

Enfermagem Brasil 2018;17(3);227-35

ARTIGO ORIGINAL

Características sociodemográficas e clínicas da hanseníase: um estudo populacional

Emanuelle Malzac Freire de Santana*, Karen Krystine Gonçalves de Brito*, Ester Missias Villaverde Antas**, Smalyanna Sgren da Costa Andrade*, Irkatania Vitorino Diniz*, Siméia de Macêdo Lima***, Mirian Alves da Silva, D.Sc.****

*Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB, **Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB, ***Graduanda em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB, ****Professora Departamento de Enfermagem Clínica, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB

Recebido em 11 de julho de 2017; aceito em 26 de dezembro de 2017.

Endereço para correspondência: Emanuelle Malzac Freire de Santana, Rua Julieta Marinho Marsicano, 109/204, 58035-310 João Pessoa PB, E-mail: manumalzac@gmail.com; Karen Krystine Gonçalves de Brito: karen_enf@yahoo.com.br; Ester Missias Villaverde Antas: ester_villaverde@yahoo.com.br; Smalyanna Sgren da Costa Andrade: nana_sgren@hotmail.com; Irkatania Vitorino Diniz: iraktania@hotmail.com; Siméia de Macêdo Lima: simeiamacedo@windowslive.com; Mirian Alves da Silva: miads.enf@gmail.com

Resumo

Introdução: Apesar da redução nos coeficientes de prevalência e de detecção de casos novos, a hanseníase ainda se configura como problema de saúde pública no Brasil. **Objetivo:** Descrever o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com hanseníase; e verificar a associação entre suas características clínicas segundo os anos de 2009 a 2014. **Material e métodos:** Estudo descritivo, retrospectivo, populacional e documental, com delineamento quantitativo desenvolvido de 2009 a 2014 em centro de referência em João Pessoa/PB. Envolveu 414 prontuários, utilizando-se formulário estruturado para coleta de dados contemplando variáveis sociodemográficas, clínicas e da avaliação neurológica simplificada no diagnóstico e na alta. **Resultados:** Observou-se predominância de homens (58,7%), faixa etária de 31 a 45 anos (27,8%), baixa escolaridade (65,9%), tipo multibacilar (60,6%), forma dimorfa (35%), grau 0 de incapacidade (59,4%), pés comprometidos (37,2%) e sem nervos afetados (52,4%). Entre 2009-2014 constatou-se diferença significativa para o grau de incapacidade ($p=0,038$), com aumento do número de casos diagnosticados com grau 0; para o sítio corporal olho ($p=0,004$) e mão ($p=0,003$) com diminuição de seu acometimento; e para os nervos ($p=0,020$) com aumento de indivíduos sem nervos afetados. **Conclusão:** Os resultados indicam que apesar da hanseníase permanecer ativa na região estudada, a assistência tem se mostrado satisfatória.

Palavras-chave: hanseníase, epidemiologia, prevenção e controle, atenção secundária à saúde.

Abstract

Sociodemographic and clinical characteristics of leprosy: a population study

Introduction: Despite the reduction in the prevalence and detection coefficients of new cases, leprosy is still public health problem in Brazil. **Aim:** To describe the sociodemographic and clinical profile of patients with leprosy; and to verify the association between its clinical characteristics according to the years 2009 to 2014. **Methods:** Descriptive, retrospective, population and documentary study, with a quantitative delineation developed from 2009 to 2014 in reference center in João Pessoa/PB. This study involved 414 medical records, using structured form for data collection contemplating sociodemographic and clinical variables and simplified neurological evaluation in diagnosis and discharge. **Results:** We observed a predominance of men (58.7%), age group 31-45 years (27.8%), low schooling (65.9%), multibacillary type (60.6%), dimorphous 35%), degree of disability (59.4%), impaired feet (37.2%) and no affected nerves (52.4%). From 2009 to 2014, there was significant difference for the degree of disability ($p = 0.038$), with an increase of cases diagnosed with grade 0; to the body eye site ($p = 0.004$) and hand ($p = 0.003$) with decrease of its involvement; and for the

nerves ($p = 0.020$) with increase of individuals without affected nerves. *Conclusion:* The results indicate that although leprosy remains active in the studied region, care strategy has been satisfactory.

Key-words: leprosy, epidemiology, prevention and control, secondary care.

