

ENVELHECIMENTO HUMANO E HANSENÍASE: FATORES DE RISCO CLÍNICO, EPIDEMIOLÓGICO E DE ATENÇÃO À SAÚDE

Gerlane Cristinne Bertino Vêras¹
Evanira Rodrigues Maia²

RESUMO

O envelhecimento da população é fator presente no Brasil. Tem como consequência o aumento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis. Contudo, outras patologias podem afligir os idosos, como a hanseníase, que aumenta a vulnerabilidade dos indivíduos apresentar incapacidades físicas. Assim, objetivou-se avaliar os fatores de risco clínico, epidemiológico e de atenção à saúde que contribuem para o desenvolvimento da hanseníase em pessoa idosa. Estudo transversal, de base documental realizada no período de janeiro de 2016 a outubro de 2017, no setor de Vigilância Epidemiológica da 9ª Gerência Regional de Saúde da Paraíba, localizada no município de Cajazeiras. A amostra correspondeu aos 277 casos de hanseníase notificados em pessoas com idade igual ou maior que 60 anos. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva com auxílio do programa Epi Info. Verificou-se maior predomínio dos casos no sexo biológico masculino, entre 60 a 64 anos de idade, com até nove anos de estudo formal, donas de casa, diagnosticados por encaminhamento, da forma dimorfa e classificação operacional multibacilar, com baciloscopia positiva, grau de incapacidade física zero no diagnóstico e na alta. Ademais, pode-se referir que o diagnóstico foi tardiamente, e que houve falta de registro adequado, e ausência/não registro da avaliação dermatoneurológica. Ressalta-se a necessidade da vigilância ativa da comunidade com diagnóstico precoce e acompanhamento oportuno dos casos de hanseníase, além de capacitação/supervisão das equipes multiprofissionais pelos gestores para o controle/eliminação da hanseníase no intuito de qualificar os serviços prestados à comunidade, em especial aos idosos.

Palavras-chave: Hanseníase, Idoso, Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

A população idosa cresce nos países em desenvolvimento. No Brasil, a taxa de crescimento encontra-se acima de 4% ao ano, a saber, passou de 14,2 milhões em 2000 para

¹ Graduada em Enfermagem. Mestra em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri - URCA. Professora da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, gerlaneveras2@gmail.com.

² Graduada em Enfermagem. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Professora da Universidade Regional do Cariri - URCA e da Universidade Federal do Cariri - UFCA, evanira@bol.com.br.

O estudo em tela é um recorte da dissertação realizada no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA).

19,6 milhões em 2010, e a estimativa é que alcance 41,5 milhões de pessoas em 2030 e 73,5 milhões em 2060, resultado da diminuição da taxa de fecundidade e do aumento da expectativa de vida, além dos fluxos migratórios, em especial nas grandes regiões (BRASIL, 2015).

Em decorrência ao fenômeno de envelhecimento da população e da pessoa idosa, com mais de 60 anos nos países em desenvolvimento, ocorrem alterações biológicas, psicológicas e sociais (MASCHIO *et al.*, 2011) que interferem diretamente na qualidade de vida e saúde da comunidade.

Acrescido a estes fatos, há a maior possibilidade de desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), o que exige reformulação na organização dos serviços de saúde e das políticas públicas para adequar às necessidades da população (OMS, 2015; NOGUEIRA *et al.*, 2017).-

Ademais, outras doenças podem acelerar a perda funcional na pessoa idosa, como por exemplo a hanseníase, que é uma doença infectocontagiosa de evolução crônica, que tem como pior consequência, a incapacidade física (BRITO *et al.*, 2014), responsável pelo estigma e preconceito da doença, muito em decorrência da história de isolamento social e das mutilações (PALMEIRA; QUEIROZ; FERREIRA, 2013).

A hanseníase, doença milenar, infectocontagiosa, de evolução crônica e negligenciada, é considerada problema de saúde pública no Brasil, em especial pela possibilidade de desencadear as deficiências e incapacidades físicas. Vem apresentando regressão na taxa de prevalência, com pouco efeito sobre a redução da transmissão, fazendo com que haja a necessidade de se implantar e implementar ações diversificadas e inovadoras para o seu controle (BARRETO *et al.*, 2011).

Constata-se que no ano de 2014, cerca de 214.000 casos novos de hanseníase foram diagnosticados no mundo, sendo que a Índia, o Brasil e a Indonésia, juntos, apresentaram 81% dos casos novos notificados (OMS, 2016). Em 2017, o Brasil apresentou 25.862 casos novos de hanseníase, sendo 6.389 (24,7%) em idosos; o Nordeste, apresentou 11.292 casos novos, sendo 2.958 (26,2%) em idosos; e a Paraíba, teve incidência de 462 casos novos, sendo 133 (28,8%) em idosos (BRASIL, 2019).

Dentre os aspectos recomendados para o controle da doença, deve-se realizar a classificação operacional de acordo com a quantidade de lesões apresentadas pela pessoa, sendo classificada como paucibacilar (PB) quando apresenta até cinco lesões de pele, subdividindo-se de acordo com a forma clínica em hanseníase indeterminada (HI) e hanseníase tuberculóide (HT); e multibacilar (MB) quando apresenta mais de cinco lesões,

subdividindo-se clinicamente em hanseníase dimorfa (HD) e hanseníase virchowiana (HV) (BRASIL, 2010).

