

Flávia Meneguetti Pieri¹
 Antônio Carlos Vieira Ramos²
 Juliane de Almeida Crispim³
 Ana Celeste de Araújo Pitiá⁴
 Ludmila Barbosa Bandeira
 Rodrigues⁵
 Tatiane Ramos dos Santos
 Silveira⁶
 Ricardo Alexandre Arcêncio⁷

FATORES ASSOCIADOS ÀS INCAPACIDADES EM PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE HANSENÍASE: UM ESTUDO TRANSVERSAL

Factors associated with disabilities on patients diagnosed with Hansen's disease: A cross-sectional study

RESUMO

O objetivo do estudo foi analisar os fatores associados às incapacidades em pacientes diagnosticados de hanseníase. Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal com dados oriundos dos municípios que compõem a 17ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. Os dados foram obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, sendo selecionados os casos diagnosticados de hanseníase entre 2009 e 2012. Para testar associação entre as incapacidades de hanseníase e as variáveis independentes recorreu-se ao teste qui-quadrado de proporções bicaudal. Fixou-se alpha em 5% ($\alpha = 0,05$) como estatisticamente significativo. Foram identificados 245 casos de hanseníase diagnosticados, destes 129 (52,7%) eram do sexo masculino, com faixa etária acima dos 46 anos ($n=103$; 52,7%). Os fatores que apresentaram associação estatisticamente significativas com as incapacidades foram baixa escolaridade ($p<0,001$), idade avançada ($p<0,001$), ter sido transferido, reingresso ou recidivas ($p=0,007$). As incapacidades correspondem

Pieri FM, Ramos ACV, Crispim JA, Pitiá ACA, Rodrigues, LBB, Silveira, TRS, Arcêncio RA. Fatores associados às incapacidades em pacientes diagnosticados de hanseníase: um estudo transversal. *Hansen Int*. 2012; 37 (2): p. 22-30.

um problema importante no cenário investigado, verificando grupos mais acometidos por esse evento do que outros, assim esses primeiros devem ser priorizados em termos de oferta de ações e serviços de saúde.

Palavras-chave: Hanseníase; Epidemiologia; Acesso aos Serviços de Saúde; Prevenção de Doenças

Submetido em 06/12/2013

Aprovado em 05/09/2014

- 1 Flávia Meneguetti Pieri: Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL). E-mail: fpieri@uel.br - (Professora Assistente na Universidade Estadual de Londrina (UEL)).
- 2 Antônio Carlos Vieira Ramos: Enfermeiro pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). E-mail: antonio.ramos@usp.br.
- 3 Juliane de Almeida Crispim: Doutoranda do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). E-mail: julianecrisp@gmail.com.
- 4 Ana Celeste de Araújo Pitiá: Doutora em Ciências da Saúde. Docente por prazo determinado do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da EERP/USP. E-mail: anaceleste@eerp.usp.br.
- 5 Ludmila Barbosa Bandeira Rodrigues: Doutora em Ciências da Saúde. Coordenadora do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT). E-mail: ludbbr@yahoo.com.br.
- 6 Tatiane Ramos dos Santos Silveira: Tecnóloga em informática pela Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG)..
- 7 Ricardo Alexandre Arcêncio: Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). E-mail: ricardo@eerp.usp.br.

ABSTRACT

This study aimed to analyze factors associated with disabilities on patients diagnosed with Hansen's disease. It was an epidemiological and cross-sectional study, which included data from municipalities of 17th Health Regional Department of Paraná State. Data were gathered through Information System for Notifiable Diseases (Sinan), being selected cases diagnosed with Hansen's disease between years 2009 and 2012. To analyze association between Hansen's disease disability degrees and independent variables two-sided proportion chi-square was used. Alpha in 5% ($\alpha = 0,05$) was defined as statistically significant. Two hundred and forty five cases with Hansen's disease were identified to the study, of whose 129 (52.7%) were male, aged 48 years old or older ($n=103$; 52,7%). Factors associated with Hansen's disease disabilities were low level of schooling ($p<0.001$), old age ($p<0.001$), to be migrated, reentry and relapse ($p=0.007$). Hansen's disease disabilities represent an important problem in scenario of study, observing groups more susceptible to this event than others, therefore those first should be prioritized in terms of health actions offering and health services.

Keywords: Leprosy; Epidemiology; Health Services Accessibility; Disease Prevention

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença negligenciada e o Brasil ainda não conseguiu eliminá-la. Destaca-se que o país é um dos líderes no mundo em número de casos, apresentando um coeficiente de incidência de 1,56 casos por 100.000 habitantes (OPAS, 2012)¹.

