Jan-Dez/2026, v1., n.9
e-ISSN: **2675-2956**
DOI: https://doi.org/10.65573/rescx.v1n9.0034

LIMITAÇÃO DE ATIVIDADE E CONSCIÊNCIA DE RISCO EM PACIENTES COM HANSENÍASE EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO TOCANTINS

ACTIVITY LIMITATION AND RISK AWARENESS IN LEPROSY PATIENTS IN A REFERENCE HOSPITAL IN TOCANTINS

Linda Inêz Alves da Silva, Thaís Fonseca Bandeira, Francisco Maurílio da Silva Carrias, Eduardo Vieira de Sousa, Cintya Dornel Queiroz e Francisca Nayara dos Santos Madeira

RESUMO
O objetivo desta pesquisa foi avaliar a limitação de atividade e consciência de risco de pacientes com hanseníase em um Hospital de Doenças Tropicais do norte do Tocantins. Trata-se de uma pesquisa transversal, descritiva e quantitativa. Foi realizada a caracterização sociodemográfica, clínica e aplicada a Escala de Triagem de Limitação de Atividade e Consciência de Risco (SALSA). Para averiguar a distribuição geográfica e o mapeamento dos casos no Tocantins, utilizou-se o *software* QGIS versão 3.34. O teste de normalidade de *Shapiro Wilk* e a análise visual do histograma foram utilizados para testar a normalidade dos escores de limitação de atividade e de grau de consciência de risco. A análise ocorreu por regressão quantílica com *bootstrap* com 500 repetições, através do *software Stata BE* 18,5, sendo significativas variáveis $p < 0,05$. Participaram 91 pessoas e a limitação de atividade atingiu 79,1% da amostra, prevalecendo a limitação leve 28,6% e menores escores de consciência de risco**.** O sexo masculino e a maior renda foram protetores contra a limitação de atividade; baciloscopia negativa, neurite aguda, múltiplas reações e altos escores de olhos, mãos e pés (OMP) foram preditores de limitação; e o aumento dos escores OMP associou-se à maior consciência de risco.
Palavras-chave: Hanseníase. Limitação crônica de atividade. Risco.

ABSTRACT
The objective of this research was to evaluate the activity limitation and risk awareness of patients with leprosy in a Tropical Diseases Hospital in the north of Tocantins. This is a cross-sectional, descriptive and quantitative research. Sociodemographic and clinical characterization was carried out and the Activity Limitation and Risk Awareness Screening Scale (SALSA) was applied. To investigate the geographic distribution and mapping of cases in Tocantins, the software QGIS version 3.34 was used. The Shapiro Wilk normality test and visual histogram analysis were used to test the normality of activity limitation and risk awareness scores. The analysis occurred using quantile regression with bootstrap with 500 repetitions, using the Stata BE 18.5 software, with significant variables $p < 0.05$. 91 people participated and activity limitations reached 79.1% of the sample, with mild limitations prevailing 28.6% and lower risk awareness scores. Male sex and higher income were protective against activity limitation; Negative smear microscopy, acute neuritis, multiple reactions and high eyes, hands and feet (OMP) scores were predictors of limitation; and the increase in OMP scores was associated with greater risk awareness.
Keywords: Leprosy. Activities of Daily Living. Risk.

Data de recebimento: 01/06/2026.
Aceito para publicação: 24/08/2026.

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma patologia infectocontagiosa de evolução crônica, considerada a principal causa de neuropatia infecciosa em países tropicais e subtropicais. É caracterizada pelo pronunciado potencial incapacitante que se deve, principalmente, ao diagnóstico tardio (Froes Junior; Sotto; Trindade, 2021). É causada pelo *Mycobacterium leprae* (M. leprae), um bacilo álcool-ácido resistente que possui tropismo por terminações nervosas sensitivas, motoras e autonômicas, provocando incapacidades e deformidades físicas (Brasil, 2008; Costa *et al.,* 2019).

Embora seja altamente infecciosa e pouco patogênica, a hanseníase continua endêmica no Brasil. Atualmente, o país ocupa o segundo lugar no *ranking* de países que mais detectam casos da doença no mundo. Em 2022, apresentava uma detecção de 9,67 casos novos por 100 mil habitantes. Entre 2013 e 2019, 19.963 mil apresentavam grau 2 de incapacidade física. Esse cenário tornou o país prioritário nas ações da Organização Mundial de Saúde pela eliminação da hanseníase, incapacidades, estigma e discriminação

Jan-Dez/2026, v1., n.9
e-ISSN: **2675-2956**
DOI: https://doi.org/10.65573/rescx.v1n9.0034

através do Plano de Ação para Doenças Tropicais Negligenciadas 2021-2030 (Brasil, 2024).

Em 2022, o Tocantins apresentou uma taxa de 50,88 casos por 100 mil habitantes, o que o caracteriza como um estado hiperêndemico (Brasil, 2024). Pesquisa com dados de 174 pacientes com hanseníase no Hospital de Doenças Tropicais, entre os anos de 2017 e 2020, mostrou que 95 (54,60%) apresentaram algum grau de incapacidade física no momento do diagnóstico (Bandeira, 2022). O acometimento neural leva à perda de função do membro afetado, invalidez para o trabalho e dificuldade na realização das atividades de vida diárias (Brasil, 2008).

Devido às características supracitadas, é muito importante avaliar a limitação de atividade e consciência de risco entre os pacientes. Limitação de atividade é o grau com que uma pessoa acometida pela doença consegue realizar tarefas diárias com ou sem adaptações, e consciência de risco é o nível de compreensão que uma pessoa tem acerca da sua condição de saúde e o comportamento de evitar situações que possam colocá-la em risco (Brasil, 2008).

Assim, o objetivo da pesquisa foi avaliar a limitação de atividade e consciência de risco de pacientes com hanseníase em um hospital de doenças tropicais do norte do Tocantins.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Esta é uma pesquisa transversal, descritiva, quantitativa e documental que ocorreu entre maio e novembro de 2024 no Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins (HDT-UFT), unidade de referência em hanseníase, localizada em Araguaína, Tocantins. Foi realizada mediante parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do HDT-UFT em 25 de março de 2024, número 7.256.764, CAAE 78132324.8.0000.8102.

Foram convidados a participar, por meio de entrevistas, todos os pacientes que no momento da coleta de dados, compareceram ao HDT-UFT para consultas ambulatoriais com médico dermatologista, enfermeiros ou fisioterapeutas. A aceitação foi formalizada através do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), assinado pelo participante/representante legal ou por gravação de voz, recurso utilizado por participantes analfabetos. O convite e as entrevistas aconteceram em consultório disponível.

Durante as entrevistas, foi aplicado o Questionário de Dados Sociodemográficos com a finalidade de caracterizar o perfil sociodemográfico dos participantes, obtendo dados como idade, sexo, cidade e zona de residência, renda, número de moradores na residência, recebimento de auxílio, ocupação, raça/cor, escolaridade e estado civil. Em seguida, aplicou-se a Escala de Triagem de Limitação de Atividade e Consciência de Risco, do inglês *Screening of Activity Limitation and Safety Awareness* (SALSA).

