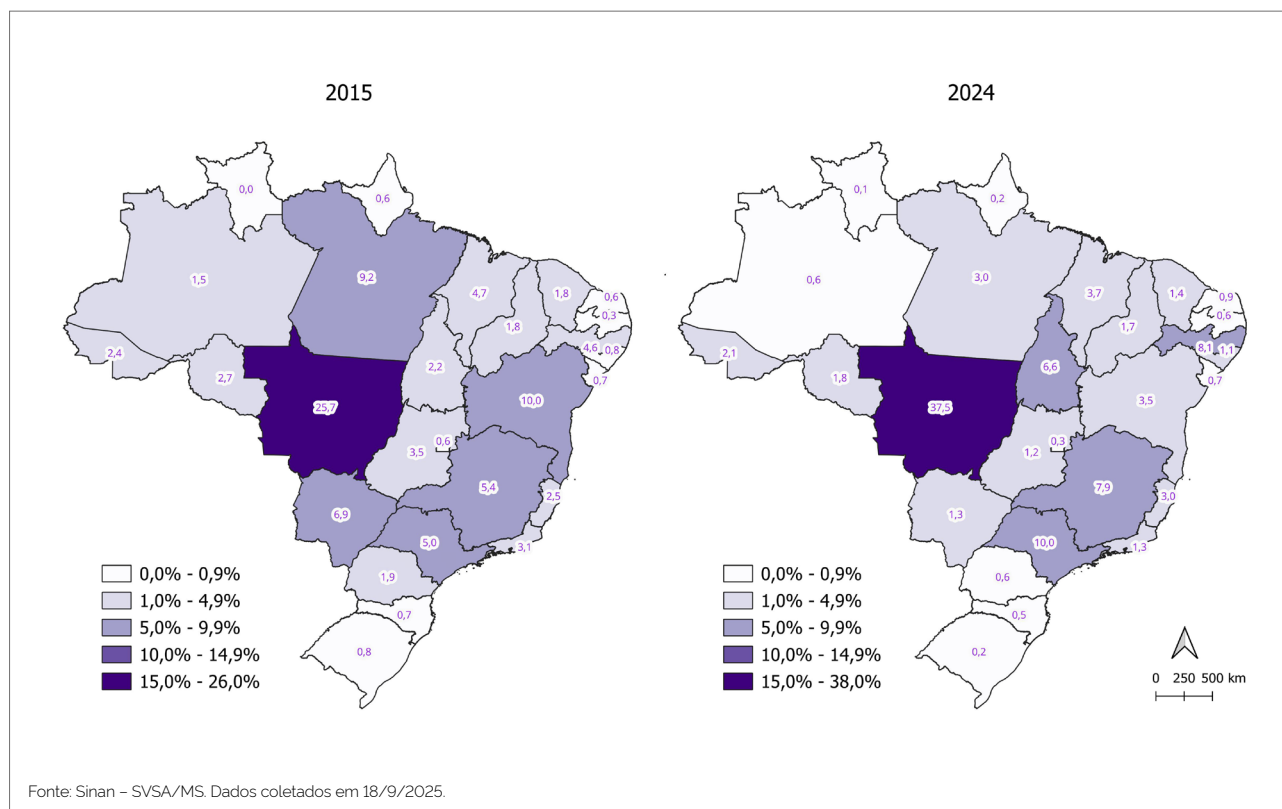


FIGURA 3 Distribuição espacial da participação percentual das unidades federativas no total nacional de casos novos de hanseníase detectados por exame de contatos. Brasil, 2015 e 2024

No período, observou-se predomínio do sexo feminino (55,6%; n=12.635) em relação ao sexo masculino (44,4%; n=10.093), com uma razão de sexo de 1,3 mulher para cada homem notificado. Quanto à faixa etária, 49,5% (n=11.241) dos casos possuíam idade entre 30 e 59 anos. Além disso, 13,2% (n=2.991) do total ocorreram em pessoas menores de 15 anos. Houve predomínio da raça/cor parda (57,2%; n=13.002), seguido de branca (27,1%; n=6.134), preta (11,2%; n=2.548), amarela (1,3%; n=305) e indígena (0,6%; n=136). A maioria dos casos (44,6%; n=10.126) apresentava escolaridade de nível fundamental, completo ou incompleto (Tabela 3).