Dentre os desafios que se assume no país está o acesso dos pacientes de hanseníase em tempo oportuno aos serviços de saúde, para assim o diagnóstico precoce e o não aparecimento das incapacidades¹. Por meio da Estratégia Global de redução da carga da doença entre 2011 a 2015, espera-se o não desenvolvimento da hanseníase entre crianças e a não ocorrência das incapacidades².

No entanto, o relatório da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) apontou fragilidades no alcance desses objetivos, haja vista uma taxa de detecção no Brasil de 5,5 casos por 100.000 habitantes em 2010. O relatório traz também, que dentre os casos novos detectados nesse mesmo ano, 7,1% eram crianças e ainda entre esses casos, 7,2% apresentavam incapacidades com grau II¹. Cabe mencionar que a hanseníase em crianças expressa transmissão recente pelas fontes de infecção e que essas últimas não estão sendo encontradas pelos serviços de saúde¹.

Segundo a literatura, as incapacidades de hanseníase tem impacto econômico e social nas famílias, haja vista que as deformidades físicas podem impedir que as pessoas desenvolvam suas atividades domésticas habituais, além de implicações trabalhistas, perdas do emprego e portanto, comprometimento da renda familiar^{3,4}.

As incapacidades tem despertado também o estigma social, fazendo com que pacientes se restrinjam no contato social, o que necessita geralmente de algum tipo de intervenção para a continuidade dos cuidados em saúde^{5,6}.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como incapacidades o grau de debilidade dos olhos, mãos e pés⁷, podendo elas ser classificadas em 0, I e II. O grau zero corresponde a nenhuma deficiência dessas estruturas; enquanto grau I, quando há alguma "anestesia" ou perda de sensibilidade presente e a visão não está severamente afetada e o grau II, quando há uma deformidade visível ou dano aparente e a visão está gravemente comprometida⁸.

As incapacidades, principalmente com grau II, tem sido sugeridas pela OMS como um relevante indicador da situação epidemiológica da hanseníase, mais até que as taxas de detecção da doença, porque elas teriam mais sensibilidade em evidenciar o diagnóstico precoce e um marcador robusto para mapear casos de hanseníase em uma região ou país⁸. Segundo a OMS, este indicador é menos suscetível aos fatores operacionais dos serviços de saúde.

Vale mencionar que, aproximadamente 20% de todos os casos novos apresentam incapacidades no momento do diagnóstico, sendo que outros 15% irão desenvolvê-las mesmo que todas as ações de saúde sejam realizadas adequadamente, seja no tratamento das neurites, dos estados reacionais e mesmo com a poliquimioterapia⁹. Gonçalves et al¹⁰ consideram que o tratamento adequado dos quadros de reações e neurites são relevantes para evitar ou reduzir as sequelas, amenizando os custos da reabilitação e impactando positivamente na funcionalidade e na qualidade de vida dos pacientes.

Estudos¹¹⁻¹³ evidenciam ainda que a alta prevalência das incapacidades por hanseníase no momento do diagnóstico está associada essencialmente a não acessibilidade aos serviços de saúde. De acordo com os achados dos estudos¹¹⁻¹³, o grau de incapacidade I é mais presente no momento do diagnóstico quando comparado ao grau II.

Embora o tema seja relevante para mostrar os avanços no país em termos da eliminação da doença (< 1 caso por 100.000 habitantes)^{4,10,12,14}, da efetividade dos sistemas de serviços de saúde em responder

à meta, há ainda poucos estudos publicados sobre os determinantes das incapacidades de hanseníase em cenários situados na região Sul do país^{3,10}. Assim, propôs-se investigar os fatores associados às incapacidades em pacientes diagnosticados de hanseníase numa região endêmica do Estado do Paraná.

MATERIAL E MÉTODOS

Natureza do estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, de corte transversal, que teve como fonte dados secundários oriundos do Sistema de Informações e Agravos de Notificação (SINAN).

Cenário do estudo

Na região Sul do Brasil, o Estado do Paraná é o que mantém a hanseníase com taxas mais elevadas, sendo que em 2012, o coeficiente de detecção foi de 9,35, enquanto, os coeficientes de detecção do Rio Grande do Sul e Santa Catarina foram respectivamente de 1,36 e 3,20.

Quanto às incapacidades, o Estado apresentou nesse período, um coeficiente de incidência com incapacidade grau II de 0,87 casos/100.000 habitantes, sendo este elevado quando comparado aos demais Estados da região Sul do país¹⁵.

Não diferente, a 17ª Regional de Saúde¹⁶ revela dados epidemiológicos importantes, apresentando um coeficiente de detecção de 6,06/100.000 habitantes, situação considerada como endêmica segundo os parâmetros da OMS^{8, 15}.