Resumen

Características sociodemográficas y clínicas de la lepra: un estudio poblacional

Introducción: A pesar de la reducción en los coeficientes de prevalencia y de detección de casos nuevos, la lepra aún se configura como problema de salud pública en Brasil. *Objetivo:* Describir el perfil sociodemográfico y clínico de pacientes con lepra; y verificar la asociación entre sus características clínicas según los años 2009 al 2014. *Material y métodos:* Estudio descriptivo, retrospectivo, poblacional y documental, con delineamiento cuantitativo desarrollado entre 2009 y 2014 en centro de referencia en João Pessoa/PB. Se evaluaron 414 historias clínicas, utilizando formulario estructurado para colección de datos contemplando variables sociodemográficas, clínicas y de evaluación neurológica simplificada en el diagnóstico y en el alta hospitalaria. *Resultados:* Se observó predominancia de hombres (58,7%), grupo de edad 31-45 años (27,8%), baja escolaridad (65,9%), tipo multibacilar (60,6%), forma dimorfa (35%), grado 0 de incapacidad (59,4%), pies comprometidos (37,2%) y sin nervios afectados (52,4%). Entre 2009-2014 se constató una diferencia significativa para el grado de incapacidad ($p = 0,038$), con aumento del número de casos diagnosticados con grado 0; para el sitio corporal ojo ($p = 0,004$) y mano ($p = 0,003$) con disminución de su afectación; y para los nervios ($p = 0,020$) con aumento de individuos sin nervios afectados. *Conclusión:* Los resultados indican que a pesar de la lepra permanecer activa en la región estudiada, la asistencia se ha mostrado satisfactoria.

Palabras-clave: lepra, epidemiología, prevención y control, atención secundaria de salud.

Introdução

Nas últimas décadas, ocorreu redução global da prevalência da hanseníase de mais de 5 milhões de casos em 1980 para menos de 200 mil em 2015. Todavia, apesar dos avanços para o controle da endemia, a hanseníase ainda se mantém como relevante problema de saúde pública no Brasil [1], ocupando a segunda colocação em número de notificações no ranking mundial, atrás apenas da Índia. Em 2015, foram notificados 26.395 novos casos representando 13% de todas as notificações da doença no mundo [2].

Apesar da redução contínua nos coeficientes de prevalência e de detecção de casos novos ao longo dos anos, o país ainda não atingiu a meta de eliminação proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), representada pela redução do coeficiente de prevalência a menos de um caso em cada dez mil habitantes. Em 2012, a prevalência no país foi de 1,51/10.000 habitantes [3].

No Brasil, a distribuição dos casos de hanseníase não é homogênea [4] e existem regiões que ainda possuem alto padrão de endemicidade, sendo consideradas áreas importantes na manutenção da sua transmissão.

Dentre os Estados brasileiros, a região Nordeste aglomera uma das maiores endemias da doença, sendo responsável por coeficiente de detecção de casos de 22,56/100.000 habitantes em 2015 [5]. Integrante deste cluster, a Paraíba apresenta tendência de queda para o coeficiente desde 2006, com projeções de 18,8/100.000 habitantes para os anos de 2012-2014 [6]. Em 2015, o coeficiente de detecção de casos foi de 13,17/100.000 habitantes, o que representa estabilização e melhora deste indicador epidemiológico [7].

O município de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba, é considerado prioritário e estratégico para eliminação da hanseníase de acordo com o "Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases: plano de ação 2011-2015", lançado com o propósito de erradicar ou reduzir de forma drástica a carga desses agravos e, se tratando da hanseníase, enfatiza o aumento da detecção precoce e da cura dos casos diagnosticados [8].

Sabe-se que os serviços de saúde desempenham papel fundamental no diagnóstico da patologia em sua fase inicial e no tratamento oportuno, responsáveis por contribuir para redução da sua prevalência [9]. Desta forma, estudos de descrição epidemiológica da hanseníase em seus diferentes aspectos tornam-se relevantes para subsidiar os gestores e profissionais de saúde no planejamento e desenvolvimento de ações voltadas para o controle

da doença, além de contribuir para seu monitoramento. O conhecimento do comportamento epidemiológico também permite identificar as áreas de maior gravidade da doença facilitando o planejamento das intervenções.

É papel da Enfermagem incentivar os indivíduos acometidos pela hanseníase sobre a importância da adesão ao tratamento, além de orientá-los sobre os cuidados a serem realizados para evitar possíveis complicações devido ao acometimento nervoso resultante da evolução da doença.

Diante do exposto, o presente estudo tem como questões norteadoras: Qual o perfil sociodemográfico e clínico apresentado pelos pacientes com hanseníase entre os anos de 2009 a 2014? Quais associações existem entre suas características clínicas segundo os anos de 2009 a 2014?