A SALSA é um instrumento transcultural, curto e breve que avalia, na perspectiva do paciente, a extensão da limitação de atividade e o risco de se aumentar as deficiências durante a realização de tarefas (Brasil, 2010). Possui 20 perguntas distribuídas em 4 domínios: mobilidade dos pés, autocuidado, trabalho (mãos) e destreza (mãos). Respostas afirmativas são classificadas quanto ao nível de dificuldade de realizar a tarefa em: fácil (1), um pouco difícil (2) ou muito difícil (3). Para as respostas negativas, o participante justifica com: eu não preciso fazer isso (0); eu fisicamente não consigo (4); eu evito por causa do risco (4).

O escore SALSA de cada participante foi obtido somando os escores parciais de cada coluna. Para definir o grau de limitação de atividade, os escores foram categorizados em: sem limitação (0-24), limitação leve (25-39), limitação moderada (40-49), limitação severa (50-59) e limitação muito severa (60-80). Quanto ao escore de consciência de risco,

Jan-Dez/2026, v1., n.9
e-ISSN: **2675-2956**
DOI: https://doi.org/10.65573/rescx.v1n9.0034

somou-se a quantidade de números 4 circulados marcados em cada coluna. O resultado foi um escore entre 0-11, sendo que escores mais altos indicam consciência crescente dos riscos e denotam que há uma limitação de atividade.

Para identificação de cada questionário, empregou-se um sistema alfanumérico com a letra “E” de “Entrevistado”, seguido de número indo-arábico (E1, E2 etc.). Por meio de uma planilha no Excel, foi feita uma pseudo-anonimização, a qual associava a identificação do questionário ao código do prontuário do participante. Essa medida foi adotada para a solicitar os prontuários necessários à fase documental da coleta de dados por meio do Questionário de Dados Clínicos.

Nessa fase, buscou-se as seguintes informações: ano do diagnóstico, classificação operacional, forma clínica, baciloscopia, grau de incapacidade física (GIF) do diagnóstico e atual, comorbidades, complicações nervosas, uso de órteses/adaptações, escore OMP. Essas informações foram extraídas da Ficha de Avaliação Neurológica Simplificada (ANS) e Ficha Individual de Notificação (FIN) de Hanseníase anexadas ao prontuário físico de cada participante.

A ANS é um método utilizado para monitorar o risco de desenvolver danos neurais em pacientes com hanseníase. Por meio dela, se obtém o escore do grau de incapacidade física (GIF), que é classificado em 0 (sem alterações nervosas), 1 (alterações sensitivas) e 2 (deficiência visível). O escore Olhos, Mãos e Pés (OMP) também é obtido por meio da ANS, um escore mais sensível que conta de 1 a 12, o qual representa a extensão do dano neural, a partir do GIF atribuído em cada olho, mão ou pé, assim, quanto maior o número, maior é o dano neural (Brasil, 2022).

Foram incluídos pacientes maiores de dezoito anos, dos sexos masculino e feminino, com diagnóstico de hanseníase, que passaram pela avaliação neurológica simplificada (ANS) e aceitaram participar do estudo mediante anuência do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Foram excluídas pessoas com limitação física não relacionadas à hanseníase que impedisse a avaliação fidedigna das escalas e/ou apresentasse déficit cognitivo que dificultasse o entendimento dos questionamentos. Após a revisão de prontuários, foram excluídos pacientes com informações insuficientes.

A pesquisa adotou o método de amostragem não-probabilística de conveniência. A estatística descritiva foi utilizada para a caracterização sociodemográfica e clínica da amostra. As variáveis numéricas foram expressas em média e desvio-padrão (DP) e as categóricas em frequência absoluta (n) e relativa (%). A distribuição geográfica do número de casos entre os municípios do Estado do Tocantins, bem como o seu mapeamento, foi realizada utilizando o software QGIS versão 3.34. O teste de normalidade de *Shapiro Wilk* e a análise visual do histograma foram utilizados para testar a normalidade dos escores de limitação de atividade e de grau de consciência de risco.

Dada a distribuição assimétrica desses escores, utilizou-se a regressão quantílica com *bootstrap* com 500 repetições para verificar os fatores sociodemográficos e clínicos associados aos escores de limitação de atividade e de grau de consciência de risco. Os coeficientes de regressão (β) e os intervalos de confiança de 95% (IC95%) foram obtidos e coeficientes com valores de $p<0,05$ foram considerados significativamente diferentes de zero. Todas as análises foram realizadas utilizando o *software Stata BE* 18,5.

.

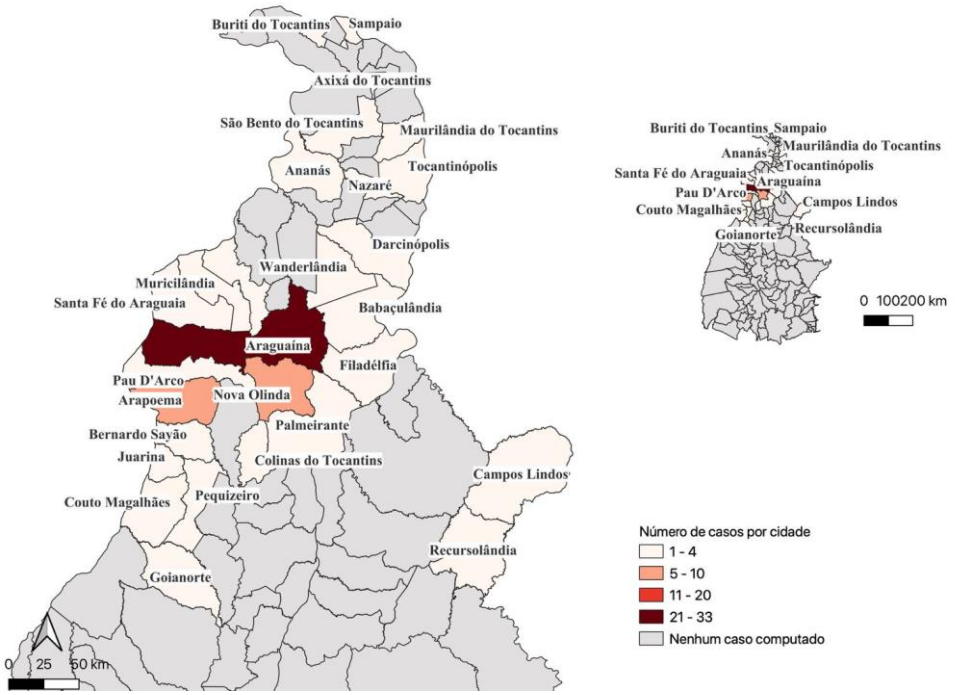
3 RESULTADOS

Participaram da pesquisa 91 pessoas. A Figura 1 apresenta a distribuição dos casos por cidade de residência. O Tocantins possui uma extensão territorial de 277.423,627 km² e 553,49 km² de área urbanizada. Estima-se de 1.577.342 habitantes e em 2021 já possuía um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,731, considerado alto (IBGE, 2023). O

Jan-Dez/2026, v1., n.9
e-ISSN: **2675-2956**
DOI: https://doi.org/10.65573/rescx.v1n9.0034

estado possui 139 municípios e a cidade de Araguaína - TO apresentou o maior número de casos dentre as cidades identificadas (n=33, 36,3%).