Ressalta-se que pessoas com idade avançada, com a classificação operacional MB, baixo grau de escolaridade e os que não têm acesso aos serviços de saúde são as que apresentam maior risco de desenvolver alguma incapacidade física decorrente da hanseníase (NARDI *et al.*, 2012).

Evidencia-se então a importância da Atenção Primária à Saúde (APS), de preferência por meio da atenção da equipe multidisciplinar, promover ações de educação e promoção da saúde, busca ativa, diagnóstico precoce, e tratamento oportuno, na expectativa de propiciar a reabilitação física, psicológica e social da pessoa idosa acometida por hanseníase. O enfermeiro, como membro da equipe de saúde, exerce função assistencial e gerencial que possibilita articular saberes e competências para instigar a equipe em prol de uma atenção integral aos usuários do serviço na perspectiva de promover ações preventivas no controle da hanseníase e da prevenção da incapacidade física no intuito de preservar a funcionalidade e qualidade de vida da população que envelhece.

Diante da transição epidemiológica e de saúde da população ao envelhecer, observa-se a necessidade de conhecer e discutir as variáveis descritivas relacionada ao risco de se desenvolver a hanseníase, afim de minimizar o sofrimento referido pelos acometidos decorrentes da própria doença, estigma e preconceito vivenciados, tanto para o paciente quanto para sua família. Assim, formulou-se a seguinte questão norteadora do estudo “Quais os fatores de risco clínico, epidemiológico e de atenção à saúde que podem contribuir para o desenvolvimento da hanseníase em pessoas idosas na 9ª Gerência Regional de Saúde da Paraíba?”. Ao respondê-lo, pode-se ter subsídios para qualificar a atenção e cuidado junto a pessoa com hanseníase, em especial, ao idoso, o que evidencia a relevância social e acadêmica da pesquisa em tela.

Sendo assim, objetivou-se avaliar os fatores de risco clínico, epidemiológico e de atenção à saúde que contribuem para o desenvolvimento da hanseníase em pessoa idosa.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo transversal, de base documental realizada no período de janeiro de 2016 a outubro de 2017, no setor de Vigilância Epidemiológica da 9ª Gerência Regional de Saúde da Paraíba, localizada no município de Cajazeiras, a qual é responsável pelo acompanhamento da gestão estadual nos municípios de Poço Dantas, Joca Claudino, Uiraúna,

Bernadino Batista, Triunfo, Poço José de Moura, Santa Helena, São João do Rio do Peixe, Bom Jesus, Cajazeiras, Cachoeira dos Índios, São José de Piranhas, Carrapateira, Monte Horebe, e Bonito de Santa Fé. Totalizando aproximadamente 168.103 habitantes, com área de 3.404,072 km², e 49,38 habitantes/km² (IBGE, 2010).

Utilizou-se o protocolo *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE), que representa uma sequência de elementos que devem estar presentes em pesquisas observacionais, a saber, título, resumo, introdução, metodologia, resultados e discussão de artigos científicos. A estratégia STROBE objetiva uniformizar e guiar a organização de resultados de estudos quantitativos, assegurando que os passos metodológicos dos estudos possam ser reproduzidos e aprimorados. Tem o objetivo de esmerar o relato, facilitando a leitura crítica por parte de editores, revisores e leitores em geral (MALTA *et al.*, 2010).

Para a coleta dos dados, utilizou-se os registros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SISVAN), obtidos por meio do termo de fiel depositário da coordenação do serviço regional.

A população correspondeu aos 277 casos de hanseníase notificados em pessoas com idade igual ou maior que 60 anos, e a amostra contemplou os 100% da população. Como critério de inclusão, os casos notificados de hanseníase em idosos no período de 2001 a 2014, e de exclusão, os casos que tiveram alta por erro de diagnóstico.

O estudo foi composto por variáveis clínicas, epidemiológicas e de atenção à saúde (idade, sexo, escolaridade, ocupação, modo de detecção de caso novo, forma clínica, classificação operacional, resultados da baciloscopia, grau de incapacidade física no diagnóstico e na alta, e tipo de alta). Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva com auxílio do programa Epi Info versão 7.2.2.2.

A escolha do *locus* da pesquisa deveu-se a 9ª Gerência Regional de Saúde da Paraíba apresentar característica endêmica para hanseníase com um coeficiente de detecção de casos novos de 29,29/100.000 habitantes em 2017 (BRASIL, 2019), considerado parâmetro muito alto para força de morbididade, tendência da endemia e magnitude ou gravidade da doença (BRASIL, 2016), o que significa alta endemicidade para a hanseníase, necessitando de pesquisas para analisar os dados que possam interferir positivamente na condução dos casos com vistas a reduzir a incidência de incapacidade física.