Portanto, o objetivo deste estudo foi descrever o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com hanseníase; e verificar a associação entre suas características clínicas segundo os anos de 2009 a 2014.

Material e métodos

Trata-se de um estudo de caráter descritivo, retrospectivo, base populacional e fonte documental com delineamento quantitativo realizado entre 2009 e 2014 com prontuários de pacientes com diagnóstico de hanseníase que foram atendidos em um centro de referência especializado para o tratamento da doença no Estado da Paraíba, localizado na cidade de João Pessoa.

A população do estudo foi composta por 485 pacientes da região metropolitana de João Pessoa da qual fazem parte 12 municípios, a saber: Alhandra, Bayeux, Caaporã, Cabedelo, Conde, Cruz do Espírito Santo, João Pessoa, Lucena, Pedras de Fogo, Pitimbu, Rio Tinto e Santa Rita.

Como critérios de inclusão, foram instituídos: prontuários de pacientes da região metropolitana de João Pessoa que iniciaram e concluíram o tratamento para hanseníase no centro de referência e que possuíam preenchida a ficha de avaliação simplificada das funções neurais e complicações tanto no diagnóstico quanto na alta por cura. Estabeleceu-se como critérios de exclusão: prontuários de pacientes com comprometimento cognitivo ($n = 4$); prontuários com informações incompletas ($n = 61$); e prontuários de pacientes que não realizaram o tratamento no tempo preconizado pelo MS ($n = 6$). Desta forma, a população do estudo foi composta por 414 prontuários.

Os dados foram coletados de janeiro a abril de 2016 por meio de um instrumento estruturado a partir dos prontuários dos pacientes, dos quais foram extraídas variáveis sociodemográficas (sexo, idade, grau de escolaridade e ocupação) e clínico epidemiológicas (classificação operacional e forma clínica).

O instrumento também foi composto por informações referentes ao momento do diagnóstico e da alta por cura provenientes da ficha de avaliação simplificada das funções neurais e complicações. A utilização desta ficha é preconizada pelo MS e baseia-se em uma avaliação neurológica simplificada para identificar a gravidade das lesões presentes nos olhos, nariz, mãos e pés [10], sendo parte integrante da avaliação realizada no serviço.

Em cada ficha, foi considerado o grau máximo de incapacidades físicas variando de 0 até 2. A graduação 0 é utilizada quando não há nenhum dano presente nos olhos, mãos e pés, o grau 1 corresponde a diminuição ou perda da sensibilidade e o grau 2 quando há presença de deformidades visíveis devido a hanseníase [11].

Os procedimentos para a coleta de dados incluíram a requisição da lista de prontuários de clientes atendidos no período do estudo ao setor de Vigilância Epidemiológica do Centro de Referência para posterior solicitação destes no Serviço de Arquivo Médico e Estatística, setor responsável por organizar e fornecer os prontuários. Em seguida, foi realizado o preenchimento das informações no instrumento.

Os dados obtidos foram codificados para tabulação no aplicativo Microsoft Excel e em seguida exportados para o *software Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 20.0, onde foram analisados através de estatística descritiva (frequência absoluta e percentagem) e inferencial (teste de associação de Qui-Quadrado), utilizando-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

No processo de investigação foram adotadas as observâncias éticas contempladas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de

Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba sob protocolo 443/14, CAAE 34284414.3.0000.5188.

Resultados

A população do estudo foi composta por 414 prontuários de pacientes com hanseníase distribuídos entre ambos os sexos e média de idade de 42,5 anos. A Tabela I demonstra o perfil sociodemográfico desta população, com predominância do sexo masculino (58,7%), faixa etária de 31 a 45 anos (27,8%), baixa escolaridade (65,9%) e procedentes do município de João Pessoa (55,3%).

Tabela I – Perfil sociodemográfico de pacientes com hanseníase entre os anos de 2009 a 2014 na região metropolitana de João Pessoa (n =414). João Pessoa, 2016.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	243	58,7
Feminino	171	41,3
Faixa etária		
<15 anos	30	7,2
16 a 30 anos	83	20,0
31 a 45 anos	115	27,8
46 a 60 anos	112	27,1
>60 anos	74	17,9
Escolaridade		
Sem escolaridade	51	12,3
Ensino fundamental	222	53,6
Ensino médio	112	27,1
Ensino superior	29	7,0
Procedência		
João Pessoa	229	55,3
Santa Rita	72	17,4
Bayeux	66	15,9
Lucena	12	2,9
Conde	8	1,9
Cabedelo	6	1,4
Pitimbu	5	1,2
Outros*	16	4,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2016; *Refere-se as cidades de Cruz do Espírito Santo, Alhandra, Rio Tinto, Caaporã e Pedras de Fogo.