Mapa 1 – Distribuição de casos de hanseníase segundo a cidade de residência, Tocantins (90).



Fonte: os autores (2025).
*Amostra de 91, sendo 1 participante de outro estado.

As características sociodemográficas da amostra são encontradas na tabela 1. A idade média foi de 45,5 ±13,3 anos, e a amostra foi majoritariamente composta por homens (56%) e por participantes de cor de pele parda (71,4%). Quanto às demais características, 47,2% dos participantes declararam estarem casados, a maioria estudou até o ensino fundamental II (59,4%) e 42,8% ganhavam 1 salário-mínimo, 69,3% reportaram viver com 3 ou mais pessoas na residência e 19,8% recebiam auxílio por causa da doença. A maioria dos participantes eram residentes da zona urbana (76,9%) e a profissão mais prevalente foi de trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados (38,4%).

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos participantes (n =91).

	Média	**DP**
Idade	45,5	13,3
	N	**%**
Sexo		
Feminino	40	44,0
Masculino	51	56,0
Cor de pele		
Branca	10	11,0
Parda	65	71,4
Preta	16	17,6
Estado Civil		
Solteiro	37	40,7
Casado/União estável	43	47,2
Divorciado	6	6,6
Viúvo	5	5,5
Escolaridade		
Não Alfabetizado	13	14,3
Ens. Fundamental I	26	28,6

Jan-Dez/2026, v1., n.9
e-ISSN: **2675-2956**
DOI: https://doi.org/10.65573/rescx.v1n9.0034

Ens. Fundamental II	15	16,5
Ens. Médio Completo	34	37,3
Ens. Superior Completo	3	3,3
Renda		
Menos de 1 salário mínimo	20	22,0
1 salário mínimo	39	42,8
2 salários mínimos	19	20,9
3 ou mais salários mínimos	12	14,3
Nº de residentes na casa		
1	10	11,0
2	18	19,7
3	29	31,9
4	16	17,6
5 ou mais	18	19,8
Zona de residência		
Urbana	70	76,9
Rural	20	22,0
Não reportado	1	1.1
Ocupação		
Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados*	35	38,4
Aposentados e sem vínculo empregatício	16	17,6
Afastados do trabalho	15	16,5
Trabalhadores agropecuários, florestais e da pesca	14	15,4
Trabalhadores da produção de bens, indústria e de reparo ou manutenção**	9	9,9
Profissionais das ciências e das artes	2	2,2
Recebe auxílio por causa da Hanseníase		
Sim	18	19,8
Não	73	80,2

Fonte: os autores (2025).
*do lar, empregada doméstica, profissionais autônomos, serviços gerais e outros;
** costureira, pedreiro, artesão e outros

A tabela 2 apresenta as características clínicas dos participantes. A maioria dos diagnósticos (73,6%) ocorreram entre 2021 e 2024, dentre as comorbidades, a cardiovascular foi a mais prevalente (11,0%), a classificação multibacilar foi a mais prevalente (87,9%), a forma clínica mais comum foi a dimorfa (46,1%) e a maioria dos casos apresentou baciloscopia negativa (53,8%). A neurite aguda (26,4%) e a reação hansênica do tipo II (25,3%) foram as complicações nervosas mais comuns. Cerca de 13% utilizavam órteses ou adaptações. A classificação de GIF 2 foi verificada em 17,6% dos participantes no momento do diagnóstico e em 19,8% na avaliação mais atual. Os escores de OMP apresentaram média de 2,7 ± 2,2 sendo o escore 4 foi o que mais ocorreu na amostra (25% dos casos). Com relação aos resultados de limitação de atividade e consciência de risco, verificou-se médias do SALSA de 38,4 ± 13,7 e do escore de consciência de risco de 2,7 ± 2,5. A limitação moderada ocorreu em 27,5% dos participantes e a severa em 16,5%.

Tabela 2 – Características clínicas dos participantes (n=91).

	Média	**DP**
Escores OMP*	2,7	2,2
Escores SALSA	38,4	13,7
Escore de consciência de risco	2,7	2,5
	N	**%**
Ano de diagnóstico		
1996- 2006	3	3,3
2010- 2020	16	17,6
2021- 2024	57	73,6

RESCX Revista de Educação, Saúde e Ciências do Xingu
Jan-Dez/2026, v1., n.9
e-ISSN: **2675-2956**
DOI: https://doi.org/10.65573/rescx.v1n9.0034

Não informado	5	5,5
Classificação operacional		
Paucibacilar	9	9,9
Multibacilar	80	87,9
Não informado	2	2,2
Forma clínica		
Dimorfa	42	46,1
Não classificada	17	18,7
Virchowiana	15	16,5
Indeterminada	6	6,6
Neural	6	6,6
Tuberculóide	5	5,5
Baciloscopia		
Negativa	49	53,8
Positiva	31	34,1
Não realizada	11	12,1
Complicações nervosas		
Nenhuma	37	40,7
Neurite aguda	24	26,4
Reação hansênica tipo II	23	25,3
Reação hansênica tipo I	5	5,5
Múltiplas reações	2	2,2
Uso de órtese ou adaptações		
Sim	12	13,2
Não	78	85,7
Não informado	1	1,1
Comorbidades		
Sem comorbidades	62	68,1
Cardiovasculares	10	11,0
Múltiplas comorbidades	7	7,7
Transtornos mentais	4	4,4
Autoimunes	2	2,2
Metabólicas	2	2,2
Osteoarticulares	2	2,2
Infecciosas	1	1,1
Reprodutivas	1	1,1
GIF no diagnóstico		
0	26	28,6
1	49	53,8
2	16	17,6
GIF atual		
0	23	25,3
1	50	54,9
2	18	19,8
Escore OMP		
0	20	22
1	9	9,9
2	18	20
3	9	9,9
4	23	25
5	4	4,4
6	4	4,4
7	1	1,1
8	1	1,1
10	2	2,2
Grau de limitação de atividade		
Sem limitação	19	20,9
Leve	26	28,6
Moderada	25	27,5
Severa	15	16,5
Muito severa	6	6,5

Fonte: os autores (2025).

Jan-Dez/2026, v1., n.9
e-ISSN: **2675-2956**
DOI: https://doi.org/10.65573/rescx.v1n9.0034

GIF: Grau de Incapacidade Física
OMP: Olhos, mãos e pés.

A tabela 3 apresenta as associações brutas e ajustadas dos fatores associados ao escore do grau de limitação de atividade. Na análise bruta, verificou-se que o aumento da renda e a forma clínica indeterminada (comparada à dimorfa) relacionaram-se a menores escores do grau de limitação de atividade. Receber auxílio para a hanseníase e o aumento no GIF no diagnóstico, GIF atual e nos escores de OMP associaram-se a maiores escores do grau de limitação de atividade.

