

RELAÇÃO DA HANSENÍASE COM A COBERTURA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS

RELATIONSHIP OF LEPROSY WITH COVERAGE OF FAMILY HEALTH STRATEGY AND SOCIOECONOMIC CONDITIONS

RELACIÓN DE LA LEPROA CON LA COBERTURA DE LA ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR Y CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS

KLEANE MARIA DA FONSECA AZEVEDO ARAÚJO*
FRANCISCO CARLOS FÉLIX LANA**

RESUMO

Objetivo: Analisar a epidemiologia da hanseníase e sua relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família e as condições socioeconômicas na Paraíba, Brasil, no período de 2001 a 2016. Material e Método: Estudo ecológico de abordagem quantitativa. Os dados secundários foram extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Verificou-se a relação dos indicadores epidemiológicos da hanseníase com a cobertura da Estratégia de Saúde da Família e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal por meio da regressão de Poisson com inflação de zeros. Resultados: Foram analisados 12.134 casos novos de hanseníase. O aumento da cobertura da Estratégia de Saúde da Família contribuiu significativamente para incremento na taxa de detecção na população geral. A melhora do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal contribuiu para aumento de casos da doença na população geral e redução em menores de 15 anos. Conclusão: Houve melhoria dos indicadores epidemiológicos da doença mediante implantação de serviços de saúde e avanços nos indicadores sociais; no entanto, ainda persistem situações de pobreza e desigualdade que contribuem para a continuidade da hanseníase. Reforça-se a importância de investimentos nas ações de saúde e políticas inclusivas, com vistas a minimizar as iniquidades existentes e controlar a endemia.

Palavras-chave: Hanseníase; Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Fatores Socioeconômicos; Desigualdades.

ABSTRACT

Objective: To analyze the epidemiology of leprosy and its relationship with the coverage of the Family Health Strategy and the socioeconomic conditions in Paraíba, Brazil, from 2001 to 2016. Material and Method: Ecological study with a quantitative approach. We extracted secondary data from the Notifiable Diseases Information System (SINAN, as per its Portuguese acronym). We checked the relationship of leprosy epidemiological indicators with the coverage of the Family Health Strategy and the Municipal Human

* Doutora. Unidade Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande, Paraíba, Brasil. Email: kleanemaria@yahoo.com.br Autora correspondente.

** Doutor. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Email: xicolana@gmail.com

Development Index by Zero-inflated Poisson regression model. Results: We analyzed a total of 12,134 new leprosy cases. The increased coverage of the Family Health Strategy contributed significantly to the increment in the detection rate in the general population. The improvement of the Municipal Human Development Index contributed to the increased number of cases of the disease in the general population and decrease in people under the age of 15. Conclusion: There was an improvement in the epidemiological indicators of the disease through the implementation of health services and advances in social indicators; however, there are still situations of poverty and inequality that contribute to the continuity of leprosy. We should emphasize the importance of investments in health actions and inclusive policies, with a view to minimizing the existing inequities and controlling this endemic.

Keywords: Leprosy; Family Health Strategy; Primary Health Care; Socioeconomic Factors; Inequalities.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la epidemiología de la lepra y su relación con la cobertura de la Estrategia de Salud Familiar y las condiciones socioeconómicas en Paraíba, Brasil, entre 2001 y 2016. **Material y Método:** Estudio ecológico con enfoque cuantitativo. Los datos secundarios se extrajeron del Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SINAN, según su sigla en portugués). Se verificó la relación entre los indicadores epidemiológicos de la lepra con la cobertura de la Estrategia de Salud Familiar y el Índice de Desarrollo Humano Municipal mediante la regresión de Poisson con inflación de ceros. **Resultados:** Se analizaron un total de 12.134 casos nuevos de lepra. El crecimiento de la cobertura de la Estrategia de Salud Familiar contribuyó significativamente al incremento de la tasa de detección en la población general. La mejora del Índice de Desarrollo Humano Municipal contribuyó al crecimiento de casos de la enfermedad en la población general y la reducción en personas menores de 15 años. **Conclusión:** Hubo una mejora en los indicadores epidemiológicos de la enfermedad mediante la implementación de servicios de salud y avances en los indicadores sociales, sin embargo, aún existen situaciones de pobreza y desigualdad que contribuyen a la continuidad de la lepra. Se refuerza la importancia de inversiones en acciones de salud y políticas inclusivas, con miras a mitigar las disparidades existentes y controlar esta endemia.