Na tabela II está descrito o perfil clínico dos participantes, com destaque para a maior concentração da classificação operacional multibacilar (60,6%), forma clínica dimorfa (35%), GIF 0 (59,4%), pé como o sítio corporal mais comprometido (37,2%) e sem nervos afetados (52,4%).

Ao verificar a associação entre o perfil clínico segundo os anos de 2009 a 2014 (Tabela III), constata-se diferença estatisticamente significativa para o GIF ($p=0,038$) com aumento do número de casos diagnosticados com GIF 0 e redução expressiva do GIF 2 ao longo dos anos. Para os sítios corporais, foi encontrada diferença estatística significativa para os olhos ($p = 0,004$), com aumento do número de indivíduos sem nenhum comprometimento e para as mãos ($p = 0,003$), com diminuição considerável de acometimento, embora no período estudado tenham ocorrido oscilações.

Também se observa diferença estatisticamente significativa ($p = 0,020$) para o acometimento dos troncos nervosos com aumento gradativo de indivíduos sem nenhum nervo afetado no período de tempo estudado e redução daqueles com 2 ou mais nervos afetados (Tabela III).

Tabela II - Perfil clínico de pacientes com hanseníase entre os anos de 2009 a 2014 na região metropolitana de João Pessoa (n = 414). João Pessoa, 2016.

Variáveis	N	%
Classificação operacional		
Paucibacilar	163	39,4
Multibacilar	251	60,6
Forma clínica		
Indeterminada	32	7,7
Tuberculóide	120	29,0
Dimorfa	145	35,0
Virchoviana	92	22,2
Neural pura	10	2,4
Não classificada	15	3,6
GIF		
0	246	59,4
1	122	29,5
2	46	11,1
Sítio corporal afetado		
Olho	28	6,8
Nariz	47	11,4
Mão	58	14,0
Pé	154	37,2
N° de nervos afetados		
Nenhum	217	52,4
Um	68	16,4
Dois ou +	129	31,2

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Tabela III – Associação das características clínicas de pacientes com hanseníase segundo os anos de 2009 a 2014 na região metropolitana de João Pessoa (n =414). João Pessoa, 2016.

Variáveis n(%)	Ano diagnóstico					p-valor ^(a)	
	2009	2010	2011	2012	2013		2014
Classificação operacional							
Paucibacilar	24(34,8)	24(46,2)	27(30,3)	40(43,5)	26(45,6)	22(40,0)	p=0,283
Multibacilar	45(65,2)	28(53,8)	62(69,7)	52(56,5)	31(54,4)	33(60,0)	
Forma clínica							
Indeterminada	4(5,8)	6(11,5)	6(6,7)	7(7,6)	5(8,8)	4(7,3)	
Tuberculóide	20(29,0)	14(26,9)	20(22,5)	31(33,7)	19(33,3)	16(29,1)	
Dimorfa	23(33,3)	20(38,5)	37(41,6)	23(25,0)	17(29,8)	25(45,5)	p=0,208
Virchoviana	20(29,0)	7(13,5)	22(24,7)	22(23,9)	13(22,8)	8(14,5)	
Neural pura	0	4(7,7)	1(1,1)	2(2,2)	1(1,8)	2(3,6)	
Ñ classificado	2(2,9)	1(1,9)	3(3,4)	7(7,6)	2(3,5)	0	
GIF							
0	30(43,5)	35(67,3)	52(58,4)	60(65,2)	34(59,6)	35(63,6)	p=0,038*
1	23(33,3)	11(21,2)	28(31,5)	25(27,2)	17(29,8)	18(32,7)	
2	16(23,2)	6(11,5)	9(10,1)	7(7,6)	6(10,5)	2(3,6)	
Sítio corporal afetado							
Olho							
Não	57(82,6)	50(96,2)	85(95,5)	89(96,7)	55(96,5)	50(90,9)	p=0,004*
Sim	12(17,4)	2(3,8)	4(4,5)	3(3,3)	2(3,5)	5(9,1)	
Nariz							
Não	60(87,0)	45(86,5)	81(91,0)	81(88,0)	48(84,2)	52(94,5)	p=0,554
Sim	9(13,0)	7(13,5)	8(9,0)	11(12,0)	9(15,8)	3(5,5)	
Mão							
Não	49(71,0)	48(92,3)	76(85,4)	83(90,2)	49(86,0)	51(92,7)	p=0,003*
Sim	20(29,0)	4(7,7)	13(14,6)	9(9,8)	8(14,0)	4(7,3)	
Pé							
Não	34(49,3)	38(73,1)	54(60,7)	62(67,4)	36(63,2)	36(65,5)	p=0,112
Sim	35(50,7)	14(26,9)	35(39,3)	30(32,6)	21(36,8)	19(34,5)	
N° de nervos afetados							
0	24(34,8)	24(46,2)	43(48,3)	53(57,6)	35(61,4)	38(69,1)	p=0,020*
1	11(15,9)	7(13,5)	19(21,3)	19(20,7)	8(14,0)	4(7,3)	
2 ou +	34(49,3)	21(40,4)	27(30,4)	20(21,7)	14(24,6)	13(23,6)	