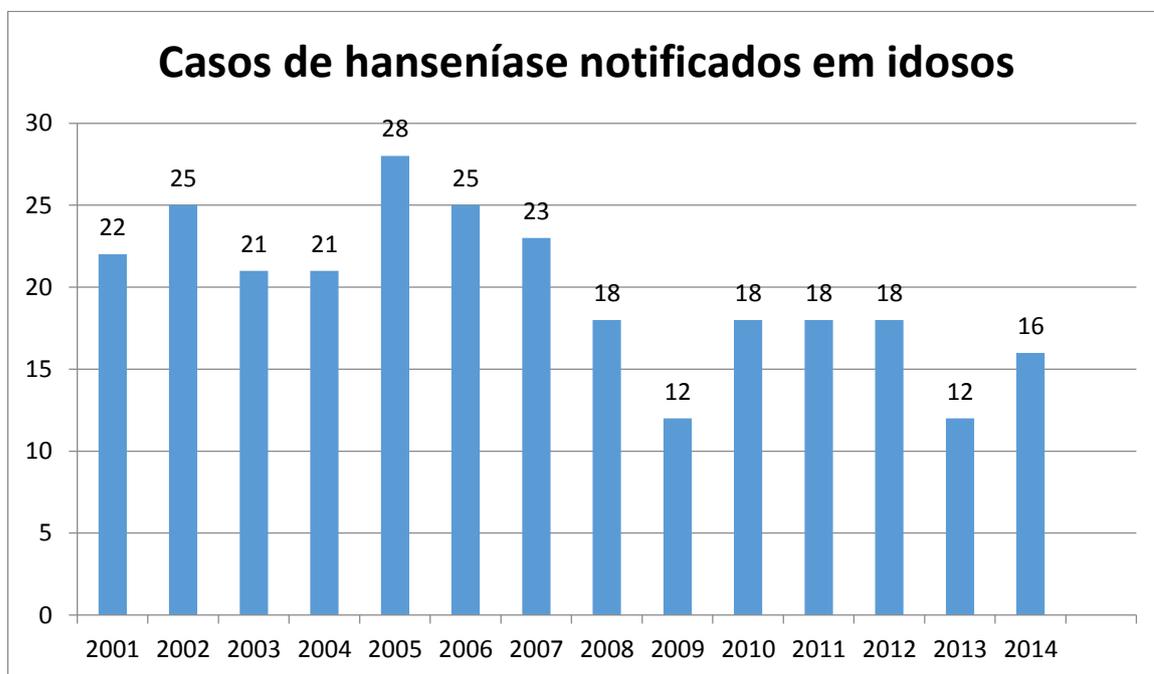
A presente pesquisa é um recorte do estudo “Incapacidade Física em Hanseníase: estudo de caso-controle” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cajazeiras, sob parecer nº 2.259.558. Ressalta-se que foram

obedecidos os preceitos éticos em pesquisas com seres humanos, de acordo com a resolução 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliados 277 casos de hanseníase em pessoas idosas no período em estudo. No Gráfico 1, distribui-se os casos por ano de notificação.

GRÁFICO 1 – Distribuição dos casos de hanseníase em pessoas idosas por ano de notificação, 2001 a 2014. Cajazeiras – PB.



Fonte: Dados da pesquisa, Cajazeiras – PB, 2019.

Verifica-se que o quantitativo de casos de hanseníase em idosos na 9ª Gerência Regional de Saúde da Paraíba manteve-se relativamente constante no período em estudo. Contudo, o ano de 2005 apresentou-se com maior número de casos, o que pode ser decorrente de implantação e intensificação de ações para o diagnóstico precoce dos casos para atender a Estratégia Global para atingir a meta do quinquênio 2000-2005 de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública (WHO, 2005). Todavia, a meta não foi alcançada até o momento.

Como se espera, após altas taxas de incidência das doenças, proporcionadas por ações de eliminação, nos anos subsequentes, 2006, 2007 e 2008, os coeficientes tendem a reduzir,

ocorrendo redução significativa da incidência em 2009. Cessando as ações de controle, com vistas à eliminação os coeficientes voltam a subir a partir de 2010.

Atualmente, encontra-se em vigência a “Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020: Aceleração rumo a um mundo sem hanseníase”, que tem como público prioritário as crianças, mulheres e outras populações vulneráveis, e incentivo a qualificação dos serviços de referência, a detecção de casos novos em contatos intradomiciliares, a verificação e análise dos casos de resistência ao tratamento medicamentoso, o esforço para descomplicar a conduta terapêutica e a análise da profilaxia pós-exposição (OMS, 2016).

As estratégias anteriores foram a do ano 2000 a 2005, que se concentrou no tratamento poliquimioterápico e na detecção passiva dos casos. A de 2006 a 2010 consolidou os princípios de detecção precoce e tratamento efetivo nos serviços integrados de controle da hanseníase. A estratégia aprimorada de 2011 a 2015 melhorou as ações conjuntas e aprimorou os esforços para reduzir incapacidades decorrentes da hanseníase (OMS, 2016).