Estudos nacionais realizados sobre essa população evidenciam que a maioria dos casos detectados entre os contatos também são do sexo feminino, de raça/cor parda¹⁶, com idade igual ou maior a 15 anos e de baixo nível de escolaridade¹⁰, traçando, assim, um perfil mais claro das pessoas notificadas por esse modo.

Cabe ressaltar, contudo, que a distribuição observada desse perfil sociodemográfico – segundo sexo, faixa etária, raça/cor e escolaridade – deve ser interpretada com cautela, pois pode refletir, ao menos em parte, o tamanho populacional e a composição demográfica dos diferentes grupos, bem como desigualdades sociais e diferenças no acesso às ações de vigilância, e não exclusivamente diferenças intrínsecas no risco de adoecimento ou de detecção da hanseníase¹⁷.

TABELA 3 Características sociodemográficas dos casos de hanseníase detectados por exame de contato no Brasil, no período de 2015-2024

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	10.093	44,4
Feminino	12.635	55,6
Faixa etária		
Menor de 15 anos	2.991	13,2
15 – 29 anos	4.881	21,4
30 – 59 anos	11.241	49,5
> 60 anos	3.615	15,9
Raça/cor		
Branca	6.164	27,1
Preta	2.548	11,2
Amarela	305	1,3
Parda	13.002	57,2
Indígena	136	0,6
Ignorado/Em branco	573	2,5
Escolaridade		
Analfabeto	1.102	4,8
Ensino fundamental	10.126	44,6
Ensino médio	5.767	25,4
Ensino superior	1.791	7,9
Não se aplica	420	1,8
Ignorado/Em branco	3.522	15,5

Fonte: Sinan – SVSA/MS. Dados coletados em 22/9/2025. Percentuais podem não totalizar 100% por arredondamento.

Nos casos que tiveram como modo de detecção o exame de contatos, observa-se predomínio de diagnósticos com classificação operacional MB (77,7%; n=17.669), em relação às formas PB (22,3%; n=5.057). Na classificação clínica, 63,9% (n=14.522) dos diagnósticos desse período foram categorizados com a forma dimorfa (MB), enquanto 5,2% (n=1.182) possuía a forma virchowiana (MB). Das formas PB, 14,4% (n=3.281) foram classificadas como indeterminada e 9,1% (n=2.077) como tuberculoide. Além disso, 5,3% (n=1.209) foram elencadas como "Não classificado", enquanto 2,0% (457) possuíam esse registro ignorado (Tabela 4).

Durante esse período, 5,6% (n=1.268) dos casos identificados por exame de contatos possuía grau 2 de incapacidade física (GIF 2), enquanto 28,4% (n=6.458) possuía grau 1 (GIF 1). A maioria dos casos (56,6%; n=13.082) não possuía nenhum tipo de incapacidade física decorrente da hanseníase (GIF 0). Todavia, 5,6% (n=1.273) não foram avaliados para grau de incapacidade física no diagnóstico.

A análise da proporção de casos novos com grau de incapacidade física no momento diagnóstico evidencia aumento da proporção de GIF 1 (23,7% em 2014 e 35,2% em 2023) e GIF 2 (6,6% em 2014 e 11,2% em 2023) no País³. Dessa forma, salienta-se que o exame de contatos detecta, proporcionalmente, menor quantitativo de pessoas que apresentam algum grau de incapacidade física, o que destaca a importância dessa como parte de um diagnóstico precoce.

Também pode ser observado, em alguns casos, a presença de eventos reacionais, com 5,6% (n=1.283) apresentando reação tipo 1; 1,1% (n=244) apresentando reação tipo 2, enquanto 0,4% (n=100) possuía reação mista (tipo 1 e tipo 2). A maioria dos casos não apresentava reação (67,9%; n=14.429), porém 25,0% (n=5.672) não foi avaliado (Tabela 4).