Palabras clave: Lepra; Estrategia de Salud Familiar; Atención Primaria de Salud; Factores Socioeconómicos; Desigualdades.

Fecha da recepção: 18/11/2019

Fecha da aceitação: 13/12/2019

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma das doenças mais antigas que aflige a humanidade. Causada pelo *Mycobacterium leprae*, que tem predileção pelos nervos periféricos, mucosas e pele, quando não diagnosticada e tratada precocemente pode causar neuropatias periféricas, acarretar incapacidade física e deformidades⁽¹⁾.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Sudeste Asiático e as Américas são as áreas mais afetadas pela doença. No ano de 2018 foram notificados 208.619 casos novos da doença em 159 países, sendo a Índia responsável por 120.334 (58%); Brasil, 28.660 (13%); e Indonésia, 17.017 (8%)⁽²⁾.

A hanseníase permanece sendo diagnosticada em todos os estados brasileiros. Na Paraíba, a doença apresenta tendência decrescente, no entanto a transmissão continua ativa considerando a incidência de casos em menores de 15 anos, fato que pressupõe a presença de adultos doentes sem diagnóstico e/ou sem tratamento. Além disso, são notificados casos com grau 2 de incapacidade física que prediz diagnóstico tardio^(3, 4).

Soma-se ao problema exposto a questão de a hanseníase estar associada às condições socioeconômicas desfavoráveis^(5, 6, 7). Uma forma de mensurar as condições socioeconômicas de uma população é a partir do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Esse indicador permite mensurar

três requisitos importantes na vida das pessoas: oportunidade de ter vida longa e saudável (saúde), acesso ao conhecimento (educação) e padrão de vida (renda)⁽⁸⁾.

Sabe-se que uma das estratégias para o enfrentamento das iniquidades em saúde é a oferta de serviços capazes de promover equidade de acesso e assistência de qualidade. No Brasil, a Política Nacional de Saúde fundamenta-se na organização do Sistema Único de Saúde (SUS), onde o cenário da Atenção Primária à Saúde (APS) está ancorado na Estratégia Saúde da Família (ESF). A implantação desses serviços expressa a magnitude das ações em um dado território ou população e contribui para reduzir as desigualdades em saúde⁽⁹⁾.

O novo modelo de atenção à saúde em hanseníase se baseia na descentralização das ações de controle, tais como: diagnóstico e tratamento oportuno, prevenção e tratamento de incapacidades físicas, vigilância de contatos, educação em saúde, aplicação da vacina de BCG (*Bacillus Calmette-Guérin*) para Atenção Primária à Saúde⁽⁴⁾.

Assim, o enfermeiro, como integrante da ESF, ocupa espaço estratégico na implementação das ações de controle da hanseníase, tanto no cuidado direto quanto na coordenação do processo de trabalho, ações de educação para saúde, vigilância epidemiológica e capacitação profissional⁽³⁾.

Considerando que a hanseníase é um problema de saúde pública de elevada transcendência, devido às incapacidades físicas oriundas do problema não tratado, a importância da ESF na execução das ações de controle da doença e a influência do contexto social no adoecimento das pessoas expostas ao bacilo, justifica-se a importância dessa abordagem. Ademais, não foi encontrado na literatura estudo que apresentasse a relação dos indicadores epidemiológicos da doença com a cobertura da ESF e condições socioeconômicas no contexto da Paraíba.

Nessa perspectiva, este estudo teve como objetivo analisar a epidemiologia da hanseníase e sua relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família e as condições socioeconômicas na Paraíba, Brasil, no período de 2001 a 2016.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo ecológico misto, realizado

utilizando-se dados dos 223 municípios do estado da Paraíba, Nordeste do Brasil, que contou com uma população estimada para 2018 de 4.018.127 habitantes⁽¹⁰⁾.