A referida Regional é composta por 21 cidades, sendo elas Alvorada do Sul, Assai, Bela Vista do Paraíso, Cafeara, Cambé, Centenário do Sul, Florestópolis, Guaraci, Ibiporã, Jaguapitã, Jataizinho, Londrina, Luponópolis, Miraselva, Pitangueiras, Porecatu, Prado Ferreira, Primeiro de Maio, Rolândia, Sertanópolis, Tamarana. Destaca-se que Londrina é o município polo desta região, sendo ela, a 2ª cidade mais populosa do Estado do Paraná, com 506.701 habitantes.

População do estudo

A população do estudo foi constituída por todos os casos de hanseníase notificados entre 01 de janeiro de 2009 a 31 de dezembro de 2012 nos municípios da 17ª Regional de Saúde do Estado do Paraná.

Coleta de dados e variáveis do estudo

Como a hanseníase é uma doença de notificação compulsória e investigação obrigatória em todo país, foi realizada a coleta de dados no Sistema de Informações e Agravos de Notificação (SINAN) através de um questionário com questões referentes à identificação; sexo; idade; escolaridade; modo de entrada (caso novo, transferência, recidiva); modo de detecção do caso novo (encaminhamento, demanda espontânea, exame de contatos e outros); sintomatologia atual (sensibilidade cutânea, alterações neurais ou ambas); grau de incapacidade (0, I e II). Destaca-se que as informações sobre os graus de incapacidades foram obtidas do domínio "atendimento" disponível no SINAN. Para os dados faltantes, com campos em branco, considerou-se como ignorado.

Análise dos dados

Os dados foram analisados por meio do software IBM SPSS versão 19. Na análise descritiva, calculou-se a frequências absolutas e relativas das variáveis investigadas. Seguindo orientações da literatura¹⁷, para cada informação ignorada foi avaliado o poder de interferência dessa nas análises, casos em que 15% das variáveis estivessem ignoradas, as mesmas eram excluídas.

Foram calculadas proporções e realizadas comparações entre os grupos de pacientes com graus distintos de incapacidades (0, I e II) e as variáveis independentes sexo, idade, escolaridade, modo de entrada, modo de detecção do caso novo e sintomatologia atual, por meio do teste qui-quadrado (χ^2), bicaudal. Fixou-se alpha em 5% ($\alpha = 0,05$) como estatisticamente significativo. A estatística do qui-quadrado é um teste que pressupõe associação entre as variáveis categóricas sob estudo, assim como um teste não-paramétrico, ele não é restritivo em relação ao tamanho amostral, sendo comumente utilizado em estudos epidemiológicos e em amostras pequenas¹⁸.

Para o teste, assumiu-se como H_0 que as frequências observadas não são diferentes das esperadas, não existindo diferenças entre as frequências (contagens) dos grupos, portanto, não há associação entre as variáveis independentes e os graus de incapacidades. E como H_1 , tem-se que as frequências observadas são diferentes das frequências esperadas, existindo diferenças entre as frequências, portanto, presença de associação entre as variáveis independentes e os graus de incapacidades.

No estudo, o termo fator é usado em sinonímia à expressão variável independente¹⁹. Assim, optou-se

por classificá-los como fatores sociodemográficos e de serviços de saúde, que refere as informações operacionais levantadas pelo Programa de Hanseníase para avaliação dos casos de hanseníase e desempenho dos sistemas de serviços de saúde no controle da doença²⁰.

Aspectos Éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Protocolo 08811212.0.0000.5393).

RESULTADOS

Nos municípios da 17ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, foram notificados entre o período de 01 de janeiro de 2009 a 31 de dezembro de 2012, 245 casos de hanseníase, verificando-se entre eles, o predomínio do sexo masculino (n=129; 52,7%). Quanto à idade, pode-se observar que a maioria dos pacientes possuía idade acima de 46 anos (n=129; 52,7%).

Em relação à escolaridade, 121 (49,5%) dos sujeitos tinham ensino fundamental completo ou incompleto e 10 (4%) não possuíam escolaridade (Tabela 1).

Tabela 1 Características sociodemográficas dos pacientes com hanseníase, 17ª Regional de Saúde do estado do Paraná (2009 a 2012)

		n	%
Sexo	Masculino	129	52,7
	Feminino	116	47,3
Idade	Abaixo de 18 anos	13	5,3
	18 a 46 anos	103	42,0
	Acima de 46 anos	129	52,7
Escolaridade*	Sem Escolaridade	10	4,0
	Ensino Fundamental	121	49,5
	Ensino Médio	71	29,0
	Superior	11	4,5
	Ignorado	32	13,0

* Contemplam os casos com escolaridade completa e incompleta

Ao analisar o cruzamento entre o grau de incapacidade e os fatores sociodemográficos, pode-se observar na tabela 2, que a idade apresentou associação

estatisticamente significativa com o grau de incapacidade ($p < 0,001$), verificando-se que quanto maior a idade maiores as proporções de casos com incapacidades.