(a) Teste de associação de Qui-Quadrado; Resultado significativo: (*) p-valor < 0,05; Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Discussão

O presente estudo permitiu identificar o comportamento sociodemográfico e clínico de pacientes acometidos pela hanseníase na região metropolitana de João Pessoa/PB, sendo este agravo predominante em homens [12-13], faixa etária economicamente ativa [13], baixa escolaridade [13], classificação operacional multibacilar [15], forma clínica dimorfa [15], GIF 0 [16], os pés como o sítio corporal mais comprometido [17] e sem nervos afetados [18]. Estes achados também foram relatados em outros estudos.

O maior percentual de acometimento da doença encontrado no sexo masculino reflete o estilo de vida adotado por essa população que possui frequente exposição a ambientes de risco, o que pode contribuir para elevar o número de casos [19]. Dados da Organização Mundial de Saúde mostram que na maior parte do mundo os homens são afetados mais frequentemente que as mulheres, muitas vezes na proporção de 2:12 [20].

O comprometimento de indivíduos na faixa etária economicamente ativa pode interferir na realização das atividades diárias e ocasionar perdas financeiras e sociais, com impacto sobre a dinâmica econômica familiar devido ao alto poder incapacitante da doença [19,21]. Esses dados são indicadores preocupantes não apenas concernente à saúde pública brasileira, mas também as questões políticas e previdenciárias.

No que diz respeito a escolaridade, o baixo nível de instrução dos pacientes pode contribuir para a difusão da doença devido a possibilidade de interferência na compreensão das informações veiculadas sobre a mesma [21], além de retardar a busca pelos serviços de saúde [22], tornando esta população mais vulnerável ao desenvolvimento de complicações.

Nesta perspectiva, ratifica-se a importância da educação em saúde para sensibilizar as pessoas sobre os primeiros sinais da doença, o diagnóstico precoce e a prevenção de incapacidades [23], posto que indivíduos informados estarão mais propensos a buscarem os serviços de saúde (detecção passiva de casos), aumentando a probabilidade de diagnóstico precoce.

No que tange as características clínicas, estudo realizado em cidade endêmica do norte de Minas Gerais aponta que o indivíduo multibacilar possui chance nove vezes maior em desenvolver algum GIF quando comparado ao paucibacilar [24], o que pode ser justificado pela maior carga bacilar e dano neural presente nesses pacientes [25], influenciando na evolução mais rápida da doença [26].

Considerando que o aparecimento de incapacidades está relacionado ao tempo de evolução da doença [27], os elevados percentuais de casos apresentando as formas clínicas dimorfa e virchowiana, sugerem que o diagnóstico da hanseníase está ocorrendo de forma tardia, o que pode predispor a maior transmissibilidade e conseqüente instalação de sequelas físicas.

Entretanto, apesar da população ter sido predominantemente multibacilar e, portanto, apresentar maior probabilidade para o desenvolvimento de incapacidades, os achados não foram proporcionais. De acordo com os dados, 60,6% dos indivíduos foram classificados como multibacilares, todavia 47,6% apresentaram um ou mais nervos afetados.

Este achado aponta a possibilidade da ocorrência de neurite silenciosa, posto que o comprometimento nervoso pode se desencadear sem dor ou hipersensibilidade a palpação, mesmo na ocorrência de alterações sensitivas e motoras [28], concordando com a observância de outros autores que não detectaram alterações durante a palpação dos nervos dos membros superiores e inferiores na maioria dos pacientes investigados [18].