A população do estudo foi constituída por 12.134 casos novos de hanseníase registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2001 a 2016, disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba.

Para análise uni e multivariada foi utilizada a média de taxas das variáveis dependentes em dois períodos distintos: 2001 a 2008 e 2009 a 2016; Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase que mede a força da morbidade, magnitude e tendência da endemia; Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase na população de zero a 14 anos por 100 mil habitantes que mede a força da transmissão recente e tendência da endemia; Taxa de grau 2 de incapacidade física no diagnóstico/100 mil habitantes (redução da magnitude da endemia)⁽⁴⁾.

Para o cálculo desses indicadores utilizou-se as estimativas populacionais anuais obtidas por meio do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁽¹⁰⁾, sendo aquelas categorizadas por idade (< 15 anos), coletadas no Departamento de Informática do SUS⁽¹¹⁾.

Quanto às variáveis independentes, utilizaram-se a média da proporção de cobertura populacional de ESF, coletadas no Departamento de Atenção Básica⁽¹²⁾ e dados do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), extraídos dos censos demográficos do IBGE de 2000 e 2010⁽⁸⁾. Os parâmetros para classificar o IDHM obedecem à seguinte ordem: valores de 0 a 0,499, muito baixo desenvolvimento humano; 0,500 a 0,599, baixo desenvolvimento humano; 0,600 a 0,699, médio desenvolvimento humano; 0,700 a 0,799, alto desenvolvimento humano e 0,800 a 1, muito alto desenvolvimento humano⁽⁸⁾.

Na análise univariada e multivariada foram construídos modelos simples e múltiplos de Poisson com inflação de zeros⁽¹³⁾. Considerou-se um nível de significância de 5% para permanência da variável explicativa no modelo final. O teste de Deviance foi utilizado para testar possíveis interações entre as variáveis explicativas e para avaliar o ajuste dos modelos finais. As análises estatísticas foram realizadas no Stata (*Stata Corporation, College Station, USA*) versão 12.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética

em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob o protocolo nº 1.873.644

RESULTADOS

No período de 2001 a 2016 foram registrados 12.134 novos casos de hanseníase no estado da Paraíba. Desses, 867 (7,1%) foram notificados em menores de 15 anos.

A classificação operacional prevalente foi a paucibacilar em relação a multibacilar. Quanto à forma clínica a Tuberculóide apresentou maior número de casos seguido da forma Dimorfa, Indeterminada e Virchowiana. Em relação ao grau de incapacidade física, entre os casos novos de hanseníase que realizaram avaliação neurológica simplificada no diagnóstico, a maioria apresentou grau 0 (zero) de incapacidade física (Tabela 1).

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 2, para o período entre os anos de 2001 e 2008, tanto na uni quanto na multivariada, as variáveis explicativas, cobertura de ESF e IDHM, tiveram associação significativa com o desfecho taxa de detecção da hanseníase na população geral, sendo a interação entre as duas variáveis explicativas significativas no modelo multivariado.

Segundo os resultados da análise multivariada, para o período de 2001 a 2008, o aumento de 1% na cobertura de ESF corresponde a um aumento

de 0,020 na taxa de detecção da hanseníase. Já o aumento de 0,1 unidade no IDHM acarreta um aumento de quase nove casos de hanseníase a cada 100 mil habitantes.

No período seguinte, 2009 e 2016, o efeito da cobertura de ESF deixou de ser significativo tanto na uni quanto na multivariada e a interação não foi significativa na análise multivariada, permanecendo significativo apenas o efeito do IDHM, sendo observada uma diminuição no coeficiente de detecção geral. Para esse período, o aumento de 0,1 unidade no IDHM acarretava um aumento de aproximadamente quatro casos de hanseníase a cada 100.000 habitantes.

Considerando o modelo apresentado na Tabela 3, cuja variável resposta é a taxa de detecção da hanseníase em menores de 15 anos, para o período de 2001 a 2008, observou-se associação significativa apenas na variável explicativa IDHM. A variável cobertura de ESF não apresentou associação com a taxa de detecção em menores de 15 anos, tanto na uni quanto na multivariada. Dessa forma, o único efeito significativo foi do IDHM 2000, indicando, segundo resultados da análise multivariada, que o aumento de 0,1 unidade no IDHM 2000 está associado a um aumento de 1,7 casos de hanseníase em menores de 15 anos a cada 100.000 habitantes nessa faixa etária. A interação entre as duas variáveis explicativas testadas não foi significativa para os modelos multivariados.