A variável escolaridade teve também associação estatisticamente significativa com as incapacidades, observando-se maiores proporções de incapacidades entre aqueles com menor escolaridade ($p < 0,001$). O sexo não apresentou associação com as incapacidades (Tabela 2).

Tabela 2 Fatores sociodemográficos associados às incapacidades físicas em pacientes de hanseníase, 17ª Regional de Saúde do Estado do Paraná (2009 a 2012)

	Grau 0		Grau I		Grau II		p valor
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							
Masculino	31	12,7	81	33,1	17	6,9	0,200
Feminino	35	14,3	73	29,8	8	3,3	
Idade							
Abaixo de 18 anos	10	4,1	3	1,2	0	0,0	<0,001**
18 a 46 anos	30	12,2	62	25,3	11	4,5	
Acima de 46 anos	26	10,6	89	36,3	14	5,7	
Escolaridade*							
Sem Escolaridade	3	1,2	3	1,2	4	1,6	<0,001**
Ensino Fundamental	28	11,5	79	32,3	14	5,7	
Ensino Médio	28	11,4	31	16,7	2	0,8	
Superior	3	4,8	7	2,9	1	4,0	
Ignorado	4	1,6	24	9,8	4	1,6	

*Contemplam os casos com escolaridade completa e incompleta.

**Associação estatisticamente significativa (p valor $< 0,05$)

A tabela 3 apresenta os fatores de serviços de saúde associados às incapacidades. Verifica-se que o modo de entrada apresentou associação estatisticamente significativa com as incapacidades ($p = 0,007$), tendo-se maiores proporções de incapacidades entre as pessoas procedentes de outros serviços, municípios e até Estados. Da mesma forma, são observadas maiores proporções de incapacidades entre aqueles pacientes que reingressaram após o abandono e também que recidivaram.

Ainda na tabela 3, é possível constatar associação estatisticamente significativa entre sintomatologia referida na ocasião do diagnóstico e as incapacidades ($p < 0,001$), observando-se maiores proporções de inca-

pacidades entre as pessoas que referiram lesão neurol, de forma isolada ou associada às lesões cutâneas.

Tabela 3 Fatores de serviços de saúde associados às incapacidades físicas em pacientes de hanseníase, 17ª Regional de Saúde do Estado do Paraná (2009 a 2012)

	Grau 0		Grau I		Grau II		p valor
	n	%	n	%	n	%	
Modo de Entrada							
Caso Novo	51	20,8	113	46,1	12	4,9	0,007*
Transferência do mesmo Município (entre unidades)	2	8,0	5	2,0	2	8,0	
Transferência de outro Município (mesma UF)	1	4,0	7	2,9	1	4,0	
Transferência de outro Estado	1	4,0	3	1,2	0	0,0	
Recidiva	3	1,2	11	4,5	7	2,9	
Outros Reingressos	8	3,3	15	6,1	2	8,0	
Ignorado	0	0,0	0	0,0	1	4,0	
Modo de Detecção do Caso Novo							
Encaminhamento	54	22,0	127	51,8	20	8,2	0,736
Demanda Espontânea	4	1,6	7	2,9	1	4,0	
Exame de Contatos	4	1,6	9	3,7	0	0,0	
Outros Modos	0	0,0	1	4,0	0	0,0	
Ignorado	4	1,6	10	4,1	4	1,6	
Sintomatologia atual							
Cutâneas	37	15,1	43	17,6	3	1,2	<0,001*
Neurais	2	8,0	8	3,3	3	1,2	
Cutâneas + Neurais	23	9,4	103	42,0	19	7,8	
Ignorado	4	1,6	0	0,0	0	0,0	

*Associação estatisticamente significativa (p valor < 0,05)

DISCUSSÃO

O estudo buscou investigar fatores associados às incapacidades em pacientes diagnosticados de hanseníase. Observou-se que a idade mais avançada, baixa escolaridade, ter sido transferido, reingresso ou recidivas e neurites como sintomas na ocasião do diagnóstico apresentaram associação estatisticamente significativa com as incapacidades.

A associação evidenciada no estudo entre pacientes com idade acima dos 46 anos e as incapacidades hanseníase podem ser atribuídas aos anos de infecção, ao aparecimento das formas bacilíferas e potencialmente incapacitantes²¹. Acresce-se à essa discussão,

as dificuldades sentidas por esse grupo com maior idade na acessibilidade aos serviços de saúde^{3,22}.