Ressalta-se que as ações de controle da hanseníase devem ser realizadas de forma continuada com o objetivo de quebrar a cadeia de transmissão da doença e eliminá-la como problema de saúde pública, especialmente por meio da educação em saúde, que é tida como componente crucial do processo de cuidar e corresponde ao diálogo estabelecido entre as pessoas, com o objetivo de motivar e intervir positivamente no processo saúde-doença das pessoas (ALMEIDA; SOUZA, 2012). Também é considerada uma tecnologia leve, que utiliza a interação entre profissional e usuário como forma de produção do autocuidado em busca da melhoria nas condições de vida da população, estimulando o empoderamento e autonomia dos sujeitos (PINAFO *et al.*, 2011).

A taxa de prevalência da hanseníase abaixo de um caso por 10.000 habitantes, estabelece que a doença não é mais um problema de saúde pública, a qual foi alcançada em nível global no ano de 2000 e em 2005 na maioria dos países (BRASIL, 2016). Contudo, o Brasil, o Nordeste e em especial a Paraíba, estão longe de atingir esta taxa na população em geral e em particular nas pessoas idosas.

Em relação ao atendimento de enfermagem em hanseníase, constata-se que o profissional possui papel fundamental na prevenção da doença, na busca e diagnóstico dos casos, no tratamento e seguimento das pessoas acometidas, realização do exame dermatoneurológico, exame de contatos, administração da vacina BCG, além de prevenção e tratamento de incapacidades físicas, gerência das atividades de controle, sistema de registro, vigilância epidemiológica e pesquisas (LIMA *et al.*, 2015).

Na Tabela 1, observa-se a distribuição dos dados socioeconômicos dos casos de hanseníase em pessoas idosas.

TABELA 1 - Distribuição dos dados socioeconômicos dos casos de hanseníase em pessoas idosas de 2001 a 2014, Cajazeiras - PB, 2019.

Variáveis	f	%
Sexo (biológico)		
Masculino	168	60,6
Feminino	109	39,4
Faixa etária		
60 – 64	82	29,6
65 – 69	63	22,7
70 – 74	49	17,7
75 – 79	44	15,9
80 – 84	27	9,8
85 – 89	10	3,6
≥ 90	2	0,7
Mínima – máxima	60 – 91	
Média (\pm desvio padrão)	70,2 (\pm 7,7)	
Escolaridade		
≤ 9anos de estudo formal	218	78,7
> 9anos de estudo formal	4	1,4
Sem registro	55	19,9
Ocupação		
Dona de casa	21	7,6
Aposentado/pensionista	11	4,0
Agricultor	3	1,1
Pedreiro	2	0,7
Vigilante	2	0,7
Costureira	1	0,4
Sem registro	237	85,5
TOTAL	277	100

Fonte: Dados da pesquisa, Cajazeiras – PB, 2019.

Ressalta-se que a hanseníase pode atingir ambos os sexos, contudo, a maioria dos casos, na maior parte do mundo, é detectada entre os homens, (WHO 2017), o que pode ser decorrente do fato da mulher procurar mais os serviços de saúde, inclusive de forma preventiva (ALENCAR; CUNHA, 2017), além das especificidades culturais de gênero e trabalho (PEREIRA JUNIOR, 2011).

Todavia, verifica-se que em algumas localidades, particularmente na África, há semelhança no quantitativo de casos entre homens e mulheres, ou mesmo uma predominância no sexo biológico feminino (WHO, 2017), como encontrada em pesquisas realizadas na Paraíba e no Maranhão (SIMPSON; FONSÊCA; SANTOS, 2010; SOUSA *et al.*, 2013).

No que se refere à faixa etária, observa-se prevalência no início da fase idosa, semelhante ao estudo de Viana, Aguiar e Aquino (2016) e Souza *et al.* (2017), o que sugere que a transmissão da doença se processou ainda na fase economicamente ativa, em que há maior contato social das pessoas, aumentando a possibilidade de contaminação com o bacilo causador da doença, haja vista seu tempo de incubação e manifestação das alterações orgânicas serem lentos (BRASIL, 2010).

Quanto à escolaridade, verifica-se prevalência da hanseníase em pessoas idosas com nove anos ou menos de estudo formal, o que corrobora com o estudo realizado em uma cidade endêmica de Minas Gerais com a população em geral (RIBEIRO JÚNIOR; VIEIRA; CALDEIRA, 2012), onde refere que a baixa escolaridade é fator de risco para o desenvolvimento da hanseníase e em Fortaleza – Ceará com o público idoso (NOGUEIRA *et al.*, 2017). Ademais, também compromete o autocuidado e o acesso a serviços de saúde.

Verifica-se que a maioria da população em estudo ainda desenvolve atividade laboral que condiz com o baixo nível de escolaridade detectado, contudo, pode-se inferir que o domicílio além de ser um local de grande suscetibilidade para a transmissão da doença, que se processa pelo contato íntimo e duradouro entre os contatos, favorece o diagnóstico precoce pela possibilidade de maior vigilância dos profissionais de saúde ao realizarem visita domiciliar, além de que, normalmente, o familiar que passa mais tempo em casa, normalmente, é o responsável por cuidar da saúde dos outros membros da família, frequentando mais vezes os serviços de saúde, conseqüentemente, aumenta a possibilidade do diagnóstico de hanseníase.