Tabela 1. Caracterização clínica e epidemiológica de casos novos de hanseníase no período de 2001 a 2016, Paraíba-Brasil.

Variáveis		N 12.134	%
Classificação operacional	Paucibacilar	6281	51,7
	Multibacilar	5853	48,3
Forma clínica	Indeterminada	2283	18,8
	Tuberculóide	3454	28,4
	Dimorfa	3089	25,4
	Virchowiana	1873	16,4
	Não preenchido	1435	11
Grau de incapacidade física	Grau 0	7635	62,9
	Grau 1	2206	18,2
	Grau 2	735	6,1
	Não avaliado	1558	12,8

Fonte: SINAN/SES-P.

Para o período de 2009 a 2016, a cobertura de ESF foi significativa apenas na análise univariada, indicando que o aumento de 1% na cobertura corresponde a um aumento de 0,029 na incidência em menores de 15 anos. Entretanto, esse efeito perde a significância na análise multivariada, permanecendo significativa apenas a variável IDHM 2010. Segundo resultados do modelo multivariado, com o aumento de 0,1 unidade no

IDHM, observa-se uma redução de 2,4 casos de hanseníase em menores de 15 anos a cada 100.000 habitantes, no período de 2009 a 2016.

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 4, não foi observada associação significativa entre a taxa de grau 2 de incapacidade física e os indicadores cobertura de ESF e IDHM, tanto na análise uni quanto na multivariada, em nenhum dos dois períodos.

Tabela 2. Análises uni e multivariada da taxa de detecção geral de hanseníase, por períodos e cobertura de ESF e IDHM na Paraíba-Brasil.

Períodos	Cobertura	Univariada		Multivariada	
		Coefficiente	IC 95%	Coefficiente	IC 95%
Anos	ESF	-0,003	[-0,006; -0,001]	0,02	[0,003; 0,037]
2001 a 2008	IDHM 2000	5,355	[4,793; 5,918]	8,953	[5,808; 12,09]
	Interação			-0,041	[-0,078; -0,005]
Anos	ESF	-0,001	[-0,009; 0,008]	0,007	[-0,002; 0,016]
2009 a 2016	IDHM 2010	4,046	[3,168; 4,924]	4,205	[3,300; 5,109]
	Interação			*	*

Fonte: SINAN/SES-PB.

*Interação não significativa.

Tabela 3. Análises uni e multivariada da taxa de detecção de hanseníase em menores de 15 anos, por período e cobertura de ESF e IDHM na Paraíba-Brasil.

Períodos	Cobertura	Univariada		Multivariada	
		Coefficiente	IC 95%	Coefficiente	IC 95%
Anos	ESF	-0,002	[-0,009; 0,005]	0,002	[-0,006; 0,009]
2001 a 2008	IDHM 2000	1,596	[0,361; 2,831]	1,712	[0,362; 3,061]
Anos	ESF	0,029	[0,003; 0,55]	0,019	[-0,007; 0,046]
2009 a 2016	IDHM 2010	-2,897	[-4,861; -0,932]	-2,437	[-4,515; -0,360]

Fonte: SINAN/SES-PB.

Tabela 4. Análises uni e multivariada da taxa de grau 2 de incapacidade física no diagnóstico da hanseníase, períodos e cobertura de ESF e IDHM na Paraíba-Brasil.

Períodos	Cobertura	Univariada		Multivariada	
		Coefficiente	IC 95%	Coefficiente	IC 95%
Anos	ESF	0,01	[-0,005; 0,025]	0,01	[-0,006; 0,026]
2001 a 2008	IDH 2000	-0,553	[-0,099; 2,284]	0,079	[-2,805; 2,963]
Anos	ESF	0,032	[-0,016; 0,079]	0,025	[-0,025; 0,076]
2009 a 2016	IDH 2010	-2,437	[-6,432; 1,559]	-1,759	[-5,999; 2,481]

Fonte: SINAN/SES-PB.