Na análise ajustada, associações significativas foram visualizadas somente para o sexo, renda, baciloscopia, complicações nervosas e escore de OMP. O sexo masculino (β =-9,19; IC95%=-16,80; -1,43; p=0,019) e aumento da renda (β =-7,49; IC95%=-11,73; -3,25; p=0,033) associaram-se a menores escores do grau de limitação de atividade. Participantes com resultado negativo de baciloscopia (comparado aos positivos) (β = 8,35; IC95%=-0,49; 16,22; p=0,038), com complicações nervosas de neurite aguda (β = 9,16; IC95%= 0,16; 18,16; p=0,046) e múltiplas reações (β = 19,81; IC95%= 4,19; 35,43; p=0,014) (comparados aos sem reação) e com maiores escores de OMP (β=2,81; IC95%= 0,33; 5,30, p=0,027) apresentaram maiores escores de grau de limitação de atividade. As variáveis inseridas no modelo ajustado explicaram 49% da variação do escore de limitação de atividade (pseudo R^2= 0,49).

Tabela 3 - Fatores associados aos escores de grau de Limitação de Atividade (n=91).

	Bruta		**Ajustada (Pseudo R^2= 0,49)**	
Variável	**β (IC95%)**	**P**	**β (IC95%)**	**P**
Sexo (Referência: Feminino)				
Masculino	-4,00 (-13,61; 5,61)	0,410	**-9,19 (-16,84; -1,53)**	**0,019**
Idade (anos)	0,22 (-0,05; 0,49)	0,110	0,28 (-0,09; 0,65)	0,145
Cor da Pele (Referência: Branca**)**				
Preta/Parda	3,00 (-7,52; 13,52)	0,573	-8,13 (-23,52; 7,26)	0,295
Escolaridade [a]	-3,66 (-7,96; 0,63)	0,094	0,01 (-3,85; 3,88)	0,995
Renda (salários mínimos) [b]	**-5,00 (-9,54; -0,45)**	**0,031**	**-7,49 (-11, 73; -3,25)**	**0,033**
Zona de residência (Referência: Urbana**)**				
Rural	3,00 (-7,16; 13,16)	0,559	-2,31 (-12,14; 7,50)	0,639
Recebe Auxílio (Referência Não**)**				
Sim	**10,00 (0,67; 19,32)**	**0,036**	2,84 (-6,50; 12,18)	0,546
Classificação operacional (Referência: Paucibacilar**)**				

RESCX Revista de Educação, Saúde e Ciências do Xingu
Jan-Dez/2026, v1., n.9
e-ISSN: **2675-2956**
DOI: https://doi.org/10.65573/rescx.v1n9.0034

Multibacilar	9,00(-2,78; 20,78)	0,133	1,94 (-12,91; 16,81)	0,794
Baciloscopia (Referência: Positiva)				
Negativa	10,00 (-0,49; 20,49)	0,061	**8,35 (0,49; 16,22)**	**0,038**
Não realizada	5,00 (-7,22; 17,22)	0,419	2,71 (-12,34; 17,78)	0,720
Forma Clínica (Referência: Dimorfa**)**				
Indeterminada	**-11,00 (-20,84; -1,15)**	**0,029**	-1,78 (-18,78; 15,22)	0,836
Tuberculóide	10,00 (-4,60; 24,60)	0,177	-1,67 (-14,50; 17,85)	0,838
Virchoviana	-1,00(-13,53; 11,53)	0,808	-1,41 (-12,98; 10,15)	0,371
Neural	13,00 (-2,83; 28,83)	0,053	15,46 (-0,20; 31,13)	0,395
Não classificada	4,00 (--5,93; 13,93)	0,382	4,30 (-5,42; 14,02)	0,219
Complicações nervosas (**Referência:** Nenhuma)				
Neurite aguda	6,00 (-3,00; 15,00)	0,189	**9,16 (0,16; 18,16)**	**0,046**
Tipo I	5,00 (-26,23; 36,23)	0,751	9,52 (-5,13; 24,17)	0,199
Tipo II	2,00 (-12,4; 16,44)	0,784	9,52 (-1,98; 21,03)	0,103
Múltiplas reações	14,00 (-13,55; 41,55)	0,315	**19,81 (4,19; 35,43)**	**0,014**
GIF (diagnóstico)	**10,00 (5,04; 14,96)**	**<0,001**	1,81 (-7,43; 11,05)	0,697
GIF (atual)	**11,50 (7,50; 15,50)**	**<0,001**	-4,96 (-16,84; 6,90)	0,406
Escore OMP	**4,25 (2,44; 6,05)**	**<0,001**	**2,81 (0,33; 5,30)**	**0,027**

Fonte: os autores (2025).
β: Coeficiente de regressão obtido através de uma regressão quantílica.
[a]**:** Variável escolaridade operacionalizada de forma ordinal, sendo**:**0= Não alfabetizado, 1= Ens. Fundamental I, 2= Ens. Fundamental II, 3= Ens. Médio completo e 4 Ens. Superior completo.
[b]**:** Variável renda operacionalizada de forma ordinal, sendo: 0= menos de 1 salário mínimo, 1= 1 salário mínimo, 2= 2 salários mínimos e 3= 3 ou mais salários mínimos.
GIF: Grau de incapacidade física
OMP: Olhos, mãos e pés.

A tabela 4 apresenta as associações brutas e ajustadas dos fatores associados escore de grau consciência de risco. Na análise bruta, verificou-se que o sexo masculino, a maior escolaridade, a maior renda e a forma clínica indeterminada (comparada com a dimorfa) associaram-se com menores escores do grau de consciência de risco. Adicionalmente, receber auxílio para a hanseníase, a forma clínica tuberculóide (comparada com a dimorfa), as maiores classificações de GIF no diagnóstico, no GIF atual e o maior escore OMP associaram-se a maiores escores do grau de consciência de risco. Na análise ajustada, associações significativas foram visualizadas somente para o escore de OMP. O aumento dos escores de OMP relacionou-se a maiores escores do grau consciência de risco (β=0,76; IC95%= 0,25; 1,26, p=0,003). As variáveis inseridas no modelo ajustado explicaram 41% da variação do escore de consciência de risco (pseudo R^2= 0,41).

RESCX Revista de Educação, Saúde e Ciências do Xingu
Jan-Dez/2026, v1., n.9
e-ISSN: **2675-2956**
DOI: https://doi.org/10.65573/rescx.v1n9.0034

Tabela 4 - Fatores associados aos escores de Consciência de Risco (n=91).