TABELA 4 Características clínicas dos casos de hanseníase detectados por exame de contato no Brasil, no período de 2015-2024

Variável	n	%
Classificação		
Paucibacilar (PB)	5.057	22,3
Multibacilar (MB)	17.669	77,7
Ignorado/Em branco	2	0,0
Forma		
Indeterminada	3.281	14,4
Tuberculoide	2.077	9,1
Dimorfa	14.522	63,9
Virchowiana	1.182	5,2
Não Classificado	1.209	5,3
Ignorado/Em branco	457	2,0
Grau de Incapacidade Física		
GIF 0	13.082	57,6
GIF 1	6.458	28,4
GIF 2	1.268	5,6
Não avaliado	1.273	5,6
Ignorado/Em branco	647	2,8
Reação hansênica		
Tipo 1	1.283	5,6
Tipo 2	244	1,1
Tipo 1 e 2	100	0,4
Sem reação	15.429	67,9
Ignorado/Em branco	5.672	25,0

Fonte: Sinan – SVSA/MS. Dados coletados em 22/9/2025.
Nota: Percentuais podem não totalizar 100% por arredondamento.

Ressalta-se que o risco para os contatos aumenta em casos em que há convívio com outros casos que possuam índice baciloscópico alto, como é visto nas formas MB¹⁶. Destaca-se também a importância de um exame dermatoneurológico feito de forma adequada nos contatos, a fim de se promover diagnóstico precoce. Entretanto, a literatura evidencia que nem todos os contatos identificados são investigados¹⁸.

Além disso, este estudo identifica que muitas informações, tanto sociodemográficas (raça/cor e escolaridade) quanto clínicas (forma, GIF e reação hansênica) possuem um percentual considerável de casos registros ignorados ou em branco. Tal incompletude também pode ser visualizada no painel de inconsistências da hanseníase (<https://inconsistencias Hanseniase Aids.gov.br/>)¹⁹, com destaque à análise do percentual dos casos totais de hanseníase que apresentam episódio reacional, no qual 46,8% foram notificados como ignorado/em branco

entre 2021 e 2024. Isso evidencia a fragilidade dos dados acerca de determinadas variáveis pertinentes à notificação da doença.

Desse modo, salienta-se que esse estudo apresenta algumas limitações que devem ser considerados na interpretação dos resultados. Como se trata de um estudo descritivo baseado em dados secundários – que dependem da qualidade das informações, do correto preenchimento das fichas de notificação, da completude e consistência dos registros – esses tornam-se sujeitos à subnotificação, erros de classificação e variação na qualidade dos dados entre as UF's ao longo do tempo.

A análise anual não permite capturar variações na detecção de casos que possam ocorrer em intervalos menores, como dias ou meses. Além disso, a definição de caso novo utilizada baseia-se no modo de detecção

informado (exame de contato). No entanto, não é possível verificar, a partir das bases utilizadas, a padronização da avaliação dermatoneurológica ou a utilização efetiva de exames complementares, o que pode introduzir heterogeneidade diagnóstica.

Por fim, como estudo descritivo, os resultados não permitem estabelecer relações de causalidade entre variáveis ou inferir fatores determinantes do aumento ou redução de casos em determinados locais ou períodos. As análises apresentadas refletem o comportamento dos indicadores dentro do período e fontes utilizadas, e devem ser interpretadas em conjunto com outros estudos e informações qualitativas sobre as estratégias de vigilância e controle da hanseníase no Brasil.

CONCLUSÃO

No período analisado, o exame de contatos consolidou-se como um modo de detecção cada vez mais relevante na vigilância da hanseníase no Brasil, passando de 7,3% para 13,4% das notificações anuais, com tendência crescente significativa entre 2015 e 2024. Observa-se que algumas UF's apresentaram tendência crescente e significativa. Os principais aumentos percentuais do período são encontrados em São Paulo (5,0% em 2015; 10,0% em 2024), Minas Gerais (5,4% em 2015; 7,9% em 2024) e Pernambuco (4,6% em 2015; 8,1% em 2024).