DISCUSSÃO

A hanseníase apresentou declínio na Paraíba no período de estudo, no entanto ainda permanece em alta endemicidade de acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde do Brasil⁽⁴⁾. O fato dos casos de hanseníase receberem classificação operacional paucibacilar, forma clínica Tuberculóide, com grau 0 (zero) de incapacidade física aponta para um bom controle da endemia.

Por outro lado, a ocorrência de casos diagnosticados como multibacilares, formas clínicas dimorfa e virchowiana, além da presença de incapacidades físicas de grau 1 e 2, representa diagnóstico tardio, manutenção da cadeia de transmissão que contribui para disseminar a doença entre as pessoas.

O aumento da taxa de detecção na população geral em relação ao efeito da cobertura da ESF, no primeiro período de estudo, pode ser reflexo do aumento do percentual de municípios paraibanos contemplados com a implantação desses serviços. Por outro lado, no segundo período, a cobertura de serviços de ESF perde efeito, e isso pode ser explicado pela estabilização na implantação da ESF nesse período.

A descentralização das ACHs para os serviços da APS trouxe impactos imediatos em virtude da detecção de casos mais visíveis. Passada essa fase de expansão dos serviços, a endemia passou a exigir ações mais refinadas e sistematizadas de vigilância epidemiológica, bem como valorização de lesões de pele e percepção dos sinais e sintomas da doença que direcionasse as pessoas à busca pelos serviços de saúde.

A ESF expandiu a atenção básica em saúde, alcançando as regiões mais pobres do país e, em particular, áreas rurais do Norte e Nordeste, municípios de pequeno porte (abaixo de 50.000 habitantes) e áreas periféricas em regiões metropolitanas⁽¹⁴⁾.

Alusivo ao efeito do IDHM, o aumento de casos, no primeiro e segundo períodos, com o aumento de 0,1 na unidade do IDHM, pode ser explicado pela melhoria do acesso aos serviços de saúde, bem como melhorias na educação, reconhecimento dos sinais e sintomas. Sabe-se que melhor aporte nas condições socioeconômicas contribui para o aumento de casos no curto prazo e diminuição no longo prazo.

Ressalta-se que, em 2010, 100% dos municípios

paraibanos tiveram aumento nos valores do IDHM, em relação aos valores apresentados no censo de 2000⁽⁸⁾. Em parte, essas melhorias podem ser atribuídas às políticas de natureza universal na educação, saúde, trabalho e assistência social ocorridas no Brasil ao longo de uma década^(15, 16).

O aumento significativo do rendimento domiciliar da população mais pobre nos últimos anos impactou, naturalmente, na diminuição da extrema pobreza e pobreza no país a partir de 2003⁽¹⁵⁾.

Essas melhorias podem ser atribuídas à importância da política de valorização real do salário mínimo, por seus efeitos diretos e indiretos na renda dos segmentos mais pobres, a programas governamentais de cunho social com o propósito de promover a inclusão social da população mais pobre e vulnerável, como, por exemplo, os programas de transferência de renda (Programa Bolsa Família), de fomento ao agricultor familiar, de garantia à segurança alimentar, de promoção de direitos sociais^(15, 16).

Melhorias nas condições socioeconômicas impactou positivamente na redução da carga das doenças, inclusive a hanseníase⁽¹⁷⁾. Estudos realizados em municípios brasileiros com alta carga de casos de hanseníase associaram a redução significativa da razão de taxa de incidência da doença com o aumento da cobertura do Programa Bolsa Família^(6, 17). Diante do exposto, ressalta-se que a implementação de políticas sociais é um passo determinante para o controle da doença.

Alusivo à detecção em menores de 15 anos, esse indicador não apresentou associação estatisticamente significativa com a cobertura da ESF, enquanto que o IDHM se relacionou com o aumento e posterior redução da hanseníase entre crianças e adolescentes.

Uma possível hipótese para esse resultado é de que os fatores operacionais assumem maior importância no manejo da doença na infância. Estes fatores podem estar relacionados às dificuldades inerentes ao diagnóstico, bem como fragilidades no exame de contatos.