A literatura tem mostrado que as pessoas de maior idade enfrentam mais barreiras na acessibilidade aos serviços de saúde, podendo essas barreiras serem classificadas como geográficas, econômicas, culturais e organizacionais²³. Entende-se como barreiras geográficas a distância entre os serviços de saúde e os domicílios dos pacientes²³, assim muitas vezes o paciente de hanseníase precisa percorrer longas distâncias até os serviços de saúde responsáveis pelos seus cuidados e a idade pode ser um complicador desse processo.

Ainda, por vezes tem-se gastos com transporte nem sempre suportáveis por elas e a própria organização desses serviços nem sempre é tão bem compreendida pelas pessoas de maior idade quando comparados aos mais jovens²³.

A baixa escolaridade também foi um fator identificado por outros estudos^{22, 24-26}. Segundo eles, a hanseníase está atrelada aos espaços urbanos, aos bolsões de pobreza nos países e regiões endêmicas. Estudo apontou relação da hanseníase às iniquidades sociais em saúde, parecendo que grupos em maior desvantagem social tendem a ser mais afligidos pela doença e por sua vez, estarem mais vulneráveis às sequelas²⁷.

No tocante à associação entre o modo de entrada e o grau de incapacidade identificada no estudo, Lana et al²⁸ e Goulart et al²⁹ acenam que o retardo no diagnóstico é um dos principais determinantes para essas ocorrências. Os resultados trazem uma discussão da relação entre os casos que vieram transferidos de outros sistemas locais de saúde e as incapacidades, assim uma questão que se coloca é a acessibilidade a esses outros sistemas.

Apesar da atenção à hanseníase ser responsabilidade sanitária de todos os municípios brasileiros, há evidências de que alguns municípios têm avançado melhor em termos de acessibilidade ao diagnóstico que outros^{3, 6, 10, 26, 27, 28, 29, 30}, que ajudam a explicar os achados da investigação.

O estudo de Murto et al³¹ destacou o problema da migração como um fator favorável à disseminação da hanseníase. Verificou-se no estudo muitos episódios de migrações de pacientes para o tratamento da doença entre municípios ou regiões vizinhas, o que sustenta a hipótese de que algumas localidades têm protocolos melhor instituídos e assim, mais acessibilidade no diagnóstico e tratamento da doença que outros^{6, 10, 26, 27, 28}.

Segundo Arantes et al³², há necessidade de qualificar os profissionais para diagnóstico e manejo das incapacidades e ainda, para que se perpetue uma visão

entre eles, da importância de um serviço de referência no suporte às equipes generalistas vinculadas à Atenção Primária à Saúde.

Ainda sobre a relação das variáveis modo de entrada e incapacidades, a recidiva e o reingresso apareceram como fatores importantes associados a essas ocorrências. Estudo revelou que a interrupção do tratamento e assim o abandono além de aumentarem os riscos do desenvolvimento de resistência às drogas, também favorecem as sequelas³³.

Dentre as possíveis variáveis, que o estudo acima referido apresenta para a interrupção e abandono do tratamento de hanseníase estava a não disponibilidade das drogas nos serviços de saúde³³. De acordo ainda com o estudo, a adesão ao tratamento da hanseníase é resultado de uma complexa interação entre fatores de ordem sociocultural, de serviços, do efeito das drogas da terapia e econômicos, sendo relevante definir projetos em saúde que considere tal complexidade. Dentre os caminhos a serem trilhados com vistas à eliminação da hanseníase no país, está a integração entre os serviços especializados, laboratórios e Atenção Primária à Saúde.

Estudo conduzido³⁴ com pacientes de recidiva em seguimento por serviços de saúde das cinco diferentes regiões do Brasil identificou uma prevalência de 4,3% de resistência às drogas, um número relativamente alto, o que desperta preocupações. Esses achados contribuem, portanto, para compreender a relação entre as recidivas e as sequelas, embora a investigação de resistência não fosse objeto do estudo. Destaca-se que o Brasil está entre os nove países que compõem a Rede de Vigilância Sentinela de Drogas-Resistência da Hanseníase e tem se comprometido junto à OMS em monitorar a problemática³⁵.

Os resultados do estudo podem ser explicados pelos determinantes dos serviços, uma vez que o sistema de serviços de saúde não tem operado numa lógica que consiga dar conta do diagnóstico precoce, seja porque o seu sistema não é integrado ou porque há uma cultura organizacional de predileção das condições agudas em detrimento às ações de prevenção e promoção saúde³⁶.