Mato Grosso foi o principal responsável pelas notificações (25,7% em 2015 e 37,5% em 2024), contudo a análise da tendência evidenciou estacionariedade. Já algumas UF's apresentaram redução percentual. Destacam-se Pará e Bahia, que saíram, respectivamente, de 9,2% e 10,0% em 2015 para 3,0% e 3,3% em 2024, com tendência significativa de queda.

O perfil sociodemográfico e clínico dos casos detectados por exame de contatos mostrou predomínio do sexo feminino, de pessoas entre 30 e 59 anos, de raça/cor parda e baixa escolaridade, em consonância com achados prévios da literatura. A maioria dos casos foi classificada como MB sob forma dimorfa, com maior parte apresentando graus de incapacidade física (GIF 1/ GIF 2) e eventos reacionais, que manifestações avançadas do adoecimento por hanseníase.

Apesar do avanço na representatividade desse modo de detecção, limitações relacionadas à qualidade dos dados e à completude das informações devem ser consideradas. Porém, os resultados evidenciam a importância do exame de contatos como ferramenta

estratégica para a prevenção e o diagnóstico da doença, de modo a contribuir para o controle da hanseníase. Ressalta-se a necessidade de fortalecer ações de vigilância, tendo em vista que o caráter inicial da hanseníase é discreto e, muitas vezes, assintomático. Dessa forma, estratégias de busca ativa como o exame de contatos faz-se essencial para a detecção precoce dos casos.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da hanseníase [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [citado em 25 set. 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hanseníase/publicacoes/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-da-hanseníase-2022/view>
2. World Health Organization. Global leprosy (Hansen disease) update, 2024: beyond zero cases – what elimination of leprosy really means [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [citado em 25 set. 2025]. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/382657>
3. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico de Hanseníase 2025 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025 [citado em 25 set. 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2025/boletim-epidemiologico-de-hanseníase-numero-especial-jan-2025.pdf>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 6.734, de 18 de março de 2025. Diário Oficial da União. Brasília; 2025 [citado em 30 dez. 2025]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-6.734-de-18-de-marco-de-2025-620767223>
5. World Health Organization. Leprosy [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [citado 25 set. 2025]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/leprosy>
6. Teixeira CSS, Pescarini JM, Alves FJO, Nery JS, Sanchez MN, Teles C, et al. Incidence of and factors associated with leprosy among household contacts of patients with leprosy in Brazil. JAMA Dermatol. 2020;156(6):640-8.
7. Soares GMMM, Souza EA, Ferreira AF, Garcia GSM, Oliveira MLWDR, Pinheiro AB, et al. Fatores sociodemográficos e clínicos de casos de hanseníase associados ao desempenho da avaliação de seus contatos no Ceará, 2008-2019. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2021;30(3):e2020585. [citado em 30 dez. 2025]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000300024>