As dificuldades encontradas para estabelecer o diagnóstico em crianças ocorrem, principalmente, pelo fato de a criança não saber relatar sinais e sintomas clínicos, bem como nessa fase da vida as lesões de pele, comumente, serem atribuídas às dermatoses⁽¹⁸⁾.

A OMS recomenda que programas nacionais devam impulsionar a busca ativa de casos, fortalecer a vigilância, melhorar o rastreamento de contatos e concentrar esforços para fortalecer a detecção precoce de casos entre crianças, a fim de garantir que nenhuma criança seja acometida de incapacidade física pela hanseníase⁽¹⁾.

A doença na infância correlaciona-se com focos ativos de transmissão na comunidade, particularmente nas pessoas que compartilham moradia, bem como refletem a ineficiência dos programas de controle e serviços de saúde no que diz respeito ao diagnóstico oportuno e vigilância dos contatos^(19, 20).

O aumento no primeiro período e redução no segundo de casos em menores de 15 anos na Paraíba, neste estudo, estiveram associados à melhoria do IDHM. Estudo realizado no Brasil demonstrou que o Programa Bolsa Família melhorou o estado nutricional das crianças beneficiárias e reduziu a morbimortalidade por doenças ligadas à pobreza, como diarreia e desnutrição, bem como a mortalidade infantil⁽²¹⁾. Isso porque, a transferência de renda para famílias extremamente pobres contribuiu para reduzir as iniquidades sociais.

Embora tenham ocorrido melhorias nos IDHM paraibanos (renda, educação e longevidade) e declínio da hanseníase, ainda persistem situações de desigualdades sociais no estado, grande parcela da população ainda se encontra em condições de pobreza e extrema pobreza, e essa condição, associada a fragilidades dos serviços de saúde e falta de investimento em pesquisas, contribuem para a manutenção da endemia no estado.

A taxa de grau 2 de incapacidade física não apresentou relação estatisticamente significativa com a cobertura da ESF e IDHM nos dois períodos analisados. Resultado diferente foi encontrado em estudo realizado com os municípios de Minas Gerais, no período de 1998 a 2013⁽²²⁾. Este, apontou que o aumento da cobertura da ESF e do IDHM influenciaram na redução desse coeficiente.

Como hipóteses para explicar esse resultado, podem-se citar: problemas de acesso, seja pela disponibilização de recursos para a mobilização comunitária até os serviços de saúde, não reconhecer sinais e sintomas da doença ou presença de fragilidades nas ações de controle⁽²³⁾. Além disso, esse indicador, por ser influenciado pela intensidade de detecção, pode variar de um ano para o outro, e

essas variações podem ser relativamente pequenas.

O diagnóstico tardio é o principal responsável pela gravidade das incapacidades físicas, isso porque a doença sem tratamento oportuno causa danos neurais, que podem levar a lesões nervosas irreversíveis. Embora a PQT seja eficaz na cura da hanseníase, ela não reverte as incapacidades físicas já instaladas no momento do diagnóstico⁽²⁴⁾.

Estudos comprovaram associação entre dificuldades de acesso aos serviços de saúde e incapacidades físicas na hanseníase⁽²⁵⁾. Além de barreiras culturais, sociais, institucionais e econômicas, a percepção do estigma na Indonésia e as experiências de discriminação conduziram as pessoas ao isolamento social, motivadas pela vergonha da deficiência apresentada devido à hanseníase⁽²⁴⁾.

Em Maharashtra (Índia), cenário de alta endemicidade, um estudo demonstrou a falta de consciência entre a comunidade sobre os sinais e sintomas da hanseníase⁽²⁶⁾. Ademais, estudo realizado em centros de referência em hanseníase de três estados, São Paulo, Mato Grosso e Mato Grosso de Sul (Brasil) mostrou que, além de não reconhecerem a gravidade dos sinais e sintomas, o atraso no diagnóstico esteve associado ao erro de diagnóstico⁽²³⁾.