	Bruta		**Ajustada (Pseudo R^2= 0,41)**	
Variável	**β (IC95%)**	**P**	**β (IC95%)**	**P**
Sexo (Referência: Feminino)				
Masculino	**-2,00 (-3,75; -0,24)**	**0,026**	-0,43 (-2,34; 1,47)	0,649
Idade (anos)	0,05 (-0,01; 0,11)	0,104	0,03 (-0,03; 0,11)	0,325
Cor da Pele (Referência: Branca**)**				
Preta/Parda	-1,00 (-3,76; 1,76)	0,474	-1,21 (-4,16; 1,72)	0,413
Escolaridade [a]	**-1,00 (-1,87; -0,12)**	**0,025**	,09 (-,80; 0,98)	0,838
Renda (salários mínimos) [b]	**-0,66 (-1,24; -0,08)**	**0,025**	-0,70 (-1,53; 0,13)	0,098
Zona de residência (Referência: Urbana**)**				
Rural	1,00 (-1,39; 3,39)	0,409	0,31 (-1,79; 2,42)	0,770
Recebe Auxílio (Referência Não**)**				
Sim	**3,00 (1,09; 4,90)**	**0,002**	1,43 (-0,85; 3,71)	0,216
Classificação operacional (Referência: Paubacilar**)**				
Multibacilar	1,00 (-2,58; 4,58)	0,580	-1,56 (-5,51; 2,38)	0,433
Baciloscopia (Referência: Positiva)				
Negativa	2,00 (0,05; 4,05)	0,055	0,59 (-1,09; 2,27)	0,489
Não realizada	1,00 (-1,24; 3,24)	0,379	0,01 (-3,16; 3,18)	0,996
Forma Clínica (Referência: Dimorfa**)**				
Indeterminada	**-2,00 (-4,74; -0,25)**	**0,026**	-2,34 (-7,03; 2,33)	0,322
Tuberculóide	**3,00 (0,76; 5,23)**	**0,009**	1,43 (-2.41; 5.28)	0,461
Virchowiana	-1,00 (-4,00; 2,00)	0,510	0,85 (-1,38; 3,09)	0,451
Neural	2,00 (-2,04; 6,04)	0,329	1,38 (-2,21; 4,82)	0,463
Não classificada	0,00 (-3,56; 3,56)	1,00	1,77 (-0,65; 4,19)	0,150
Complicação nervosas (Referência: Nenhuma)				
Neurite aguda	2,00 (-0,50; 4,50)	0,116	0,19 (-2,23; 2,61)	0,875
Reação hansênica tipo I	2,00 (-3,42; 7,42)	0,466	0,61 (-2,60; 3,84)	0,704

RESCX Revista de Educação, Saúde e Ciências do Xingu
Jan-Dez/2026, v1., n.9
e-ISSN: **2675-2956**
DOI: https://doi.org/10.65573/rescx.v1n9.0034

Reação hansênica tipo II	0,00 (-2,47; 2,47)	1,00	0,66 (-1,62; 2,96)	0,564
Múltiplas reações	0,00 (-2,27; 2,27)	1,00	0,22 (-2,76; 3,21)	0,883
GIF (dignóstico)	**1,00 (-0,05; 2,05)**	**0,061**	-0,72 (-2,64; 1,19)	0,455
GIF (atual)	**1,50 (0,33; 2,66)**	**0,012**	-0,51(-2,67; 1,64)	0,637
Escore OMP	**0,66 (0,33; 1,00)**	**<0,001**	**0,76 (0,25; 1,26)**	**0,003**

Fonte: os autores (2025).
β: Coeficiente de regressão obtido através de uma regressão quantílica.
[a] **:** Variável escolaridade operacionalizada de forma ordinal, sendo**:**0= Não alfabetizado, 1= Ens. Fundamental I, 2= Ens. Fundamental II, 3= Ens. Médio completo e 4 Ens. Superior completo.
[b]**:** Variável renda operacionalizada de forma ordinal, sendo: 0= menos de 1 salário mínimo, 1= 1 salário mínimo, 2= 2 salários mínimos e 3= 3 ou mais salários mínimos.

4 DISCUSSÃO

A caracterização geográfica da amostra revela que a maioria dos indivíduos reside na zona urbana, com maior concentração em Araguaína, Tocantins, que é o 2º município mais populoso do estado e da região geográfica imediata (IBGE, 2023). Acredita-se que o índice de casos registrados na localidade esteja relacionado à densidade populacional e à distribuição geográfica dos municípios. Queiroz *et al.* (2024), afirmam ser previsível um maior número de casos reportados das cidades, mas é importante atentar-se para a possibilidade de subnotificações na zona rural.

A predominância de pardos se deve à miscigenação, mas a incidência na população negra pode estar associada à precariedade social e econômica, que resulta em desassistência e déficit na educação em saúde (Queiroz *et al.,* 2024). Conhecer o comportamento epidemiológico da hanseníase é imprescindível na priorização das ações de vigilância em saúde para controle da doença (Ribeiro; Lana, 2015).

O sexo masculino foi o mais afetado, 51 (56%). Dos 254.918 casos novos notificados no Brasil entre 2013 e 2022, 55,6% eram homens (Brasil, 2024). No Vale do Jequitinhonha, em Minas Gerais, foi predominante o acometimento no sexo feminino, porém, as deficiências visíveis se manifestaram com maior frequência no sexo masculino. Presume-se que as mulheres busquem mais os serviços de saúde devido ao fortalecimento dos Programas de Saúde da Mulher e à valorização pessoal da estética e do bem-estar (Ribeiro; Lana, 2015).

A baixa escolaridade se sobressaiu. O menor nível instrucional foi considerado um determinante de limitação de atividade (Nascimento *et al.*, 2020) e se associou ao maior grau de incapacidade física (GIF 2), um indicador de precariedade social, econômica e nutricional (Ribeiro e Lana (2015). Esse déficit no conhecimento da população fortalece as iniquidades sociais e prejudica o autocuidado e a adesão terapêutica (Nascimento *et al.*, 2020; Ribeiro e Lana, 2015).

Prevaleceram as atividades laborais que exigem a força física e habilidade com as mãos, o acometimento de pessoas em idade economicamente ativa (45,5 ±13,3), ao mesmo tempo em que alguns indivíduos se encontravam afastados do trabalho ou dependiam de benefícios governamentais. Ocupações de natureza manual predispõem ao absenteísmo, afastamentos e à redução da qualidade de vida em função da incapacidade para o trabalho (Costa *et al.*, 2019). Na Índia, dentre os 37,9% dos trabalhadores que desempenhavam atividades manuais, 8 (12,1%) apresentaram dificuldade ocupacional devido às úlceras plantares decorrentes da hanseníase e 5 (62,5%) precisaram se afastar do trabalho (Upputuri *et al.,* 2020).

Jan-Dez/2026, v1., n.9
e-ISSN: **2675-2956**
DOI: https://doi.org/10.65573/rescx.v1n9.0034

Somada à condição de trabalho, a baixa remuneração foi evidente. Um estudo caso-controle identificou associação entre pobreza e insegurança alimentar ao risco de infecção por hanseníase. O estoque de alimentos em 74% das residências de pessoas sadias duraria um mês e em 51% das residências daqueles acometidos pela hanseníase, a duração era de 15 dias. Esses dados sugerem que a vulnerabilidade econômica influencia na despesa alimentícia, consequentemente na condição nutricional (Wageenar *et al.,* 2015).

A maioria declarou estar casada/união estável ou conviver com 3 ou mais pessoas na mesma residência. O contato prolongado com pessoa doente não tratada é principal forma de transmissão, que se intensifica em domicílios pequenos com famílias numerosas, em casas construídas com taipa e madeira, sem energia elétrica e saneamento (Nery *et al.,* 2019; Wagenaar *et al.,* 2015). A densidade domiciliar, pobreza extrema, desigualdade de renda e nível de ocupação têm estreita relação com a cadeia de transmissão da doença (Matos *et al.,* 2021).