8. Pires CAA, Malcher CMSR, Abreu Junior JMC, Albuquerque TG, Corrêa IRS, Daxbacher ELR. Hanseníase em menores de 15 anos: a importância do exame de contato. *Rev Paul Pediatr*. 2012;30(2):292-5.
9. Santos KCB, Corrêa RGCF, Rolim ILTP, Pascoal LM, Ferreira AGN. Estratégias de controle e vigilância de contatos de hanseníase: revisão integrativa. *Saúde Debate*. 2019;43(121):576-91.
10. Souza EA, Ferreira AF, Pinto MSAP, Heukelbach J, Oliveira HX, Barbosa JC, et al. Desempenho da vigilância de contatos de casos de hanseníase: uma análise espaço-temporal no Estado da Bahia, Região Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(9).
11. Ministério da Saúde (BR). Roteiro para uso do Sinan Net Hanseníase e Manual para tabulação dos indicadores de hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. [citado em 30 dez. 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/hanseníase/roteiro-para-uso-do-sinan-net-hanseníase-e-manual-para-tabulacao-dos-indicadores-de-hanseníase/view>
12. Cabral BVB, Sousa GJB, Cordeiro LI, Maranhão TA, Pereira MLD. Temporal pattern and spatial distribution of tuberculosis prevalence associated with multimorbidity in Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2024;57.
13. Paz WS, Souza MR, Tavares DS, Jesus AR, Santos AD, Carmo RF, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on the diagnosis of leprosy in Brazil: An ecological and population-based study. *Lancet Reg Health Am [Internet]*. 2022 May 1;9:100181. [citado em 30 dez. 2025]. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100181>
14. Sousa GJB, Lages DS, Barbosa PPL, Rocha MCN, Sena Neto SA, Brandão JG, et al. Interrupted time series study of the leprosy case detection in Brazil after the COVID-19 pandemic. *Sci Rep*. 2025;15:9777.
15. Brasil. Nota Técnica nº 27/2023-CGDE/DEDT/SVSA/MS: Orientações sobre o fornecimento e uso do na Atenção Primária à Saúde - Código SIGTAP 02.14.01.017-1, conforme preconizado pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2023 [citado em 7 jan. 2026]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2023/nota-tecnica-no-27-2023-cgde-dedt-svsa-ms.pdf>
16. Romanholo HSB, Souza EA, Ramos Júnior AN, Kaiser ACGCB, Silva IO, Brito AL, et al. Vigilância de contatos intradomiciliares de hanseníase: perspectiva do usuário em município hiperendêmico. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2018;71:163-9 [citado em 30 dez. 2025]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0607>
17. Nery JS, Ramond A, Pescarini JM, Alves A, Strina A, Ichihara MY, et al. Socioeconomic determinants of leprosy new case detection in the 100 Million Brazilian Cohort: a population-based linkage study. *Lancet Glob Health*. 2019;7(9):e1226-36.
18. Niitsuma ENA, Bueno IC, Arantes EO, Carvalho APM, Xavier Junior GF, Fernandes GR, et al. Fatores associados ao adoecimento por hanseníase em contatos: revisão sistemática e metanálise. *Rev Bras Epidemiol [Internet]*. 2021;24:e210039 [citado em 30 dez. 2025]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210039>
19. Ministério da Saúde (BR). Qualidade dos Dados de Hanseníase nos Municípios Brasileiros [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025 [citado em 10 out. 2025]. Disponível em: <https://inconsistencias-hanseníase.aids.gov.br/>



Boletim Epidemiológico

ISSN 2358-9450

©1969. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Ministro de Estado da Saúde

Alexandre Rocha Santos Padilha

Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente

Mariângela Batista Galvão Simão

*Comitê editorial***Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA)**

Mariângela Batista Galvão Simão

Departamento de Doenças Transmissíveis (DEDT)

Marília Santini de Oliveira

Departamento do Programa Nacional de Imunizações (DPNI)

Eder Gatti Fernandes

Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (Daent)

Leticia de Oliveira Cardoso

Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DVSAT)

Agnes Soares da Silva

Departamento de Emergências em Saúde Pública (Demsp)

Edenilo Baltazar Barreira Filho

Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente (Daevs)

Guilherme Loureiro Werneck

Departamento de Hiv/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (Dathi)

Draurio Barreira Cravo Neto

Centro Nacional de Primatas (Cenp)

Aline Amaral Imbeloni

Instituto Evandro Chagas (IEC)

Livia Carício Martins

*Equipe editorial***Coordenação-Geral de Vigilância da Hanseníase e Doenças em Eliminação (CGHDE/DEDT/SVSA)**

Jurema Guerrieri Brandão, Janaina de Sousa Menezes, Bruno Victor Barros Cabral, George Jó Bezerra Sousa, Margarida Cristiana Napoleão Rocha, Patrícia Pereira Lima Barbosa, Sebastião Alves de Sena Neto

*Editoria técnico-científica***Coordenação-Geral de Editoração Técnico-Científica em Vigilância em Saúde (CGEVSA/Daevs/SVSA)**

Natália Peixoto Lima, Tais Rondello Bonatti, Tatiane Fernandes Portal de Lima Alves da Silva

Revisão textual

Tatiane Souza (CGEVSA/Daevs/SVSA)

Diagramação

Fred Lobo (CGEVSA/Daevs/SVSA)