Por esse motivo, enfatiza-se a importância da inclusão da hanseníase nos planos de ensino de formação de profissionais na área da saúde, e que não seja realizada apenas uma abordagem teórica, posto que o diagnóstico da doença é essencialmente clínico e necessita de sucessivas aproximações práticas para apreender a clínica e a realização dos exames.

Embora, neste estudo, o IDHM não tenha apresentado relação com a taxa de grau 2 na Paraíba, não se deve desconsiderar que as incapacidades físicas reforçam a pobreza, posto que limitam a vida profissional e social das pessoas atingidas. Estas podem reduzir ou eliminar as oportunidades de trabalho e de subsistência, trazendo repercussões negativas de cunho não somente econômico, mas também social e psicológico⁽²⁴⁾.

No contexto de condições de vida desfavoráveis, os serviços de saúde adquirem importância estratégica cada vez maior para a redução das iniquidades em saúde e para o controle da hanseníase, embora ainda haja limitações para o diagnóstico precoce e completude do tratamento.

Nesse sentido, na perspectiva de propor intervenções, busca-se compreender a dinâmica do modelo de saúde vigente, que por vezes enfrenta fragilidades e contribui para a persistência da doença, até mesmo com ampliação das incapacidades. Por outro lado, as desigualdades sociais tornam-se um desafio global a ser enfrentado pelos gestores, fato que carece de medidas efetivas que promovam a equidade de acesso aos serviços de saúde.

Este estudo tem limitações, uma vez que os dados utilizados são de fonte secundária, que podem apresentar inconsistência na qualidade e quantidade das informações. Apesar disso, os dados foram tratados com rigor metodológico e são representativos da situação epidemiológica da hanseníase no período estudado.

CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo apontam para a redução da endemia no estado, que sofreu influência com o aumento da cobertura dos serviços de ESF e,

na atualidade, depende da qualidade das ACHs desenvolvidas pelos profissionais de saúde, bem como priorização pelos gestores da atenção à hanseníase como condição crônica e negligenciada presente nos serviços de atenção à saúde.

Associadas às ações de saúde, devem-se levar em consideração a pobreza e desigualdades sociais existentes nas diferentes localidades. Assim, sugere-se a integração das ações dos serviços de saúde com ampliação de programas sociais, acreditando-se que a melhoria das condições de vida da população é ainda fundamental para a interrupção da transmissão continuada da hanseníase e, conseqüentemente, para o controle da endemia.

Pretende-se com este estudo contribuir para comunidade científica, reflexões no processo de formação em saúde, representantes sociais, gestores e profissionais de saúde, na discussão sobre a importância de investimentos nas ações de saúde e políticas inclusivas, com vistas a minimizar as iniquidades existentes e conseqüentemente controlar a endemia.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Global Leprosy Strategy 2016-2020: Accelerating towards a leprosy-free world Geneva [Internet]: WHO; 2016 [cited 2018 jun 10]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208824/9789290225096_en.pdf?sequence=14&isAllowed=y
2. World Health Organization (WHO). Global leprosy update, 2018: moving towards a leprosy-free world. Weekly epidemiological record. Geneva [Internet]: WHO; 2019 [cited 2019 set 10]; 94 (35/36): 389-412. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326775/WER9435-36-en-fr.pdf?ua=1>
3. Araújo KMFA, Leano HAM, Rodrigues RN, Bueno IC, Lana FCF. Epidemiological trends of leprosy in an endemic state. Rev RENE. 2017; 18(6): 771-8.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 58p.
5. Rodrigues RN, Niitsuma ENA, Bueno IC, Baquero OS, Jardim CCG, Lana FCF. Leprosy and health vulnerability in Belo Horizonte, Minas Gerais. RENE. 2017; 2: e-997.
6. Monteiro LD, Mota RMS, Martins-Melo FR, Alencar CH, Heukelbach J. Determinantes sociais da hanseníase em um estado hiperendêmico da região Norte do Brasil. Rev Saude Publica. 2017; 51(70): 1-11.
7. Freitas LRS, Duarte EC, Garcia LP. Leprosy in Brazil and its association with characteristics of municipalities: ecological study, 2009-2011. Trop Med Int Health. 2014; 19(10): 1216-25.
8. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Atlas do Desenvolvimento Humano: consulta. Brasília. PNUD [Internet]; 2013 [citado 2018 mai 15]. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/consulta/>.
9. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira J EB, Melo EA, Reis AAC. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Cien Saude Colet. 2016; 21(2): 327-338.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades [Internet]; 2019 [citado 2019 out 07]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pb.html>.