A literatura tem mostrado diferentes experiências exitosas no sentido de ações de promoção da saúde no âmbito comunitário, ações intersetoriais entre a educação e a saúde com vistas à sensibilização das comunidades acerca da problemática e que ela ainda não foi eliminada³⁷. Deve-se destacar que a hanseníase é uma doença muito complexa para uma simples eliminação, assim é importante trazer novas tecnologias, inovar nos processos na saúde e mobilizar parceiros e segundo eles, somente com essa reforma se

alcançará a meta de eliminação. Estudos apontam também a redução das incapacidades após o início do tratamento, quando o tratamento é bem conduzido por equipes de saúde qualificadas e sensibilizadas para o problema¹⁰.

Os resultados podem ainda ser explicados sob a perspectiva das iniquidades sociais em saúde, porque há grupos mais vulneráveis às incapacidades do que outros, portanto, é importante se avançar com processos de produção na área de saúde, que consiga equalizar as necessidades de saúde e a oferta de ações, deixando os processos mais equitativos e justos³⁸. Isso significa tratar cada paciente segundo suas necessidades de saúde, priorizando na atenção aqueles que mais necessitam, através da avaliação clínica, epidemiológica e social, atendendo a lógica da justiça social e da equidade que estão previstas na constituição federal de 1988 e encontram-se em conformidade com princípios doutrinários do SUS³⁹.

Do exposto, o estudo traz contribuições no sentido de apontar fatores relacionados às incapacidades e assim dar elementos aos projetos dos gestores e formuladores de políticas em saúde para inovação e reorganização dos sistemas de saúde para o enfrentamento da hanseníase.

Outros estudos são necessários, mais longitudinais, no sentido de apontar tendências das incapacidades de hanseníase, se essas condições de saúde melhoraram com o tratamento. Seria interessante também investigar a demora do diagnóstico, ou seja, o tempo levado entre o início dos sintomas do paciente e o diagnóstico do tratamento e, o primeiro serviço procurado quando do aparecimento desses. Enfim, há horizontes investigativos que se projetam depois do desenvolvimento da presente pesquisa.

Como limitação do estudo, tem-se como qualquer estudo observacional a interferência de possíveis variáveis confusão nos resultados da investigação, passível de controle nesse tipo de estudo. Há ainda, a limitação da causalidade de reversa, uma vez que as variáveis ou fatores associados foram selecionados em simultâneo à variável desfecho.

Outra limitação refere ao uso de dados secundários, que pelas lacunas de algumas variáveis podem ter gerado algum viés aos resultados. Deve-se destacar que os investigadores avaliaram cada caso de variável sem informação e avaliaram a interferência dessas nos resultados da investigação. Foram balanceados os prós e contras em remover uma observação do estudo, segundo orientações de especialistas¹⁷.

Destaca-se ainda, que apesar das qualificações promovidas pelo Ministério da Saúde e dos protocolos definidos por ele em termos do acompanhamento e

manejo dos casos de hanseníase, ainda há diversidades entre os serviços saúde no seguimento desses casos, inclusive na classificação das suas incapacidades. Desse modo, tem-se que a heterogeneidade na classificação das incapacidades e a falta de preenchimento de algumas informações na ficha de investigação do SINAN podem ter trazido vieses aos resultados do estudo.

Apesar de reconhecer tais limitações, cabe mencionar que o SINAN é uma fonte oficial do Ministério da Saúde para o monitoramento da morbidade da hanseníase e avaliação da efetividade dos seus sistemas de serviços de saúde no tocante à eliminação da doença no país, portanto o seu uso é justificável e absolutamente aconselhável, até para a melhoria desse instrumento de informação e gestão.

CONCLUSÕES

Pode-se verificar no estudo associação estatisticamente significativa entre as incapacidades e as variáveis idade, escolaridade, modo de entrada e sintomatologia na ocasião do diagnóstico da hanseníase, rejeitando-se portanto, a hipótese nula de não associação ou independência entre as variáveis referidas.

Em relação à escolaridade, observou-se maiores proporções de incapacidades entre aqueles com menos tempo de estudo. No tocante à idade, as incapacidades foram mais frequentes em pessoas com idade acima dos 46 anos.

Quanto ao modo de entrada, os resultados apontam que as incapacidades foram mais recorrentes entre pacientes procedentes de outros serviços e também aqueles que tiveram recidivas ou eram reingressos. A neurite foi um dos sintomas mais referidos pelos grupos classificados com incapacidades.

O estudo trouxe um aspecto importante em termos das incapacidades de hanseníase, realçando possíveis fatores explicativos para a ocorrência desse fenômeno ou evento. Destaca-se que apesar da disponibilidade da tecnologia diagnóstica e da terapêutica no país, pessoas ainda apresentam incapacidades físicas pela hanseníase, o que reflete de certo modo as fragilidades dos sistemas de serviços de saúde em lidar com problema e detectá-lo precocemente.

O país não conseguiu eliminar a hanseníase e alguns indícios foram levantados no sentido de entender o porquê, como pessoas de idade mais avançada, de outras regiões do país, recidivas, reingressos, que notadamente tem sido referidos na literatura como os usuários com mais dificuldade de acesso.

Portanto, se há um interesse político e sanitário em vencer o problema e se ter um país livre de hanseníase,

que esses grupos sejam priorizados em termos de oferta de ações e serviços de saúde. Não se pode pensar num cardápio único de ações em saúde para toda a população, mas sim, é importante estratificar a população acometida pela hanseníase em termos das suas características sócio-demográficas, epidemiológicas e necessidades e desse modo, ofertar ações em saúde segundo esse perfil. Entende-se que um primeiro passo para a resolução ou enfrentamento da problemática das incapacidades de hanseníase é começar combatendo as iniquidades sociais em saúde, fazendo-se assim que aqueles que precisam de mais tenham mais e menos, tenham menos.

REFERÊNCIAS

- 1 Pan American Health Organization, Health in the Americas: 2012 Edition. Regional Outlook and Country Profiles. Washington DC: PAHO, 2012.
- 2 World Health Organization. Global Strategy for further reducing the disease burden due to leprosy: plan period: 2011 – 2015. Geneva: WHO, 2010.
- 3 Sobrinho RAS, Mathias TAF, Gomes EA, Lincoln PB. Evaluation of incapacity level in leprosy: a strategy to sensitize and Train the nursing team. Rev Latino-am Enfermagem 2007 novembro-dezembro; 15(6): 1125-30.
- 4 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.
- 5 Rafferty J. Curing the stigma of leprosy. Lepr Rev 2005 jun; 76(2): 119–26.
- 6 Martins PV, Caponi S. Hanseníase, exclusão e preconceito: histórias de vida de mulheres em Santa Catarina. Ciênc. saúde coletiva [online] 2010; 15(1): 1047-54.
- 7 Alberts CJ, Smith WC, Meima A, Wang L, Richardus JH. Potential effect of the World Health Organization's 2011–2015 global leprosy strategy on the prevalence of grade 2 disability: a trend analysis. Bulletin of the World Health Organization 2011. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/7/10-085662/en/>.
- 8 Brandsma JW, Van Brakel WH. WHO disability grading: operational definitions. Lepr Rev 2003; 74: 366-73.
- 9 Duerksen F. Reabilitação. In: Opromolla DVA, Baccarelli R (Org.). Prevenção de incapacidades e reabilitação em hanseníase. Bauru: Instituto Lauro de Souza Lima 2003. 3-4p.
- 10 Gonçalves SD, Sampaio RF, Antunes CMF. Fatores preditivos de incapacidades em pacientes com hanseníase. Rev Saúde Pública 2009; 43(2): 267-74.

- 11 Trindade MAB, Lima FD, Almeida RG. Incapacidades físicas em hanseníase no momento do diagnóstico. I — Avaliação das incapacidades. *Hansen Int* 1987; 12(2): 19-28.
- 12 Alves CJM, Barreto JA, Fogagnolo L, Contin LA, Nassif PW. Avaliação do grau de incapacidade dos pacientes com diagnóstico de hanseníase em Serviço de Dermatologia do Estado de São Paulo. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 2010; 43(4): 460-61.
- 13 Pimentel MIF, Nery JAC, Borges E, Gonçalves RR, Samo EN. Influência do tempo de evolução prévio ao diagnóstico inicial incapacidades presentes no exame inicial de pacientes portadores de hanseníase multibacilar. *Hansen Int* 2002; 27(2): 77-82.
- 14 Do Prado GD, Prado RB, Marciano LH, Nardi SM, Cordeiro JA, Monteiro HL. WHO disability grade does not influence physical activity in Brazilian leprosy patients. *Lepr Rev* 2011 Sep; 82(3): 270-78.
- 15 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil. *Boletim Epidemiológico* [internet]. 2013[citado em 2013/08/17]; 44(11):12p Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=12351&codModuloArea=783&chamada=be-situacao-epidemiologica-da-hanseníase-no-brasil>.
- 16 Londrina. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Epidemiologia e informações em Saúde. Perfil epidemiológico 2010/2011. Londrina; 2012.
- 17 Heck RJ, Thomas SL, Tabata LN. *Multilevel and Longitudinal Modeling with IBM SPSS*. 2ªed. New York: Routledge; 2014.
- 18 Jekel JF, Katz D, Elmore JG, Wild D. *Epidemiology, Biostatistics and Preventive Medicine*. 3ªedition. Saunders Elsevier; 2007.
- 19 Callegari-Jacques SM. *Bioestatística: princípios e aplicações*. Ed digital. Porto Alegre: Artmed; 2007.
- 20 Brasil. Ministério da Saúde. Guia para o controle da hanseníase. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
- 21 Finez MA, Salotti SRA. Identificação do grau de incapacidades em pacientes portadores de hanseníase através da avaliação neurológica simplificada. *J Health Sci Inst* 2011; 29(3): 171-75.
- 22 Kerr-Pontes LRS, Barreto ML, Evangelista CMN, Rodrigues LC, Heukelbach J, Feldmeier H. Socioeconomic, environment, and behavioural risk factors for leprosy in Northeast Brazil: results of a case-control study. *Int J Epidemiol*. 2006; 35(4): 994-1000.
- 23 Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev. Panam Salud Publica*. 2012; 31 (3): 260-68.
- 24 Santos AS, Castro DS, Falqueto A. Fatores de risco para transmissão da Hanseníase. *Rev Bras Enferm* 2008; 61(esp): 738-43.
- 25 Rodrigues-Júnior AL, do Ó VT, Motti VG. Estudo espacial e temporal da hanseníase no estado de São Paulo, 2004-2006. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(6): 1012-20.
- 26 Ribeiro GC. Fatores relacionados à prevalência de incapacidades físicas em hanseníase na microrregião de Diamantina, Minas Gerais [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2012.
- 27 Kerr-Pontes LRS, Montenegro AC, Barreto ML, Werneck GL, Feldmeier H. Inequality and leprosy in Northeast Brazil: an ecological study. *Int J Epidemiol* 2004 Apr; 33(2): 262-69.
- 28 Lana FCF, Amaral EP, Franco MS, Lanza FM. Estimativas da prevalência oculta da hanseníase no Vale do Jequitinhonha - Minas Gerais. *Rev Min Enf* 2004; 8(2): 295-300.
- 29 Goulart IMB, Dias CM, Oliveira ACS, Silva AA, Alves RR, Quaresimin CR, et al. Grau de incapacidade: indicador de prevalência oculta e qualidade do programa de controle da hanseníase em um Centro de Saúde-Escola no município de Uberlândia-MG. *Hansen. Int* 2002; 27(1): 5-13.
- 30 Cunha MD et al. Os indicadores da hanseníase e as estratégias de eliminação da doença, em município endêmico do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online] 2007; 23(5): 1187-97.
- 31 Murto C, Chammartin F, Schwarz K, da Costa LMM, Kaplan C, et al. Patterns of Migration and Risks Associated with Leprosy among Migrants in Maranhão, Brazil. *PLoS Negl Trop Dis*. Sep 2013; 7(9): e2422.
- 32 Arantes CK et al. Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. *Epidemiol. Serv. Saude* 2010; 19(2): 155-64. Disponível em: < <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v19n2/v19n2a08.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2012.
- 33 Heukelbach J, André Chichava O, Oliveira ARd, Häfner K, Walther F, et al. Interruption and Defaulting of Multidrug Therapy against Leprosy: Population-Based Study in Brazil's Savannah Region. *PLoS Negl Trop Dis* 2011; 5(5): e1031.
- 34 Rocha et al. Drug and multidrug resistance among Mycobacterium leprae isolates from Brazilian relapsed leprosy patients. *J Clin Microbiol* 2012 Jun; 50(6): 1912-17.
- 35 World Health Organization. Weekly epidemiological record: Surveillance of drug resistance in leprosy 2010. *WHO* 2011; 23(86): 237-240. Disponível em <http://www.who.int/wer/2011/wer8623>. Acesso em 14 de junho de 2013.
- 36 Mendes, EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online] 2010; 15(5): 2297-305.
- 37 Lockwood DNJ, Suneetha S. Leprosy: too complex a disease for a simple elimination paradigm. *Bull World Health Organ* 2005 Mar; 83(3): 230-35.
- 38 Spinelli H, Urquí M, Bargalló ML, Alazraqui M. *Equidad en salud: teoría y praxis* [Internet]. Buenos Aires: CEDES;

2002. [citado em 2014/06/20]. Disponível em: <http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedes>.

39 Granja G F, Zoboli ELCP, Fortes PAC, Fracolli LA. Equidade no Sistema de Saúde Brasileiro: Uma Teoria Fundamen-

tada em dados. Revista Baiana de Saúde Pública 2010; 34(1): 72-86.