Sendo assim, o domicílio aparece como *locus* importante para a realização de busca ativa, avaliando-se os contatos intradomiciliares de pacientes já diagnosticados e/ou de novos casos índices.

Pode-se inferir que a hanseníase continua sendo uma doença negligenciada por prevalecer em condições de pobreza além de não despertar o interesse das indústrias farmacêuticas nacional e mundial, em especial pelo baixo nível aquisitivo dos compradores em potencial de seus produtos e ao pouco incentivo financeiro das agências de fomento para investigações sobre o comportamento da doença (BRASIL, 2010; SOUZA, 2010).

Na Tabela 2, verifica-se a distribuição dos casos de hanseníase em pessoas idosas quanto ao modo de detecção, classificação clínica, forma operacional, baciloscopia, e tipo de saída.

TABELA 2 - Distribuição dos casos de hanseníase em pessoas idosas quanto ao modo de detecção, forma clínica, classificação operacional, baciloscopia, e tipo de saída, 2001 a 2014, Cajazeiras - PB, 2019.

Variáveis	f	%
Modo de detecção de caso novo		
Encaminhamento	73	56,6
Demanda espontânea	37	28,7
Exame coletividade	7	5,4
Exame contatos	1	0,8
Não se aplica	6	4,6
Outros modos	5	3,9
TOTAL	129	100
Forma clínica		
Indeterminada	45	16,2
Tuberculóide	48	17,3
Dimorfa	108	39,0
Virchoviana	49	17,7
Sem registro	16	5,8
Não classificada	11	4,0
Classificação Operacional		
Multibacilar	180	65,0
Paucibacilar	94	34,0
Sem registro	3	1,0
Baciloscopia		
Positiva	26	9,4
Negativa	40	14,4
Sem registro	190	68,6
Não realizada	21	7,6
Grau de Incapacidade Física no diagnóstico		
G0	130	47,0
G1	89	32,1
G2	28	10,1
Não avaliado	15	5,4
Não registrado	15	5,4
Grau de Incapacidade Física na alta		
G0	108	39,0
G1	50	18,0
G2	8	2,9
Não avaliado	70	25,3
Não registrado	41	14,8
Tipo de alta		
Cura	241	87,0
Óbito	9	3,2
Transferências	7	2,6
Abandono	9	3,2
Sem registro	11	4,0
TOTAL	277	100

Fonte: Dados da pesquisa, Cajazeiras – PB, 2019.

Verifica-se que as pessoas idosas estão sendo diagnosticadas com hanseníase por meio de encaminhamentos, seja por profissionais ou outros serviços, o que pode-se inferir que seu quadro clínico já apresenta sinais e sintomas mais aparentes/graves. Sendo assim, constata-se a fragilidade dos serviços de APS, representada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) em relação à vigilância epidemiológica na área adscrita para um diagnóstico precoce, por meio principalmente de ações de busca ativa e passiva, e exames de coletividade (GOIABEIRA *et al.*, 2018), além da ausência de ações de educação em saúde com o objetivo de orientar a população acerca da hanseníase com o intuito de serem propagadores de saberes para o controle/eliminação deste agravo.

Ademais, a busca ativa deve ser rotina nos serviços de saúde, em especial dos contatos intradomiciliares dos pacientes diagnosticados com hanseníase. Presume-se que 6 a 8% dos contatos domiciliares desenvolvem a doença em até cinco anos (SOUZA, 2010), período no qual os profissionais devem realizar o acompanhamento com avaliação dermatoneurológica adequada, além de orientações pertinentes.

Observou-se maior predomínio da forma clínica dimorfa e a classificação MB, corroborando com o estudo de Nogueira *et al.* (2017). Ressalta-se que a classificação MB é a responsável pela manutenção da cadeia de transmissão da doença, seja a dimorfa ou a virchowiana, quando não tratadas (RIBEIRO *et al.*, 2014), devido a possibilidade das pessoas apresentarem-se bacilíferos positivos, fonte infectante e mais grave da doença, inclusive proporcionando maior possibilidade de desenvolvimento da incapacidade física (VIEIRA, 2015) e demonstrando que o diagnóstico está sendo feito tardiamente, o que promove a manutenção da transmissão da doença e conseqüentemente da alta taxa de prevalência.

Vale ressaltar que a hanseníase dimorfa apresenta-se em paciente com instabilidade imunológica, com quadro clínico entre as formas tuberculóide e virchowiana (CAMPOS; BATISTA; GUERREIRO, 2018).

Quanto à baciloscopia, é um exame complementar na hanseníase que auxilia na determinação da classificação operacional dos casos independentemente do número de lesões, quando positiva, determina-se como MB, forma infectante da doença, que no caso do estudo em tela foi predominante. Contudo, o resultado negativo não exclui o diagnóstico da hanseníase, sendo assim, baseia-se na quantidade de lesões e sintomatologia do paciente para a definição do caso operacionalmente (BRASIL, 2014).