11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Informática do SUS-DATASUS 2017. Informações de Saúde, Demográficas e Socioeconômicas [Internet]. 2017 [citado 2018 nov 20]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206&id=6942>.
12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Relatório de Cobertura da Atenção Básica [Internet]. 2017 [citado 2018 jan 14]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>.
13. Böhning D, Dietz E, Schlattmann P. Zero-Inflated count models and their applications in public health and social science. In: Rost J, Langeheine R. Applications of latent trait and latent class models in the social sciences. Münster: Waxmann Verlag, 1997; 333-344 p.
14. Victora CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro MI, Schmidt MI, Paim JS et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. *Lancet*. 2011; (Supl Saúde Brasil 6): 90-102.
15. Jannuzzi PM. Pobreza, Desigualdade e Mudança Social: trajetória no Brasil recente (1992 a 2014). *Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas*. 2016; 10(3): 1-29.
16. Campello T. Faces da desigualdade no Brasil: um olhar sobre os que ficam para trás. Brasília: Conselho Latino Americano de Ciências Sociais; 2017. 78 p.
17. Nery JS, Pereira SM, Rasella D, Penna ML, Aquino R, Rodrigues LC, et al. Effect of the Brazilian Conditional Cash Transfer and Primary Health Care Programs on the New Case Detection Rate of Leprosy. *PLoS Negl Trop Dis*. 2014; 8(11): e3357.
18. Silveira LK, Ladeira F, Wermwlinger M, Timbó R. Difficulty in diagnosing childhood leprosy. *J Am Acad Dermatol*. 2013; 68(suppl 1): AB117.
19. Lana FCF, Fabri ACOC, Lopes FN, Carvalho APM, Lanza FM. Deformities due to leprosy in children under fifteen years old as an indicator of quality of the Leprosy Control Programme in Brazilian Municipalities. *J Trop Med*. 2013; 8(12): 1-6.
20. Freitas BHBM, Cortela DCB, Ferreira SMB. Trend of leprosy in individuals under the age of 15 in Mato Grosso (Brazil), 2001-2013. *Rev Saude Publica*. 2017; 51(28): 1-9.
21. Rasella D, Aquino R, Santos CA, Paes-Sousa R, Barreto ML. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a Nationwide analysis of Brazilian municipalities. *Lancet*. 2013; 382: 57-64.
22. Gomes FBF, Lana FCF, Oliveira RC, Rodrigues RN. Indicators of leprosy in the state of Minas Gerais and its relationship with the municipal human development index and the coverage of the family health strategy. *REME*. 2017; 2: e-1063.
23. Henry M, Gaian N, Teasdale K, Prado R, Amar H, Rays MS, et al. Factors Contributing to the Delay in Diagnosis and Continued Transmission of Leprosy in Brazil – An Explorative, Quantitative, Questionnaire Based Study. *PLoS Negl Trop Dis*. 2016; 10(3): e0004542.
24. Van Brakel WHV, Sihombing B, Djarir H, Beise K, Kusumawardhani L, Yulihane R, et al. Disability in people affected by leprosy: the role of impairment, activity, social participation, stigma and discrimination. *Glob Health Action*. 2012; 5(1): 01-11.
25. Entezarmahdi R, Majdzadeh R, Foroushani AR, Nasehi M, Lameei A, Naieni KH. Inequality of leprosy disability in Iran, clinical or socioeconomic inequality: an extended concentration index decomposition approach. *Int J Prev Med*. 2014; 5(4): 414-23.
26. Muthuvel T, Govindarajulu S, Isaakidis P, Shewade HD, Rokade V, Singh R, et al. "I Wasted 3 Years, Thinking It's Not a Problem": Patient and Health System Delays in Diagnosis of Leprosy in India: A Mixed-Methods Study. *PLoS Negl Trop Dis*. 2017; 11(1): e0005192.