Acerca da caracterização clínica, prevaleceram o diagnóstico nos últimos 5 anos, a classificação multibacilar e dimorfa, assim como em outros estudos (Bandeira, 2022; Costa *et al.,* 2019; Silva *et al.,* 2019). A instabilidade da forma dimorfa predispõe ao dano neural, e a proeminência de diagnósticos recentes e classificação multibacilar denotam dificuldade em conter a transmissão e aumento de incapacidades (Bandeira, 2022; Matos *et al.,* 2021; Raposo *et al*., 2024).

Dentre as complicações nervosas, foi frequente a neurite aguda, uma resposta imunológica aguda ou subaguda de dor espontânea ou a palpação dos nervos periféricos, que pode acompanhar alguma reação hansênica. A principal consequência é a limitação da mobilidade de articulações e deterioração das funções sensitivas, motoras e/ ou autonômicas. Na neurite silenciosa, a evolução insidiosa atrasa a intervenção terapêutica (Brasil, 2022).

As incapacidades físicas relacionadas à hanseníase, evidenciadas pelos elevados graus de incapacidade e pela necessidade de órteses ou adaptações referida por 13% dos participantes são consequência da evolução da doença e do diagnóstico tardio. Segundo Bandeira (2022), danos neurais predispõem às deficiências nos olhos, mãos e pés. Uma análise sobre o GIF no Brasil entre 2009 e 2018, demonstrou que no momento da alta por cura, 15.021 (26,2%) apresentaram deficiência visível, o que leva à necessidade de reabilitação (Brasil, 2020).

Dentre as comorbidades reportadas 29 (31,9%), destacam-se as cardiovasculares. A hipertensão e diabetes tipo 2 associaram-se à maiores dimensões de lesões plantares em pacientes com hanseníase na Índia (Upputuri, 2020). Na Tanzânia, o diagnóstico pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) aumentou em 1,6 vezes a possibilidade de adquirir incapacidades (Mrema *et al.,* 2024). Nesse sentido, Raposo *et al*. (2018) enfatizam a importância de fortalecer os programas de controle da hanseníase e das demais doenças crônicas.

Com relação à limitação de atividade e consciência de risco, 79,1% apresentaram algum grau de limitação e os escores de OMP apresentaram média de 2,7 ± 2,2. Resultado semelhante foi evidenciado por Pawitri; Menaldi; Marissa (2022), no qual, 82% da amostra tinha limitação de atividade. Bontempo *et al.* (2023), avaliaram a evolução das incapacidades ao longo do tratamento, prevalecendo o escore OMP 0 no diagnóstico (56,5%) e na alta (53,1%). Esse resultado foi considerado positivo por demonstrar a importância de diagnosticar precocemente, a fim de evitar o surgimento de incapacidades.

O sexo masculino associou-se a menores escores dos graus de limitação de atividade e menor consciência dos riscos. No estudo de Mrema *et al.* (2024), o sexo masculino obteve 1,38 mais chance de desenvolver incapacidade. Já no município de Juazeiro/Bahia, alguns indivíduos com graus elevados de incapacidade física, não

Jan-Dez/2026, v1., n.9
e-ISSN: **2675-2956**
DOI: https://doi.org/10.65573/rescx.v1n9.0034

apresentaram limitação de atividade, provavelmente porque a escala SALSA avalia tarefas adaptáveis (Matos *et al.,* 2021). O desenvolvimento de deficiências se deve às barreiras no acesso à saúde, à negligência dos sintomas e à procura por cuidados apenas em condições críticas (Paula *et al.,* 2019).

Mediante análise bruta, a maior escolaridade associou-se com menores escores do grau de consciência de risco. Segundo Raposo *et al.* (2018), um maior nível instrucional está associado a uma percepção mais aprimorada dos riscos, o que repercute na procura pela assistência médica em tempo oportuno. E aqueles com limitações tendem a perceber de forma mais acentuada os riscos provocados por determinadas atividades e o impacto que podem exercer no agravamento de sua condição de saúde (Costa *et al.*, 2019).

O aumento da renda relacionou-se aos menores escores de limitação de atividade nas associações brutas e ajustadas e a uma menor consciência dos riscos. A renda é considerada protetora contra incapacidades (Paula *et al.,* 2019), enquanto o desemprego está associado à limitação de atividade ou deficiência em indivíduos com limitações severas e extremas (Pawitri; Menaldi; Marissa, 2022). Pertencer a um nível socioeconômico médio a alto também representa menor risco de desenvolver incapacidades (Sinha *et al.*, 2024).

Participantes com resultado negativo de baciloscopia apresentaram maiores escores de grau de limitação de atividade. A baciloscopia é um exame complementar, sendo geralmente negativo na hanseníase paucibacilar e tuberculóide, formas brandas da doença que apresentam menor risco de incapacidades. Porém, resultados negativos também podem estar presentes na forma multibacilar, pois, embora raro, é possível que o exame seja negativo em casos atípicos ou por falha de coleta ou análise laboratorial (Brasil, 2022).

Quando comparada com a forma dimorfa, as formas clínicas indeterminada e tuberculóide associaram-se, respectivamente, com menores e maiores escores do grau de consciência de risco. À medida em que a forma clínica dimorfa se aproxima do polo virchowiano ou tuberculóide, a resposta imunológica muda (Froes Junior *et al.,* 2021). Matos *et al.* (2021) afirmam que pacientes classificados com a forma dimorfa e virchowiana apresentaram chance 4,28 maior de desenvolverem limitações funcionais quando comparados aos indivíduos paucibacilares, que tendem a ter menores repercussões neurais, com menor índice de limitações e percepção de risco.

Dentre as complicações nervosas, neurite aguda e múltiplas reações apresentaram maiores escores de grau de limitação de atividade. As reações hansênicas derivam de uma resposta imunológica para eliminar as micobactérias, mas têm como efeito colateral a ocorrência de danos nervosos nas áreas afetadas (Serrano-Coll *et al.,* 2024). Além disso, ao serem diagnosticados tardiamente, com graus elevados de incapacidade física ou neurites e reações hansênicas (Brasil, 2008; Costa *et al.,* 2019), pacientes apresentam prejuízo às atividades de vida diárias, na capacidade para o trabalho, nas relações socioafetivas e no autocuidado (Jesus *et al.,* 2023).

Ter reações hansênicas eleva o risco de adquirir incapacidades físicas (Paula *et al.,* 2019). Na pesquisa de Raposo *et al.* (2018), pacientes com deficiências visíveis foram mais propensos a ter reações hansênicas, espessamento e dor à palpação dos nervos. Um estudo realizado com idosos com hanseníase em Fortaleza, Ceará, utilizando a Escala de Lawton e Brody para mensurar a capacidade de realizar tarefas, encontrou associação significativa entre a capacidade de realizar pequenos reparos e a presença de reação hansênica. Esse resultado era previsível, pois as reações hansênicas exacerbam sinais e sintomas e causam complicações (Nogueira *et al.,* 2017).