Evidencia-se que a avaliação do GIF é essencial para o acompanhamento dos casos e conseqüente planejamento de ações individualizadas e coletivas no intuito de prevenir as deficiências e incapacidades físicas. Quando o paciente apresenta GIF 1 ou 2, pode-se

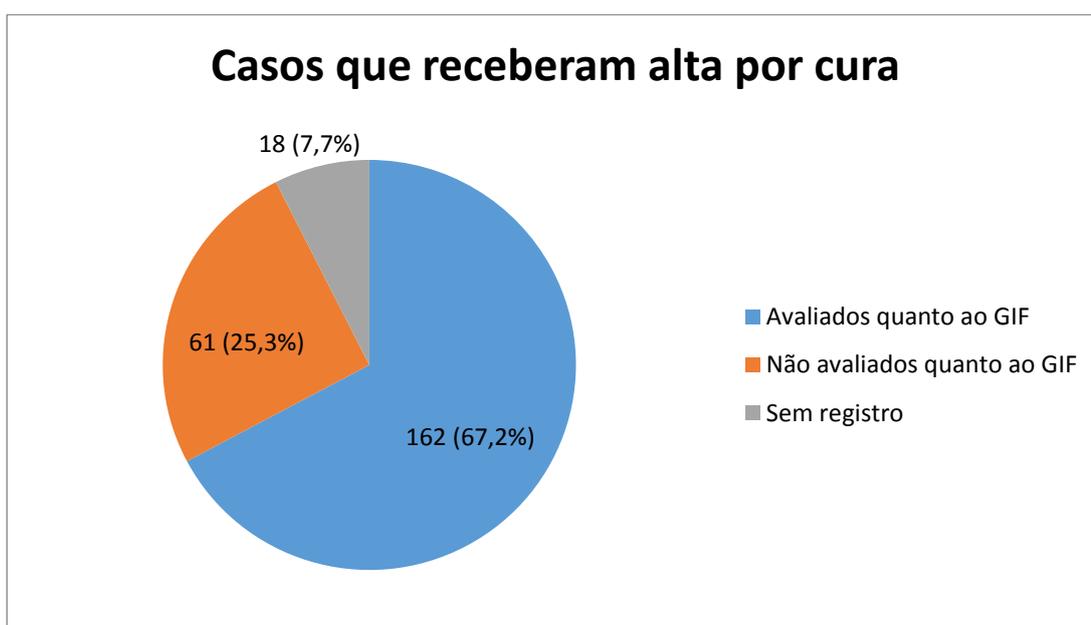
determinar que o diagnóstico ocorreu tardiamente, representando ineficiência dos serviços de saúde para estabelecer controle da doença (SHUMET; DEMISSIE; BEKELE, 2015). Ressalta-se que a falta de conhecimento e de ações de controle da hanseníase faz da doença a maior causa de incapacidade não traumática (SOUZA, 2010).

No estudo em tela, observa-se a negligência no preenchimento dos dados sobre a avaliação do GIF, seja por não ter sido realizada ou não registrada, principalmente na alta, o que demonstra acompanhamento ineficiente das pessoas com não seguimento das recomendações do MS e supervisão frágil da gestão perante a assistência prestada pelos profissionais de saúde da APS, o que afeta diretamente a análise situacional dos pacientes quanto ao GIF (LANA; CARVALHO; DAVI, 2011).

Todavia, mesmo com as fragilidades apresentadas pelos serviços, em especial a não realização como recomendado da avaliação do GIF, houve evidente redução do número do grau 1 e 2 do diagnóstico para a alta, contudo, a porcentagem de não avaliados e/ou não registrados é grande, o que interfere negativamente na qualidade da assistência prestada aos pacientes, favorecendo a instalação de complicações no pós-alta.

No Gráfico 2, encontram-se distribuídos os casos novos de hanseníase em pessoas idosas notificados que receberam alta por cura e foram avaliados quanto ao GIF na alta.

GRÁFICO 2 – Distribuição dos casos novos de hanseníase em pessoas idosas notificados que receberam alta por cura e foram avaliados quanto ao GIF na alta, 2001 a 2014. Cajazeiras – PB, 2019.



Fonte: Dados da pesquisa, Cajazeiras – PB, 2019.

Verifica-se que a maioria das pessoas teve alta por cura (n=241), destes 232 (96,3%) eram casos novos e destes, 162 (67,2%) foram avaliados quanto ao GIF na alta, o que indica qualidade do serviço de parâmetro precário de acordo com o MS. A saber, a proporção de casos curados no ano com GIF avaliado entre os casos novos de hanseníase no período das coortes classifica-se como boa quando encontra-se em valor $\geq 90\%$, regular ≥ 75 a 89,9%, e precário $< 75\%$ (BRASIL, 2016).

Vale salientar que no estudo em tela, verifica-se uma quantidade significativa de casos de hanseníase não avaliados para o GIF e ausência de registros, assemelhando-se a pesquisas realizadas na Paraíba e Minas Gerais (UCHÔA *et al.*, 2017; RIBEIRO; LANA, 2015), fatos que interferem para a realização de um diagnóstico situacional real da saúde individual e coletiva da comunidade prejudicando o planejamento de ações mais efetivas e eficazes direcionadas ao perfil da localidade (NEVES; MONTENEGRO; BITTENCOURT, 2014).