Tendo em vista que o dano neural é considerado decisivo para o desencadeamento das incapacidades, sendo responsável pelas alterações na função sensitiva e/ou motora e estando subjacente a todas as formas da hanseníase [29], atenta-se também para a hipótese de falhas na qualificação profissional para a avaliação diagnóstica.

A baixa qualificação para identificar os sinais e sintomas da doença oportuniza o surgimento de sequelas. Neste sentido, destaca-se a necessidade de incentivar a implementação de políticas públicas, com o propósito de obter melhores resultados na qualidade da assistência [30] com ênfase para a realização do diagnóstico precoce e tratamento adequado dos doentes, consideradas melhores estratégias para prevenir a evolução da doença [31].

A baixa qualificação profissional é reflexo da falta de incentivos governamentais para o controle da hanseníase e para prevenção de incapacidades, que se revela esparsa no cenário atual [32]. Saliencia-se ainda que não foram encontrados nos prontuários registros de algumas

avaliações de rotina preconizadas pela OMS, em virtude da falta de materiais de baixo custo destinados a este fim.

Na análise do período de 2009 a 2014, a diferença encontrada para o GIF ($p=0,038$) justifica-se pela significativa diminuição da quantidade de pacientes diagnosticados com incapacidades de grau 2 (IG2) (2009: 23,2% e 2014: 3,6%) e aumento daqueles sem nenhum comprometimento nos sítios corporais (2009: 43,5% e 2014: 63,6%), o que sugere representar uma redução da magnitude da endemia.

A IG2 é um relevante indicador epidemiológico de avaliação do Programa Nacional de Controle da Hanseníase, visto que é utilizado na mensuração da força de morbidade, magnitude e perfil epidemiológico da doença, além de avaliar a qualidade dos serviços de saúde prestados. É preconizado pelo MS que na avaliação clínica, em caso de identificação de GIF diferentes nos sítios corporais, seja considerado o grau máximo, que varia de 0 a 2 [33].

Em comparação aos países asiáticos, o Brasil possui menores proporções de IG2 [2], o que pode ser justificado pela ampliação da assistência na atenção primária em saúde proporcionando melhora dos serviços relacionados ao controle da doença [31].

Em estudo realizado em São Luís/MA entre os anos de 2008-2009, verificou-se porcentagem de 42,1% de indivíduos apresentando incapacidades físicas já no momento do diagnóstico (GIF 1=29,82% e GIF 2=12,28%), sugerindo-se a necessidade de abordagens mais específicas no tocante a medidas de tratamento e reabilitação para evitar o agravamento da enfermidade e propiciar o controle das sequelas [34]. Esses valores foram inferiores aos encontrados por nosso estudo para o mesmo ano.

No tocante aos sítios corporais, ocorreu aumento da quantidade de indivíduos sem comprometimentos de forma significativa apenas para as mãos e os olhos. Uma das premissas para o maior cuidado nestes sítios está pautada na facilidade de visualização destas áreas tanto pelo paciente quanto pelos demais indivíduos, tornando precoce a percepção de alterações na sensibilidade e/ou funcionalidade [14], diferentemente do que acontece com os pés.

De maneira geral, entre os anos avaliados ocorreu significativa melhora no GIF, menor acometimento dos olhos, mãos e nervos, embora o número de pacientes diagnosticados entre as formas brandas da doença não tenha aumentado. Sob este prisma, hipotetiza-se que apesar da hanseníase permanecer ativa na região metropolitana de João Pessoa/PB, a assistência realizada na atenção secundária à saúde tem se mostrado satisfatória, no que tange a minimização dos agravos e prevenção de incapacidades.

Conclusão

O perfil sociodemográfico e clínico de pacientes acometidos pela hanseníase na região metropolitana de João Pessoa/PB foi caracterizado pelo sexo masculino, faixa etária economicamente ativa, baixa escolaridade, classificação multibacilar, forma clínica dimorfa, GIF 0, pés como o sítio corporal mais comprometido e sem nervos afetados.

A análise indica redução da magnitude da endemia entre os anos de 2009 a 2014, apoiada pela redução de pacientes diagnosticados com IG2 e aumento daqueles sem comprometimentos na face, mãos e pés ou nervos afetados, evidenciando também a efetividade da assistência realizada no cenário da pesquisa, serviço de atenção secundária à saúde.