Outras variáveis significativas foram o GIF e OMP, que conforme se elevaram, maiores foram os escores do grau de limitação de atividade e de consciência de risco. De acordo com Pawitri; Menaldi; Marissa (2022), deficiências nos olhos, mãos e pés associaram-se à limitação de atividade extrema a grave em uma localidade da Indonésia.

Jan-Dez/2026, v1., n.9
e-ISSN: **2675-2956**
DOI: https://doi.org/10.65573/rescx.v1n9.0034

Em Recife/Pernambuco, pacientes com GIF 2 também apresentavam limitação severa e muito severa (Silva *et al.,* 2019). Matos *et al.* (2021), observaram que os danos neurais elevaram o escore OMP, de modo que os indivíduos com escores superior a seis possuíam uma chance 4,69 vezes maior de apresentarem limitações funcionais.

Em última análise, a condição de receber auxílio-doença correlacionou-se aos escores elevados de limitação de atividade e consciência de risco. O recebimento de auxílio-doença está atrelado à dificuldade em trabalhar e ao desemprego. Na pesquisa de Raposo *et al.* (2018), predominaram pacientes desempregados com grau 2 de incapacidade. Assim, recursos provenientes de programas governamentais impactam positivamente na adesão aos poliquimioterápicos, contribuindo para a cura dos casos multibacilares e interrupção da cadeia de transmissão da doença (Matos *et al.,* 2021).

Dentre as limitações da pesquisa, destacam-se a utilização de dados secundários e a insignificância de algumas variáveis analisadas. Para as próximas pesquisas deste cunho, sugere-se a análise com um tamanho amostral maior e em unidades de Saúde da Atenção Primária, com objetivo de conhecer o perfil dos pacientes com hanseníase nos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados mostraram que a maioria dos participantes apresentou alguma limitação de atividade, prevalecendo a limitação leve e menor consciência dos riscos. O sexo masculino e a maior renda foram fatores protetores contra a limitação de atividade, enquanto a baciloscopia negativa, neurite aguda, múltiplas reações e altos escores de OMP foram preditores de limitação. Ademais, o aumento dos escores OMP associou-se à maior consciência de risco, indicando que os participantes percebem melhor os riscos à medida em que as incapacidades aumentam.

É evidente a fragilidade no diagnóstico precoce da hanseníase na Atenção Primária à Saúde no Tocantins, uma vez que serviços especializados deveriam ser utilizados apenas para diagnósticos difíceis ou manejo de complicações. Fortalecer estratégias de investigação ativa, educação continuada aos profissionais e educação em saúde pode ser eficaz para minimizar a transmissão e sequelas oriundas da hanseníase.

REFERÊNCIAS

BANDEIRA, Thaís Fonseca. **Hanseníase:** determinantes clínicos e epidemiológicos para a ocorrência de lesão nervosa, reação e incapacidade física em pacientes diagnosticados no Norte do Tocantins. 2022. 77f. Dissertação (mestrado acadêmico) – Universidade Federal do Tocantins - Campus Universitário de Araguaína - Curso de Pós-graduação em Sanidade Animal e Saúde Pública nos trópicos. Araguaína, 2022.

BOMTEMPO, C. F.; FERRARI, S. M. F.; GROSSI, M. A. F.; LYON, S. Evolução do grau de incapacidade física e do escore olhos, mãos e pés em casos novos de hanseníase: do diagnóstico à alta medicamentosa. **Hansen. Int.**, Belo Horizonte, v. 48, p. 1-17, 2023. DOI: https://doi.org/10.47878/hi.2023.v48.37331. Disponível em: https://periodicos.saude.sp.gov.br/hansenologia/article/view/37331/37418. Acesso em: 22 jan. 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de Prevenção de Incapacidades**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Prevenção e Reabilitação em hanseníase, n.

Jan-Dez/2026, v1., n.9
e-ISSN: **2675-2956**
DOI: https://doi.org/10.65573/rescx.v1n9.0034

1, Brasília, DF, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_prevencao_incapacidades.pdf . Acesso em: 11 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico.** Hanseníase. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Brasília, DF. Número Especial | Jan. 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2024/be_hansen-2024_19jan_final.pdf. Acesso em 11 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Capacitação em Prevenção de Incapacidades em Hanseníase:** caderno do monitor. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/capacitacao_prevencao_incapacidade_hanseniase_caderno_monitor.pdf. Acesso em: 04 dez. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Hanseníase no Brasil:** caracterização das incapacidades físicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hanseniase_brasil_caracterizacao_incapacidades_fisicas.pdf . Acesso em: 11 out. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase [recurso eletrônico].** Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 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 21. jan. 2025.

COSTA, C. R. L.; BRITO, K. K. G.; OLIVEIRA, M. V. M.; SILVA, M. A.; SOARES, M. J. G. O. Limitação de atividade e consciência de risco em clientes acometidos pela hanseníase. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde.** João Pessoa, PB, v.23, n.4, pp. 459-470, ISSN 1415-2177, 2019. DOI: 10.22478/ufpb.2317-6032.2019v23n4.41272. Disponível em: https://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/41272. Acesso em: 09 jan. 2025.

FROES JUNIOR, L. A. R.; SOTTO, M. N.; TRINDADE, M. A. B. Leprosy: clinical and immunopathological characteristics. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, São Paulo, v.97, n.3, p.338 – 347, 2022. DOI: 10.1016/j.abd.2021.08.006. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0365059622000265?via%3Dihub. Acesso em: 10 jan. 2025.

IBGE. Panorama de Araguaína. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/araguaina/panorama. Acesso em: 27 dez. 2024.

JESUS, I. L. R.; MONTAGNER, N. I.; MONTAGNER, M. A.; ALVES, S. M. C.; DELDUQUE, M. C. Hanseníase e vulnerabilidade: uma revisão de escopo**. Revista ciência e Saúde Coletiva**, Brasília, DF, v. 28, n. 1, p. 143-154, jan. 2023. DOI: 10.1590/1413-81232023281.09722022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/CmLqBCKP6rZjBFd79dgd8SR/?lang=pt. Acesso em: 05 out. 2023.

Jan-Dez/2026, v1., n.9
e-ISSN: **2675-2956**
DOI: https://doi.org/10.65573/rescx.v1n9.0034

MATOS, T. S.; SOUZA, C. D. F. de; MOURA, J. C. de.; FERNANDES, T. R. M. de O.; MARIANO, R. de S. . Fatores associados à limitação de atividade em casos novos de hanseníase em município hiperendêmico do Nordeste, Brasil: estudo transversal. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 43, p. 2379, 2021. DOI: 10.5712/rbmfc16(43)2379. Disponível em: https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2379. Acesso em: 10 jan. 2025.

MREMA, G.; HUSSEIN, A.; MAGOGE, W.; MMBAGA, V.; SIMBA, A.; BALAMA, R.; NKILIGI, E.; SHUNDA, P.; KAMARA, D.; KISONGA, R.; KWESIGABO, G. Burden of leprosy and associated risk factors for disabilities in Tanzania from 2017 to 2020. **Plos One**, v.19, n.10, p. e0311676. Doi: 10.1371/journal.pone.0311676. Disponível em: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0311676#sec020. Acesso em: 09 jan. 2025.