Frente aos achados, pode-se inferir que a hanseníase continua sendo uma doença negligenciada, com pouco investimento, e que acomete pessoas de classe socioeconômica menos favorecida, possibilitando sequelas como a incapacidade física, que se torna mais grave e debilitante na pessoa idosa. Sendo assim, é de extrema urgência a sensibilização de profissionais e gestores para o controle/eliminação da doença satisfazendo as recomendações do Sistema Único de Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidencia-se que fatores clínicos, epidemiológicos e da organização do processo de trabalho no âmbito da Atenção Primária à Saúde refletem na transmissão da hanseníase e consequente instalação de suas sequelas e incapacidade física entre pessoas idosas.

Mudanças na gestão do processo de trabalho na perspectiva da atenção integral com vistas ao reconhecimento do perfil dos acometidos e da implementação das medidas de prevenção e controle para a eliminação da doença na comunidade estudada são imprescindíveis. Assim, o apoio da gestão é fundamental para efetivar a prestação de serviços de qualidade frente à doença, em especial ao idoso pela maior suscetibilidade as incapacidades e redução da funcionalidade provodados pela doença.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, L.; CUNHA, M. Doença de Hansen no Brasil: Monitorização das Incapacidades. **Millenium**. 2(3), 63-73, 2017. Disponível em:
<http://revistas.rcaap.pt/millenium/article/viewFile/12062/9417>. Acesso em: 13 ago 2017.

ALMEIDA, F. A.; SOUZA, M. C. M. R. Educação em saúde: concepção e prática no cuidado em enfermagem in: SOUZA, M. C. M. R.; HORTA, N. C. (ORG.) **Enf. Saúde Coletiva - Teoria e Prática**. Rio de Janeiro. Guanabara koogan, 2012.

BARRETO *et al.* Perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase através de exame de contato no município de Campos dos Goytacazes, RJ. **Rev Bras Clin Med**. São Paulo, jul-ago;9(4):283-7, 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n4/a2187.pdf>>. Acesso em: 30 mai 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em www.saude.gov.br/svs. Acesso em 21 mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Hanseníase – Indicadores Operacionais e Epidemiológicos**. 2019. Disponível em:
http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sinannetbd/ETL_hanseniaze/ETL_hans_indicadores.htmAcesso em: 17 abr 2019.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Estudos e Análises, Informação Demográfica e Socioeconômica número 3. Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI, Subsídios para as projeções da população**. Rio de Janeiro, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: MS, 2014. Disponível em:
http://www.saude.campinas.sp.gov.br/doencas/Guia_VE.pdf. Acesso em: 31 mai 2017.

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 8. Ed. Ver. – Brasília: MS, 2010.

BRITO, K. K. G. *et al.* Epidemiologia da Hanseníase em um Estado do Nordeste Brasileiro. **Rev. Enferm. UFPE on line**. Recife, 8(8): 2686-93, ago, 2014. Disponível em:
http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/6092/pdf_5872. Acesso em: 26 set. 2015.

CAMPOS, M. R. M.; BATISTA, A. V. A.; GUERREIRO, J. V. Perfil Clínico-Epidemiológico dos Pacientes Diagnosticados com Hanseníase na Paraíba e no Brasil, 2008 – 2012. **Rev. Bras. de Ciê. da Saú.**, 22(1):79-86, 2018. Disponível em:
<http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/32152/19494>. Acesso em: 26 abr 2019.

GOIABEIRA YNLA *et al.* Perfil epidemiológico e clínico da hanseníase em capital hiperendêmica. **Rev. Enferm UFPE on line.**, Recife, 12(6):1507-13, jun., 2018. Disponível

em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/234693/29168>.
Acesso em: 27 abr 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Brasília: IBGE, 2010. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 30 mai 2016.

LANA, F. C. F., CARVALHO, A. P. M.; DAVI, R. F. L. Perfil epidemiológico da hanseníase na microrregião de Araçuaí e sua relação com ações de controle. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 62-67, Mar. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 set 2017.

LIMA, A. Q. L. *et al.* Consulta de enfermagem ao portador de hanseníase: revisão integrativa. **Rev. Enf. Contemp.** 4(2):199-208, jul./dez. 2015. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/387/548>>. Acesso em: 20 ago 2017.

MALTA, M. *et al.* Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 03, p. 559-65, jun. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000300021. Acesso em dia: 15 fev. 2017.

MASCHIO, M. B. M. *et al.* Sexualidade na terceira idade: medidas de prevenção para doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 583-589, Sept. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000300021&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 mai 2019.

NARDI, S. M. T. *et al.* Deficiências após a alta medicamentosa da hanseníase: prevalência e distribuição espacial. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 969-977, dez., 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000600006&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 nov. 2016.

NEVES, T. C. C. L.; MONTENEGRO, L. A. A.; BITTENCOURT, S. D. A. Produção e registro de informações em saúde no Brasil: panorama descritivo através do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 756-770, dez, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000400756&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 jul 2017.