A assistência ofertada no serviço de atenção especializada proporciona aos indivíduos maiores oportunidades de tratamento e distância do seu local de moradia, tendo em vista o estigma e o preconceito associado a doença. Estes fatores contribuem para a manutenção destes no centro de referência, mesmo quando a indicação sugere sejam contra referenciados.

Essa premissa atua aumentando a carga de trabalho e contraria a orientação de descentralização preconizada para a assistência ao paciente acometido pela hanseníase, superlota o serviço, e inviabiliza que mais indivíduos com maiores necessidades sejam atendidos devidamente.

Salienta-se ainda que o nível de atenção secundária não responde pela busca ativa de casos, assim sendo, atende aos pacientes de demanda espontânea ou referenciados pela atenção primária. É compreensível, portanto, que muitos indivíduos sejam diagnosticados com algum acometimento tardio da doença, embora, no presente estudo, casos com incapacidades físicas tenham apresentado tendência de declínio entre os anos avaliados.

A coleta de dados foi realizada em fonte secundária de informação. Em vista disso, atentou-se para a existência de lacunas no preenchimento de informações e divergências entre

os achados da avaliação clínica e classificação do grau de incapacidade, fatores limitantes ao estudo.

A relevância dos achados encontrados neste estudo, para a saúde pública e para a enfermagem, está pautada no conhecimento do comportamento sociodemográfico e clínico de pacientes acometidos pela hanseníase na região metropolitana de João Pessoa/PB para que ações possam ser realizadas de forma direcionada a esses grupos de indivíduos, visando a prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação das sequelas físicas ocasionadas pela doença.

Sugere-se ainda a ampliação do escopo metodológico deste estudo, bem como a sua realização em outros estados e municípios, com vistas a proporcionar um monitoramento dos progressos alcançados no processo de erradicação da doença no país.

Referências

1. World Health Organization (WHO). Global leprosy update, 2014: need for early case detection. *Weekly Epidemiol Rec* 2015;36(90):461-76.
2. World Health Organization (WHO). Global leprosy update, 2015: time for action, accountability and inclusion. *Weekly Epidemiol Rec* 2016;35(91):405-20.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil – análise de indicadores selecionados na última década e desafios para eliminação. *Bol Epidemiol* 2013;44(11):1-12.
4. Ribeiro GC, Fabri ACOC, Amaral EP, Machado IE, Lana FCF. Estimativa da prevalência oculta da hanseníase na microrregião de Diamantina - Minas Gerais. *Rev Eletr Enfem* 2014;16(4):728-35.
5. Departamento de Informática do SUS. Coeficiente de detecção de casos novos da hanseníase na Região Nordeste. 2015. [citado 2017 Jan 26]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/hanseníase/cnv/hanswuf.def>
6. Brito KKG, Andrade SSC, Santana EMF, Peixoto VB, Nogueira JA, Soares MJGO. Epidemiological analysis of leprosy in an endemic state of northeastern Brazil. *Rev Gaúcha Enferm* 2015;36(Spe):24-30.
7. Departamento de Informática do SUS. Coeficiente de detecção casos novos segundo Município no Estado da Paraíba. 2015. [citado 2017 Jan 26]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/hanseníase/cnv/hanswpb.def>
8. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis. Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases: plano de ação 2011-2015. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Hanseníase, verminoses e tracoma têm cura: a experiência de uma campanha integrada. *Bol Epidemiol* 2016;47(21):1-10.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Transmissíveis. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública. Manual Técnico Operacional. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de prevenção de incapacidades. Brasília: Ministério da Saúde; 2008
12. Santos EJ, Paciencia GP, Uripia CC. Caracterização do perfil dos pacientes diagnosticados com hanseníase no município de Vilhena – Rondônia. *Rev Rede Cuidados em Saúde* 2016;10(3):1-16.
13. Lima MM, Aguilar AMM. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município de Minas Gerais: Uma análise retrospectiva. *Rev Pre Infec e Saúde* 2015;1(3):1-9.
14. Barbosa DRM, Araújo AA, Damaceno JCF, Almeida MG, Santos AG. Perfil epidemiológico da hanseníase em cidade hiperendêmica do maranhão, 2005-2012. *Rev Rede Cuidados Saúde* 2014;8(1):1-12.
15. Kil AKA, Silvestre CM, Kaminice LM, Quintino LB, Lima LB, Paranhos MB et al. Deficiências e incapacidades por hanseníase: avaliação clínica e epidemiológica dos pacientes atendidos em um Centro de Referência Nacional do Brasil. *Hansen Int* 2012;37(1):25-33.