NASCIMENTO, D. S.; JÚNIOR RAMOS, A. N. R.; DIAS DE ARAÚJO, D.; MACÊDO, S. F.; SILVA, G. V.; LOPES, W. M. P. S.; BARBOSA, J. C. Limitação de atividade e restrição à participação social em pessoas com hanseníase: análise transversal da magnitude e fatores associados em município hiperendêmico do Piauí, 2001 a 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 3, p. e2019543, 2020. DOI: 10.5123/S1679-49742020000300012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ress/a/d5GNF87CtPQVSVhgnYfWLQN/. Acesso em: 10 jan. 2025.

NERY, J. S.; RAMOND, A.; PESCARINI, J. M.; ALVES, A.; STRINA, A.; ICHIHARA, M. Y.; FERNANDES, M. L. P.; SMEETH, L.; RODRIGUES, L. C.; BARRETO, M. L.; BRICKLEY, E. B.; PENNA, G. O. Determinantes socioeconômicos da detecção de casos novos de hanseníase na coorte de 100 milhões de brasileiros: um estudo de relacionamento de base populacional. **O Lancet. Saúde global**, v. *7,* n. 9, p. e1226–e1236, 2019. DOI: https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30260-8. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31331811/. Acesso em: 10 jan. 2025.

NOGUEIRA, P. S. F.; MARQUES, M. B.; COUTINHO, J. F. V.; MAIA, J. C.; SILVA, M. J.; MOURA, E. R. F. Factors associated with the functional capacity of older adults with leprosy. **Rev Bras Enferm [Internet**], [Thematic Edition “Good Practices: Fundamentals of care in Gerontological Nursing”], Fortaleza, Ceará, v. 70, n. 4, p. 711-8, 2017. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0091. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/6LSkCsMYt9Fy68DPJhQB7jh/?lang=en. Acesso em: 11 jan. 2025.

PAULA, H. L.; SOUZA, C. D. F.; SILVA, S. R.; MARTINS-FILHO, P. R. S.; BARRETO, J. G.; GURGEL, R. Q.; CUEVAS, L. E.; SANTOS, V. S. Risk Factors for Physical Disability in Patients With Leprosy: A Systematic Review and Meta-analysis. **JAMA Dermatology**, Alagoas, v. 155, n. 10, p. 1120-1128, 2019. DOI: 10.1001/jamadermatol.2019.1768. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31389998/. Acesso em: 10 jan. 2024.

PAWITRI, A.; MENALDI, S. L.; MARISSA, M. Factors contributing to activity limitations in Leprosy patients in Sitanala Leprosy Village, **Turkderm-Turk Arch Dermatol Venereol,** Indonesia, v.56, p.103-8, 2022. DOI: 10.4274/turkderm.galenos.2022.99835. Disponível em: https://jag.journalagent.com/turkderm/pdfs/TURKDERM_56_3_103_108.pdf. Acesso em: 22 jan. 2025.

Jan-Dez/2026, v1., n.9
e-ISSN: **2675-2956**
DOI: https://doi.org/10.65573/rescx.v1n9.0034

QUEIROZ, E. J. C.; ROCHA, I. N.; VALENTIM, L. A.; QUARESMA, T. J. C.; FILHO, Z. A. S.; OLIVEIRA, S. M. S.; FERNANDES, F. P.; MACEDO, C. G.; QUARESMA, T. C.; MORAES, W. P. Caracterização epidemiológica, clínica e geográfica da hanseníase no município de Santarém-Pará: Insights para controle efetivo e intervenção direcionada. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, Santarém, Pará, v. 18, n. 3, p. e0012063, 2024. DOI: 10.1371/journal.pntd.0012063. Disponível em: https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0012063. Acesso em: 22 jan. 2025.

RAPOSO, M. T.; REIS, M. C.; CAMINHA, A. V. de Q.; HEUKELBACH, J.; PARKER, L. A.; PASTOR-VALERO, M.; NEMES, M. I. B. Grade 2 disabilities in leprosy patients from Brazil: Need for follow-up after completion of multidrug therapy. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, v.12, n.7, p. e0006645, 2018. DOI: 10.1371/journal.pntd.0006645. Disponível em: https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0006645#pntd.0006645.s001. Acesso em: 09 jan. 2025.

RIBEIRO, G. C. R.; LANA, F. C. F. Incapacidades físicas em hanseníase: caracterização, fatores relacionados e evolução. **Cogitare Enfermagem**, Diamantina, Minas Gerais, v. 20, n. 3, p. 496-503, 2015. DOI: 10.5380/ce.v20i3.41246. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-793936. Acesso em: 10 jan. 2025.

SERRANO-COLL, H.; WAN, E. L.; RESTREPO-RIVERA, L.; CARDONA-CASTRO, N. Reações hansênicas: desvendando os mecanismos imunológicos subjacentes ao dano tecidual em pacientes com hanseníase, **Patógenos e Doenças,** Colômbia, v. 82, p. ftae013, 2024. DOI: 10.1093/femspd/ftae013. Disponível em: https://academic.oup.com/femspd/article/doi/10.1093/femspd/ftae013/7684286?login=false. Acesso em: 09 jan. 2025.

SILVA, P. M. F.; PEREIRA, L. E.; RIBEIRO, L. L.; SANTOS, D. C. M.; NASCIMENTO, R. D.; D'AZEVEDO, S. S. P. Avaliação das limitações físicas, aspectos psicossociais e qualidade de vida de pessoas atingidas pela hanseníase. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**. Pernambuco, v.11, n.1, p.211-215, 2019. DOI: 10.9789/2175 5361.2019.v11i1.211-215. Disponível em: https://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6975/pdf_1. Acesso em: 22 jan. 2025.

SINHA, S.; HAQ, M. A.; AHMAD, R.; BANIK, S.; KUMAR, S. HAQUE, M. Desmascarando o fardo oculto: um diagnóstico tardio de pacientes com hanseníase com deficiência de grau 2 e seus efeitos no sistema de saúde em Bangladesh. **Cureus,** v.16, n.4, p. e58708, 2024. DOI: 10.7759/cureus.58708. Disponível em: https://www.cureus.com/articles/249573-unmasking-the-hidden-burden-a-delayed-diagnosis-of-leprosy-patients-with-grade-2-disability-and-its-effects-on-the-healthcare-system-in-bangladesh#!/. Acesso em: 09 jan. 2024.

UPPUTURI, B.; SRIKANTAM, A.; MAMIDI, R. S. Comorbidities associated with non-healing of plantar ulcers in leprosy patients. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, Índia, v.14, n.6, p. e0008393. DOI: 10.1371/journal.pntd.0008393. Disponível em: https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0008393. Acesso em: 09 jan. 2025.

WAGENAAR, I.; MUIDEN L. V.; ALAM, K.; BOWERS, R.; HOSSAIN, M. A.; KISPOTTA, K.; RICHARDUS, J. H. Diet-Related Risk Factors for Leprosy: A Case-Control Study. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, Bangladesh, v. 9, n. 5, p. e0003766. DOI: 10.1371/journal.pntd.0003766. Disponível em: https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0003766. Acesso em 10 jan. 2025.