NOGUEIRA, P. S. F. *et al.* Fatores associados à capacidade funcional de idosos com Hanseníase. **Rev. Bras Enferm [Internet]**. 2017. Disponível em: Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n4/pt_0034-7167-reben-70-04-0711.pdf. Acesso em: 03 mai 2019.

OMS - Organização Mundial de saúde. **Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020: Aceleração rumo a um mundo sem hanseníase**, 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208824/9789290225201-pt.pdf;jsessionid=AFD7F5CC1E26CA1C32F6CD3278D16128?sequence=17>. Acesso em: 20 abr 2019.

OMS - Organização Mundial de saúde. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde** [Internet]. Genebra: OMS; 2015. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMSENVELHECIMENTO-2015-port.pdf> 2. Acesso em: 03 mai 2019.

PALMEIRA, I. P.; QUEIROZ, A. B. A.; FERREIRA, M. A. Marcas em si: vivenciando a dor do (auto) preconceito. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 66(6): 893-900, dez., 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000600013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 ago 2016.

PEREIRA JUNIOR, F. A. C. **Motivos do abandono ou interrupção do tratamento da hanseníase: uma revisão sistemática da literatura** [monograph] [Internet]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2011. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2011pereira-fac.pdf>. Acesso em: 23 abr 2019.

PINAFO, E. *et al.* Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, out. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 nov 2016.

RIBEIRO, G. de C. *et al.* Estimativa da prevalência oculta da hanseníase na microrregião de Diamantina – Minas Gerais. **Rev. Eletr. de Enf.**, out/dez; 16(4):728-35. 2014. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n4/pdf/v16n4a04.pdf. Acesso em: 31 jul 2018.

RIBEIRO JÚNIOR, A. F.; VIEIRA, M. A.; CALDEIRA, A. P. Perfil epidemiológico da hanseníase em uma cidade endêmica no Norte de Minas Gerais. **Rev. Soc. Bras. Clín. Méd**;10(4), jul.-ago. 2012. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n4/a3046.pdf>. Acesso em: 23 abr 2019.

RIBEIRO, G. C.; LANA, F. C. F. Incapacidades físicas em hanseníase: caracterização, fatores Relacionados e evolução. **Cogitare Enferm.** 20(3): 496-503, jul/set, 2015. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/41246/26189>. Acesso em: 13 ago 2017.

SHUMET, T.; DEMISSIE, M.; BEKELE, Y. Prevalence of Disability and Associated Factors among Registered Leprosy Patients in All Africa Tb and Leprosy Rehabilitation and Training Centre (ALERT), Addis Ababa, **Ethiopia. Ethiopian J. Health Sci.** V. 25 (4) 313–320, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4762969/>. Acesso em: 31 jul 2017.

SIMPSON, C. A.; FONSÊCA, L. C. T.; SANTOS, V. R. C. Perfil do doente de hanseníase no estado da Paraíba. **Hansen Int.** 35(2), p. 33-40, 2010. Disponível em: http://www.ilsl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=11244#. Acesso em: 17 ago 2017.

SOUSA, A. A. *et al.* 2013. Adesão ao tratamento da hanseníase por pacientes acompanhados em unidades básicas de saúde de Imperatriz-MA. **Rev. SANARE.** Sobral, V.12, n.1, p. 06-12, jan./jun, 2013. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/322>. Acesso em: 17 ago 2017.

SOUZA, C. D. F. *et al.* Grau de incapacidade física na população idosa afetada pela hanseníase no estado da Bahia, Brasil. **Acta Fisiátr.** 2017. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/144581>. Acesso em: 27 abr 2019.

SOUZA, W (coord.). **Doenças negligenciadas**. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Ciências, 2010. Disponível em: <http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-199.pdf>. Acesso em: 03 mai 2019

UCHÔA, R. E. M. N. et al. Perfil clínico e incapacidades físicas em pacientes com hanseníase. **Rev. enferm. UFPE on line**;11(supl.3):1464-1472, mar, 2017. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/9993/pdf_2799. Acesso em: 17 ago 2017.

VIANA, L.S.; AGUIAR, M. I. F.; AQUINO, D. M. C. Perfil socioepidemiológico e clínico de idosos afetados por hanseníase: contribuições para a enfermagem. **J Res Fundam Care.** 2016;8(2):4435-46. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4593>. Acesso em: 05 mai 2019.

VIEIRA, N. F. **Avaliação da atenção primária à saúde nas ações de controle da hanseníase no município de Betim, Minas Gerais** [dissertation] [Internet]. Belo Horizonte: UFMG; 2015. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dsp/ace/handle/1843/ANDO-9VMJKS>. Acesso em: 06 mai 2019.

WHO - World Health Organization. **Leprosy elimination**, 2017. Disponível em: <http://www.who.int/lep/disease/en/>. Acesso em: 31 mai 2017.

WHO - World Health Organization. **Weekly epidemiological Record**. No. 34, 26 Aug 2005. Disponível em: <http://www.who.int/wer/2005/wer8034.pdf?ua=1>. Acesso em: 16 ago 2017.