16. Brito KKG, Araújo DAL, Uchôa REMN, Ferreira JDL, Oliveira MJGO, Lima JO. Epidemiology of leprosy in a state of northeast Brazil. *Rev Enferm UFPE on line* 2014;8(8):2686-93.
17. Faria CRS, Fregonesi CEPT, Coraza DAG, Andrade DM, Mantovani NADT, Silva JR, Mantovani AM. Grau de incapacidade física de portadores de hanseníase: estudo de coorte retrospectivo. *Arq Ciênc Saúde* 2015;22(4):58-62.
18. Mesquita R, Melo LTM, Vasconcelos RS, Soares DM, Félix GAA, Férrer LPA, Abdon APV. Neurofunctional evaluation in patients affected by leprosy. *Rev Bras Promoç Saúde* 2014;27(2):247-55.
19. Sarmento APA, Pereirão AM, Ribeiro F, Castro JL, Almeida MB, Ramos NM. Perfil epidemiológico da hanseníase no período de 2009 a 2013 no município de Montes Claros (MG). *Rev Soc Bras Clin Med* 2015;13(3):180-4.
20. World Health Organization (WHO). Leprosy today. [Internet]. 2010 [citado 2016 Out 24]. Disponível em: <http://www.who.int/lep/transmission/en/index5.html>
21. Lanza FM, Cortez DN, Gontijo TL, Rodrigues JSJ. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Divinópolis, Minas Gerais. *Rev Enferm UFSM* 2012; 2(2):365-74.
22. Aquino CMF, Rocha PAA, Guerra MCG, Coriolano MWL, Vasconcelos EMR, Alencar EN. Peregrinação (Via Crucis) até o diagnóstico da hanseníase. *Rev Enferm UERJ* 2015;3(2):185-90.
23. Ribeiro GC, Lana FCF. Incapacidades físicas em hanseníase: caracterização, fatores relacionados e evolução. *Cogitare Enferm* 2015;20(3):496-503.
24. Ribeiro Júnior AF, Vieira MA, Caldeira AP. Perfil epidemiológico da hanseníase em uma cidade endêmica no Norte de Minas Gerais. *Rev Bras Clin Med* 2012;10(4):272-7.
25. Brito AL, Monteiro LD, Ramos Júnior ANR, Heukelbach J, Alencar CH. Temporal trends of leprosy in a Brazilian state capital in Northeast Brazil: epidemiology and analysis by join points, 2001 to 2012. *Rev Bras Epidemiol* 2016;19(1):194-204.
26. Pinheiro MGC, Miranda FAN, Simpson CA, Vitor AF, Lira ALBC. Limitações e incapacidades físicas no pós-alta em hanseníase: uma revisão integrativa. *Rev Baiana Enfem* 2016;30(2):1-11.
27. Nardi SMT, Paschoal VD, Chiaravalloti-Neto F, Zanetta DMT. Leprosy-related disabilities after release from multidrug treatment: prevalence and spatial distribution. *Rev Saúde Pública* 2012;46(6):969-77.
28. Leite VMC, Lima JWO, Gonçalves HS. Neuropatia silenciosa em portadores de hanseníase na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2011;27(4):659-65.
29. Ribeiro FS, Silva MLA, Mendonça ALB, Soares JSA, Freitas CSL, Linhares MSC. Qualidade dos serviços prestados pelos centros de saúde da família de sobral – Ceará aos portadores de hanseníase nos anos de 2009 a 2010. *Sanare* 2012;11(2):44-51.
30. Monteiro LD, Alencar CHM, Barbosa JC, Braga KP, Castro MD, Heukelbach J. Incapacidades físicas em pessoas acometidas pela hanseníase no período pós-alta da poliquimioterapia em um município no Norte do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2013;29(5):909-20.
31. Araújo AERA, Aquino DMC, Goulart IMB, Pereira SRF, Figueiredo IA, Serra HM, Fonseca PCA, Caldas AJM. Neural complications and physical disabilities in leprosy in a capital of northeastern Brazil with high endemicity. *Rev Bras Epidemiol* 2014;17(4):899-910.
32. Gonçalves A. Realities of leprosy control: updating scenarios. *Rev Bras Epidemiol* 2013;16(3):611-21.
33. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
34. Pacheco MAB, Aires MLL, Seixas ES. Prevalência e controle de hanseníase: pesquisa em uma ocupação urbana de São Luís, Maranhão, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2014;9(30):23-30.