

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

PESQUISA

Perfil socioepidemiológico e clínico de idosos afetados por hanseníase: contribuições para a enfermagem

Social-epidemiologic and clinical profile of elderly people affected by leprosy: contributions to nursing

Perfil socio-epidemiológico y clínico de adultos mayores afectados por la lepra: contribuciones para la enfermería

Lucian da Silva Viana ¹, Maria Isis Freire de Aguiar ², Doralene Maria Cardoso de Aquino ³

ABSTRACT

Objective: tracing the social-epidemiologic and clinical profile of old people affected by leprosy. **Method:** a descriptive study of a quantitative approach, with a sample of 60 elderly people affected by leprosy, in two rehabilitation centers in São Luís (MA). A semi-structured questionnaire was used, containing identification data, social epidemiologic and clinical aspects, analyzed by the program Epilinfo version 7. **Results:** among the elderly, most were between 60 to 69 years old (53,3%), male (58,3%), brown color (66,6%), married (45%) and up to 6 (six) household contacts (76,6%). In relation to the operational rating, 95% were Multibacillary forms, with predominance to the Dimorphic (60%) and Wirchowiana (25,5%), the majority in 1 degree of disability (45%) and making use of multidrug therapy/Multibacillary/12 doses (93%). **Conclusion:** this information can contribute to different aspects and managerial assistance, as well as make it possible to provide integral care as advocates the principles and guidelines of the Unified Health System. **Descriptors:** Aged, Leprosy, Health profile, Nursing.

RESUMO

Objetivo: traçar o perfil socioepidemiológico e clínico de idosos afetados por hanseníase. **Método:** estudo descritivo de abordagem quantitativa com uma amostra de 60 idosos afetados por hanseníase em dois Centros de Reabilitação em São Luís - MA. Foi utilizado um questionário semiestruturado contendo dados de identificação, aspectos socioepidemiológicos e clínicos, analisados pelo programa Epilinfo versão 7. **Resultados:** dentre os idosos, a maioria tinha entre 60 a 69 anos (53,3%), sexo masculino (58,3%), cor parda (66,6%), casados (45%) e com até 6 (seis) contatos intradomiciliares (76,6%). Em relação à classificação operacional, 95% eram Multibacilares, com predominância para a forma Dimorfa (60%) e Wirchowiana (25,5%), a maioria em grau 1 de incapacidade (45%) e fazendo uso de Poliquimioterapia/Multibacilar/12 doses (93%). **Conclusão:** essas informações podem contribuir para diferentes aspectos gerenciais e assistenciais, bem como possibilitarem à prestação do cuidado integral, conforme preconiza os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. **Descritores:** Idoso, Hanseníase, Perfil de saúde, Enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: trazar el perfil socio-epidemiológico y clínico de las personas mayores afectadas por la lepra. **Método:** un estudio descriptivo de un enfoque cuantitativo con una muestra de 60 personas mayores afectadas por la lepra en dos centros de rehabilitación en São Luís (MA). Se utilizó un cuestionario semi-estructurado, que contiene los datos de identificación, socioepidemiológicos y aspectos clínicos, analizados por el programa Epilinfo versión 7. **Resultados:** entre los ancianos, más tenidos entre 60 y 69 años (53,3%) masculinos (58,3%), color marrón (66,6%) casados (45%) y hasta 6 (seis) contactos intradomiciliares (76,6%). En lo referente a la calificación operativa, 95% eran las formas Multibacilares, con predominio de la forma Dimorfa (60%) y Wirchowiana (25,5%), la mayoría en 1 grado de discapacidad (45%) y haciendo uso de terapia multidrogas/Multibacilares/12 dosis (93%). **Conclusión:** esta información puede contribuir a diferentes aspectos y asistencia gerencial, así como que permitan brindar atenciones integrales como defensoras de los principios y directrices del sistema unificado de salud. **Descriptor:** Anciano, Lepra, