

Perfil dos portadores de hanseníase de um centro de referência de um estado brasileiro

Profile of leprosy patients at a reference center in a Brazilian state

Perfil de los portadores de lepra de un centro de referencia de un estado brasileño

Ana Débora Assis Moura^I; Eliane Regina de Oliveira Albuquerque^{II}; Emilia Soares Chaves^{III};
Adriano Rodrigues de Souza^{IV}; Guldemar Gomes de Lima^V; Cristianne Soares Chaves^{VI}

RESUMO

Objetivo: traçar o perfil dos portadores de hanseníase de um Centro de Referência em Dermatologia. **Métodos:** pesquisa descritiva, com 469 prontuários de portadores, em Fortaleza, Ceará, Brasil. O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisas (nº68/2011). **Resultados:** a hanseníase atingiu mais homens que mulheres; a forma clínica predominante foi a Dimorfa; a faixa etária de maior incidência foi entre 37 e 53 anos; prevaleceram os pacientes sem ensino fundamental; 63,8% tinham renda entre zero e dois salários mínimos; a maioria era constituída de aposentados; com relação ao grau de incapacidade física inicial, 66,7% apresentaram Grau 0; 21,5% Grau 1; e 11,8% Grau 2; para o grau de incapacidade física final, 62,7% apresentaram Grau 0; 9,8% Grau 1; 4,3% Grau 2. **Conclusão:** devem ser desenvolvidas ações para capacitação dos profissionais de saúde para diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento dos casos, bem como esclarecimento da população para prevenir o aparecimento de incapacidades.

Palavras-Chave: Hanseníase; perfil de pacientes; saúde; assistência.

ABSTRACT

Objective: to describe the profile of leprosy patients in a Dermatology Referral Center. **Methods:** this is a descriptive research with 469 medical records in Fortaleza, Ceará, Brazil. The study was approved by Ethics Committee (nº68 / 2011). **Results:** leprosy was most incident among males than in females; the Borderline clinical form predominated; the predominant age ranged from 37 to 53 years; patients without primary education predominated; 63.8% had an income between zero and two minimum wages; most were retired; as regards to the degree of physical disability, 66.7% had Degree 0, 21.5% Degree 1, and 11.8% Degree 2; and as for the final physical disability, 62.7% had Degree 0; 9.8% Degree 1 and 4.3% Degree 2. **Conclusions:** it is expected the development of actions for the training of health professionals seeking an early diagnosis, treatment and follow-up of cases, as well as enlighten the public to prevent the onset of disabilities.

Keywords: Leprosy; profile; health; assistance.

RESUMEN

Objetivo: describir el perfil de personas con lepra de un Centro de Referencia en Dermatología. **Métodos:** investigación descriptiva, con 469 registros médicos en Fortaleza, Ceará, Brasil. La investigación fue aprobada por Comité de Ética (número 68/2011). **Resultados:** la lepra fue más predominante en hombres que en mujeres, la forma clínica prevalente fue la Dimorfa; edad entre 37 y 53 años; pacientes sin educación primaria; 63,8% tenían sueldo entre cero y dos salarios mínimos; la mayoría era de jubilados; cuanto al grado de discapacidad física, 66,7% tenían Grado cero; 21,5% Grado 1; y 11,8% Grado 2; para el grado de discapacidad física final, 62,7% tenía Grado 0; 9,8% Grado 1; 4,3% Grado 2. **Conclusión:** se espera que sean llevadas a cabo acciones para la formación de profesionales de salud para diagnóstico precoz, tratamiento y seguimiento de los casos, así como aclaraciones a la población para prevenir la aparición de discapacidades.

Palabras Clave: Lepra; perfil; salud; asistencia.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença cercada de estigma e preconceito, que deixa marcas físicas ou emocionais nos indivíduos, e está associada à baixa renda familiar, desnutrição, baixa escolaridade, condições de saúde precárias, dentre outros¹.

A situação de pobreza em que vivem muitas pessoas significa condições econômicas insuficientes para alcançar seus desejos e valorizar sua vida. A au-

sência de recursos pode influenciar negativamente nas condições de vida e no desenvolvimento de doenças de um indivíduo, além de se constituir um fator que irá influenciar na escolha, avaliação e aderência a um tratamento proposto².

Além das condições individuais, o risco de adoecer está relacionado às péssimas condições de vida, a precariedade na assistência à saúde e a fatores socioe-

^IEnfermeira. Doutoranda em Saúde Pública. Mestre em Enfermagem. Servidora da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: anadeboraam@hotmail.com.

^{II}Enfermeira. Graduada pela Faculdade Integrada da Grande Fortaleza. Brasil. E-mail: anadeboraam@hotmail.com.

^{III}Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: emilia@unilab.edu.br.

^{IV}Enfermeiro. Docente da Universidade de Fortaleza. Brasil. E-mail: adrianorsouza@gmail.com.

^VEnfermeiro. Especialista em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: guldemar@hotmail.com.

^{VI}Enfermeira. Doutoranda em Saúde Pública. Servidora da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Brasil. E-mail: cristiannechaves@yahoo.com.br.

conômicos, como o aumento acelerado da população, grande imigração do contingente rural para a cidade, sem acompanhamento da estrutura urbana para melhoria da qualidade de vida dessas populações³.

Presente em vários países do mundo, a hanseníase acomete homens e mulheres em faixas etárias variadas e diferentes condições socioeconômicas. A diferença de casos da doença entre os sexos vem decrescendo nos últimos anos, acometendo mulheres em plena capacidade de reprodução e desempenho de atividades laborais, entretanto ainda permanece com maior incidência na a população masculina⁴.

Para alguns autores, isso implica em complicações futuras, uma vez que a doença possui alto poder incapacitante, portanto, o diagnóstico precoce e tratamento adequado impedem a instalação de incapacidades físicas que são consideradas um dos elementos que priva o indivíduo de exercer atividades cotidianas laborais e sociais, reportando a condições precárias de vida⁵.

Segundo dados do Ministério da Saúde do Brasil, a taxa de prevalência para a hanseníase caiu 68% nos últimos 10 anos, passando de 4,52/10.000habitantes em 2003, para 1,42/10.000hab., em 2013. A taxa de detecção geral da doença foi de 12,14/100.000hab., em 2014, correspondendo a 24.612 casos novos. Na população com menos de 15 anos, houve registro de 1.793 casos novos. Dessa forma, o Brasil permanece com dois títulos perversos: o único país do mundo que não conseguiu eliminar a doença, e o país que concentra mais casos novos da doença a cada ano⁶.

Diversos fatores, como diagnóstico demorado, controle de comunicantes, abandono da terapêutica, nível reduzido de esclarecimento, precárias condições de vida, assistência à saúde com baixa cobertura e preconceito, podem influenciar o controle da hanseníase e nos elevados índices de incidência que comprometem todas as regiões do país⁷.

Outro aspecto importante a ser levado em consideração é a ausência de informação que resulta na falta de procura de tratamento por clientes, ou mesmo abandono da terapêutica, uma vez que a hanseníase trata-se de uma doença infecciosa como outras, que requer cuidados específicos, tendo como diferença o preconceito e o estigma social⁸.

A hanseníase é uma doença de fácil diagnóstico, tratamento, e que tem cura. Para o Ministério da Saúde, a doença é condição prioritária para o atendimento em a saúde pública, e o diagnóstico é primordialmente clínico, com identificação de sinais e sintomas, preferencialmente na atenção básica, a partir da estratégia saúde da família (ESF). Espera-se, assim, o comprometimento do Brasil com as metas internacionais de eliminação da doença⁹.

Como benefícios deste estudo, portanto, espera-se contribuir para que os profissionais dos serviços de

saúde conheçam o perfil dos portadores de hanseníase de um município, já que o local do estudo é referência para o Estado do Ceará, e dessa forma, pode refletir o perfil do mesmo. Além disso, possibilitará aos profissionais o desenvolvimento de ações de saúde para o diagnóstico e tratamento precoces e, conseqüentemente, a prevenção de sequelas.

Desta forma, esse estudo teve como objetivo traçar o perfil epidemiológico dos portadores de hanseníase diagnosticados em um Centro de Referência em Dermatologia, em um município do Estado do Ceará-Brasil.

REVISÃO DE LITERATURA

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, crônica, de desenvolvimento lento, que traz como agente etiológico o *Mycobacterium leprae*, que ataca principalmente a pele e nervos periféricos. O homem é considerado o principal hospedeiro dessa infecção, e por meio das vias aéreas superiores adquire ou elimina a bactéria do organismo¹⁰.

A transmissão ocorre mediante contato direto do doente acometido que ainda não iniciou o tratamento, com indivíduo susceptível. A maioria das pessoas diariamente entra em contato com o bacilo, o que confere a essa doença uma alta infectividade, entretanto, por deficiência do sistema imunológico que não consegue combater a infecção, uma pequena minoria desenvolve a enfermidade, designando assim a sua baixa patogenicidade¹¹.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou a hanseníase conforme o índice bacilos-cópico, em paucibacilar (menor que 2+) e multibacilar (maior ou igual a 2+). Estabeleceu critérios clínicos, considerando paucibacilar-res casos com até cinco lesões cutâneas e/ou um tronco nervo-so acometido, e multibacilares, casos com mais de cinco lesões cutâneas e/ou mais de um tronco nervoso acometido. Onde o exame bacilos-cópico é disponível, pacientes com resultado po-sitivo são considerados multibacilares, independentemente do número de lesões¹².

A perda da sensibilidade tátil, térmica e dolorosa correspondem aos principais sintomas da doença, por ser causada por um agente intracelular que se abriga em células cutâneas, bloqueando a condução dos impulsos nervosos, acometendo principalmente as inervações das extremidades¹³.

É uma doença curável, entretanto, por possuir um período de incubação que varia em média de 2 a 7 anos, quando diagnosticada, pode apresentar algum grau de incapacidade física ou deformidades⁵.

Quanto ao tratamento, no grupo dos paucibacilares, é feito através do uso da poliquimioterapia (PQT) com duração de 6 a 9 meses. Já para os multibacilares, o tratamento requer um período mais prolongado, que pode durar de 12 a 18 meses¹².

Em relação aos cuidados com a saúde, sabe-se que os homens apresentam desvantagens por menor acesso a esses serviços, gerando na maioria das vezes, desconfiança, questionamentos, baixa credibilidade atribuída ao diagnóstico e tratamento. Tais condutas mascararam o problema, muitas vezes, levando-os ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas, o que explicaria as lacunas no controle e tratamento da doença¹⁴.

O aparecimento da doença nos homens ameaça o papel da figura masculina, sendo, na maioria das vezes, manifestada com revolta, ansiedade, inquietação, desconfiança, raiva, medo e indiferença. Quanto às mulheres, estas se preocupam com as lesões incapacitantes e as deformidades visíveis que podem acarretar, podendo por em risco seu papel dentro da família ou no trabalho¹⁵.

Estudiosos demonstraram que a incapacidade de administrar as tarefas do lar e o cuidado com os filhos foram motivos para as portadoras de hanseníase serem abandonadas por seus companheiros ou cônjuges, o que resultou em grande desgaste emocional e sentimento de inutilidade para administração doméstica¹⁶.

METODOLOGIA

O presente artigo é uma pesquisa descritiva, de natureza quantitativa. Foi realizado em um Centro de Referência em Dermatologia que atende e acompanha pacientes em tratamento de hanseníase de todo o Estado do Ceará, no ano de 2012. Trata-se de uma instituição pública de nível secundário, vinculada à Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA).

A população do estudo constitui-se de 607 prontuários de pacientes portadores de hanseníase diagnosticados no Centro de Referência. A amostra constou de 469 prontuários do referido ano, que continham as informações pertinentes ao estudo e que estivessem dentro do período pré-estabelecido. Foram excluídos 112 prontuários que estavam incompletos e 26 prontuários de pacientes que não se encontravam no arquivo. Portanto, a pesquisa foi realizada com 469 prontuários.

A coleta de dados se deu por meio de avaliação da documentação, pesquisa documental em base de dados (prontuários). Esses dados foram coletados nos prontuários de pacientes que passaram por tratamento no referido Centro Dermatológico.

Após coletados os dados, as informações foram organizadas em dois softwares, o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) e Excel 2007, onde foram criadas tabelas, possibilitando uma visão ampla e global, dando-lhes determinação e fidedignidade aos números encontrados, para posterior discussão e interpretações dos resultados. Estes programas também deram suporte para a análise dos dados coletados, sendo realizada a estatística descritiva dos mesmos. As variáveis pesquisadas abrangeram as referentes ao perfil dos pacientes: gênero, raça, idade, escolaridade, renda família, ocupação; formas clínicas da hanseníase; tratamento; e grau de incapacidade.

Quanto a avaliação da incapacidade, foi observado o critério: Grau 0 – sensibilidade preservada nos olhos, nas mãos e nos pés; Grau 1 – há redução da sensibilidade no(s) olho(s), na(s) mão(s) e/ou no(s) pé(s); Grau 2 – múltiplos comprometimentos no(s) olho(s); mão(s) e/ou pé(s) com lesões traumáticas e /ou presença de garra(s) e/ou reabsorção óssea.

Antes do início da coleta de dados, o estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, recebendo parecer favorável de nº068/2011.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados referentes ao sexo evidenciam que a hanseníase atinge mais homens do que mulheres. Foi verificado que no total da amostra (469), os pacientes do sexo masculino representaram 252(53.73%) sujeitos, enquanto que o sexo feminino 217(46.27%), conforme mostra a Tabela 1.

Há variações entre as taxas de detecção entre os sexos, com predomínio de maiores taxas em homens. Estudos no Município de São Luís/MA e em Belém/PA^{4,17}, demonstraram dados semelhantes aos encontrados nesse estudo. Entretanto, há exceções em outras cidades e regiões do Brasil, como em Governador Valadares/MG e Campos dos Goytacazes/RJ, em que respectivamente, 55,3% e 50,8% dos pacientes acometidos pela hanseníase são mulheres¹⁸.

A forma clínica predominante em ambos os sexos é a Dimorfa, com 141(55.95%) para os homens e 87(40.09%) para as mulheres, seguida da Tuberculóide com 51(20.24%) e 79(36.41%), Virchowiana com 51(20.24%) e 19(8.75%), e a Indeterminada com 9(3.57%) e 32(14.75%). As formas clínicas consideradas mais graves e contaminantes dessa patologia, a Dimorfa e Virchowiana, são registrados neste estudo como as formas que mais acometem o sexo masculino, representando 76.19%.

De acordo com estudo realizado, no período de julho de 2007 a julho de 2008, no Município de São José do Rio Preto/SP, a frequência de acometimento das formas clínicas nos homens e mulheres, respectivamente, foi a forma Dimorfa (50%; 34,2%), Virchowiana (30,8%; 16,7%), Tuberculóide (16,3%; 22,5%) e Indeterminada (2,9%; 26,7%), havendo predomínio da forma Dimorfa, com 41,5%, de uma amostra de 359 pacientes, o que se assemelha aos resultados encontrados neste estudo¹⁹.

Quando se compara a sequência em que se manifestam as formas clínicas em relação ao gênero, neste estudo apresenta diferença entre as formas Tuberculóide e Virchowiana, fato esse significativo em relação a outros municípios, por ser a Tuberculóide considerada uma forma não contagiosa da doença.

Quanto à faixa etária, prevaleceram – 150(32%) - pacientes com idade entre 37 e 53 anos. Assim como no gênero, nessa classe predominou a forma clínica Dimorfa, em 72(48%) pacientes. Para pacientes com 72

TABELA 1: Distribuição dos indivíduos segundo forma clínica da hanseníase e gênero, idade, raça, escolaridade e renda. Fortaleza-CE,2012.

Variáveis	Indeterminada		Tuberculóide		Dimorfa		Virchowiana		Total	
	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)
Gênero										
Masculino	9	3,6	51	20,2	141	55,9	51	20,2	252	53,7
Feminino	32	14,7	79	36,4	87	40,1	19	8,8	217	46,3
Faixa etária										
4-20	13	22,0	17	28,8	27	45,8	2	3,4	59	12,6
21-36	10	10,5	24	25,3	37	39,0	24	25,3	95	20,3
37-53	12	8,0	45	30,0	72	48,0	21	14,0	150	32,0
54-71	5	4,4	38	33,0	61	53,0	11	9,6	115	24,5
72 ou mais	1	2,0	6	12,0	31	62,0	12	24,0	50	10,7
Raça										
Branca	10	9,3	28	25,9	58	53,7	12	11,1	108	23,0
Preta	-	-	6	26,1	11	47,8	6	26,1	23	4,9
Parda	31	9,2	96	28,4	159	47,0	52	15,4	338	72,1
Escolaridade										
Ensino Fundamental incompleto	19	8,2	53	22,9	122	52,8	37	16,0	231	49,5
Ensino fundamental completo	6	17,1	6	17,1	15	42,9	8	22,9	35	7,5
Ensino médio incompleto	4	10,0	14	35,0	16	40,0	6	15,0	40	8,6
Ensino médio completo	7	10,5	25 (37,3)	29	43,3	6	9,0	67	4,4	
Ensino superior incompleto	1	16,7	2	33,3	2	33,3	1	16,7	6	1,3
Ensino superior completo	2	14,3	7	50,0	4	28,6	1	7,1	14	3,0
Sem escolaridade	2	2,7	23	31,1	39	52,7	10	3,5	74	15,9
Renda familiar (salário mínimo)										
0-2	27	9,0	75	25,1	148	49,5	49	16,4	299	63,9
2-4	13	8,2	53	33,3	74	46,5	19	12,0	159	34,0
4 ou mais	1	10,0	2	20,0	5	50,0	2	20,0	10	2,1

anos ou mais, a forma Indeterminada é a que menos se destaca, sendo identificada em somente 1(2%) indivíduo, como descrito na Tabela1. Entre todos os prontuários verificados, os pacientes possuem uma média de 46 anos de idade e um Coeficiente de Variação de 42.15%, o que mostra a extensa dispersão das idades.

A doença, neste estudo, com exceção dos mais idosos, se apresenta em menor proporção na faixa etária de 4-20 anos, representando 59 (12.6 %) casos.

Sobre a raça, esta foi classificada em três tipos: branca, preta e parda. Pode-se observar que a parda, com 338(72.1%) sujeitos, foi a mais prevalente, seguindo-se a raça branca, com 108(23%) sujeitos, e a raça preta, com apenas 23(4.9%), segundo a Tabela 1.

Estudo sobre o perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006, constatou, na avaliação da raça/cor, que os pardos foram a maioria, com 33,4% dos casos, seguidos pelos brancos com 29,8%, e a raça negra representando a menor proporção²⁰, sendo esses dados similares aos apresentados neste estudo.

Analisando-se a escolaridade, identifica-se que os pacientes que não concluíram o Ensino Fundamental - 231(49.5%) - representam quase a metade de toda a amostra, seguindo-se os pacientes sem escolaridade

-74(15.8%); 67(14.3%) dos pacientes concluíram o Ensino Médio e apenas 14(3%) concluíram o Ensino Superior, como decreve a Tabela 1.

A baixa escolaridade dos pacientes analisados pode refletir em suas possibilidades profissionais para emprego, tendo como consequência, para a maioria, os baixos salários e condições socioeconômicas desfavoráveis.

Em relação à renda familiar mensal, verificou-se que a maioria - 299(63.8%) - tem renda familiar entre zero e até dois salários mínimos; seguem-se 159(34%) com renda maior ou igual a dois salários mínimos e menor que quatro; e apenas 10(2.1%) com renda maior ou igual a quatro salários mínimos. Pelo exposto, constata-se que a hanseníase está mais presente na classe social menos favorecida economicamente.

É preciso ter cuidado ao afirmar que a hanseníase é uma doença característica da pobreza, porém pode-se dizer que têm mais riscos de adquirir doenças transmissíveis as pessoas com baixo nível socioeconômico, que dispõem de alimentação e moradia insatisfatórias, se comparadas às pessoas que têm uma boa qualidade de vida²¹.

Quanto à ocupação dos pacientes, verificou-se a predominância - 85(18.12%) - de aposentados; 73(15.57%) trabalham em serviços domésticos; 57(12.2%) apenas estudam; 24(5.12%) exercem atividade

des na agricultura; e 20 (4.26%) no comércio, segundo a Tabela 2. Ainda sobre a ocupação, esta informação não constou em 210 prontuários.

Quanto ao tratamento, pode-se contatar que o mais utilizado, neste estudo foi multibacilar, para 299 (63.8%) pacientes; também foi o tratamento mais indicado, na hanseníase do tipo Dimorfa para 206 (68.9%) pacientes. O tratamento paucibacilar foi aplicado em 170 (36.3%) casos, sendo o mais utilizado na hanseníase do tipo Tuberculóide, em 117 (68.8%) casos, conforme descrito na Tabela 3.

Com relação ao grau de incapacidade física detectada no diagnóstico da doença, os dados revelaram que todos os pacientes realizaram a avaliação do grau de incapacidade física inicial. Destes, 313 (66.7%) apresentaram Grau 0; 101 (21.5%) Grau 1; e 55 (11.8%) Grau 2. Já para o grau de incapacidade física final, ou seja, depois de concluído o esquema terapêutico estabelecido, 294 (62.7%) apresentaram Grau 0; 46 (9.8%) Grau 1; 20 (4.3%) Grau 2; e 109 (23.2%) não realizaram o exame, como está apontado na Tabela 3. De acordo com os registros encontrados nos prontuários, a ausência dos pacientes na avaliação física final se deve a variadas causas, entre elas estão o não comparecimento ao exame, abandono do tratamento, transferência e óbito.

Neste estudo, os altos índices de casos que apresentam incapacidade física, no início e conclusão do tratamento, parecem demonstrar que os diagnósticos de

hanseníase ainda acontecem tardiamente, colaborando para as complicações dessa doença. As incapacidades físicas e deformidades representam entre os principais agravos ocasionados pela doença, podendo provocar ou agravar o preconceito, além de contribuir para a exclusão social e interferir nas atividades cotidianas e do trabalho²².

Quando os pacientes iniciam o esquema terapêutico sem qualquer tipo de incapacidade e seguem as orientações dos profissionais de saúde durante todo o tratamento, mesmo estando sujeitos a evolução clínica da doença, à resposta imunológica ao bacilo e ao uso da medicação, eles apresentam maiores chances de não desenvolverem deformidades e incapacidades físicas²³.

A descentralização das ações de saúde para a atenção básica possibilita maior acesso à população. A mudança do modelo assistencial trouxe um novo paradigma, relacionado à substituição de um modelo baseado em especialidades médicas para um centrado na vigilância em saúde, com ênfase no sujeito e família. A assistência integral ao portador da hanseníase requer a organização de equipes multidisciplinares na atenção básica, na média e alta complexidade, para que possam atender cada caso dentro de suas necessidades e dos princípios da equidade e integralidade²⁴.

No que se refere à procedência dos pacientes, verificou-se que 41 (8.9%) residem na Região Metropolitana, 363 (77.3%) estão situados na capital Fortaleza,

TABELA 2: Distribuição dos indivíduos segundo forma clínica da hanseníase e ocupação. Fortaleza-CE, 2012.

Ocupação(*)	Indeterminada		Tuberculóide		Dimorfa		Virchowiana		Total	
	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)
Agricultor	1	4,2	5	20,8	16	66,7	2	8,3	24	5,1
Aposentado	1	1,2	25	29,4	46	54,1	13	15,3	85	18,1
Comerciante	4	20,0	5	25,0	9	45,0	2	10,0	20	4,3
Doméstica	4	11,8	6	17,7	14	41,2	10	29,4	34	7,3
Do lar	2	5,1	11	28,2	23	59,0	3	7,7	39	8,3
Estudante	11	19,3	19	33,3	25	43,9	2	3,5	57	12,2

(*) Em 210 prontuários não havia registro de ocupação.

TABELA 3: Distribuição dos indivíduos segundo forma clínica da hanseníase, tratamento e grau de incapacidade. Fortaleza-CE, 2012.

Variável	Indeterminada		Tuberculóide		Dimorfa		Virchowiana		Total	
	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)
Tratamento										
Paucibacilar	31	18,4	117	68,8	22	12,9	-	-	170	36,3
Multibacilar	10	3,3	13	4,4	206	68,9	70	23,4	299	63,8
Grau de incapacidade física inicial										
Grau 0	38	12,1	109	34,8	129	41,2	37	11,8	313	66,7
Grau 1	1	1,0	10	9,9	70	69,3	20	19,8	101	21,5
Grau 2	2	3,6	11	20,0	29	52,7	13	23,6	55	11,7
Grau de incapacidade física final										
Grau 0	34	11,6	102	34,7	124	42,2	34	11,6	294	62,7
Grau 1	-	-	7	15,2	33	71,7	6	13,0	46	9,8
Grau 2	1	5,0	4	20,0	11	55,0	4	20,0	20	4,3
Não realizou	6	5,5	17	15,6	60	55,1	26	23,9	109	23,2

e apenas 65 (13.8%) moram no interior do Estado do Ceará. Em outro estudo, realizado no Município de Fortaleza/CE, foi detectado que a maioria era proveniente da capital e de municípios da Região Metropolitana, representando 82% dos casos registrados²⁵.

CONCLUSÃO

O sexo masculino foi o mais acometido pela hanseníase, sobretudo pelas formas mais graves, e a média de idade se mostrou evidenciou pacientes economicamente ativos, sendo a forma Dimorfa a mais incidente.

A raça parda caracterizou a maioria dos casos, confirmando a forte miscigenação do Estado do Ceará.

A baixa escolarização observada, na maioria dos casos, foi coerente com a predominância das ocupações de certos setores de serviços, cujas tarefas não requerem qualificação e resultam em baixa rentabilidade.

O alto percentual de incapacidades físicas, no início e no final do tratamento, exige o estímulo ao diagnóstico precoce e melhoria da qualidade da assistência à saúde.

A maioria dos pacientes procede de regiões periféricas da cidade, onde se concentram aglomerados de pessoas que vivem sob precárias condições de vida, associadas ao baixo perfil socioeconômico e cultural, havendo, dessa forma, necessidade de um olhar diferenciado para esses locais que consolidam características de focos contínuos de transmissão da doença.

É preciso capacitar os profissionais de saúde para o diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento dos casos nas unidades básicas de saúde, bem como esclarecer a população sobre sinais e sintomas dessa doença e a busca terapêutica para prevenir o aparecimento de incapacidades.

Como limitação do estudo, considera-se que a ausência de realização de testes estatísticos, para a associação de variáveis, não permitiu identificar certas características importantes como variáveis que poderiam contribuir para a incidência dos casos de hanseníase no Estado do Ceará.

REFERÊNCIAS

- Nunes JM, Oliveira ENV, Cunha NF. Hanseníase: conhecimentos e mudanças na vida das pessoas atingidas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16 (suppl 1): 1311-8.
- Imbiriba EB, Hurtado-Guerrero JC, Garnelo L, Levino A, Cunha M G, Pedrosa V. Perfil epidemiológico da hanseníase em menores de quinze anos de idade, Manaus (AM), 1998-2005. *Rev Saude Publica*. 2008; 42 (6): 1021-6.
- Alencar CHM, Barbosa JC, Ramos Júnior AN, Alencar MJF, Pontes RJS, Castro CGJ, et al. Hanseníase no município de Fortaleza, CE, Brasil: aspectos epidemiológicos e operacionais em menores de 15 anos (1995 - 2006). *Rev Bras Enferm*. 2008; 61 (esp.): 694-700.
- Castro SMS, Watanabe HAW. Isolamento compulsório de portadores de hanseníase: memória de idosos. *História, Ciências, Saúde*. 2009; 16 (2): 449-87.
- Duarte MTC, Ayres JÁ, Simonetti JP. Consulta de enfermagem: estratégia de cuidado ao portador de hanseníase em atenção primária. *Texto Contexto - Enferm*. 2009; 18 (1): 100-7.
- Fundação Oswaldo Cruz. Hanseníase: Brasil é o único país que não conseguiu eliminar sua propagação. 2015 [citado em 03 abril 2016]. Disponível em: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/hanseníase-reducao-de-casos-nao-sera-suficiente-para-que-o-pais-elimine-doenca-ate-o-fim-de>.
- Amaral EP, Lana FCF. Análise espacial da hanseníase na microrregião de Almenara, MG, Brasil. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61: 701-7.
- Opromolla PA, Laurenti R. Controle da hanseníase no estado de São Paulo: análise histórica. *Rev Saude Publica*. 2011; 45 (1): 195-203.
- Aquino CMF, Rocha EPAA, Guerra MCG, Coriolano MWL, Vasconcelos EMR, Alencar EN. Peregrinação (Via Crucis) até o diagnóstico da hanseníase. *Rev enferm UERJ*. 2015; 23 (2): 185-90.
- Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Vigilância em Saúde. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. 8ª ed. Brasília(DF): Editora MS; 2010.
- Mendonça VA, Melo GEBA, Teixeira AL. Imunologia da hanseníase. *An Bras Dermatologia*. 2008; 83: 343-50.
- Lastória JC, Abreu MAMM. Hanseníase: diagnóstico e tratamento. *Diagn Tratamento*. 2012; 17(4):173-9.
- Morais JP, Torritezi K, Silva TAAS, Martin YC. Visão da população do Município de São Paulo quanto à ocorrência da hanseníase e seu comportamento para a prevenção. *Rev Ciênc Saúde*. 2009; 27 (3): 201-5.
- Bittencourt LP, Carmo AC, Leão AMM, Clos AC. Estigma: percepções sociais reveladas por pessoas acometidas por hanseníase. *Rev enferm UERJ*. 2010; 18 (2): 185-90.
- Pereira EVE, Machado HAS, Ramos CHM, Nogueira LT, Lima LAN. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Teresina, no período de 2001-2008. *An Bras Dermatologia*. 2011; 86 (2): 235-40.
- Martins PV, Caponi S. Hanseníase, exclusão e preconceito: histórias de vida de mulheres em Santa Catarina. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15 (supl.): 1047-54.
- Chaves HM, Cunha M, Mariano G, Macedo M, Batista KNM, Xavier MB, et al. Avaliação clínico-epidemiológica em pacientes multibacilares em uma unidade de referência em hansenologia da Amazonia. *Hansenologia Internationalis*. 2008; 8 (33): 9-16.
- Batista ES. Perfil sócio-demográfico e clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em Campos dos Goytacazes, RJ. *Rev Bras Clin Médica*. 2011; 9 (2): 101-6.
- Arantes CK, Garcia MLR, Filipe MS, Nardi SMT, Paschoal VDA. Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. *Epidemiol Serv Saúde*. 2010; 19 (2): 155-64.
- Miranzi SSC, Pereira LHM, Nunes AA. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006. *Rev Soc Bras Med Tropical*. 2010; 43 (1): 62-7.
- Montenegro RMN, Molina MDC, Moreira M, Zandonade E. Avaliação nutricional e alimentar de pacientes portadores de hanseníase tratados em unidades de saúde da Grande Vitória, Estado do Espírito Santo. *Rev Soc Bras Med Tropical*. 2011; 44 (2): 228-31.
- Lana FCF, Carvalho APM, Davi RFL. Perfil epidemiológico da hanseníase na microrregião de Araçuaí e sua relação com ações de controle. *Esc Anna Nery*. 2011; 15 (1): 62-7.
- Rodini FCB, Gonçalves M, Barros ARSB, Mazzer N, Elui VMC, Fonseca MCR. Prevenção de incapacidade na hanseníase com apoio em um manual de autocuidado para pacientes. *Fisioterapia e Pesquisa*. 2010; 17,(2): 157-66.
- Lopes FN, Lana FCF. Participação popular no controle da hanseníase: um desafio para o serviço de saúde. *Rev enferm UERJ*. 2015; 23(2): 235-40.
- Gomes CCD, Pontes MAA, Gonçalves HS, Penna GO. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em um centro de referência na região nordeste do Brasil. *An Bras Dermatologia*. 2005; 80 (3): 283-8.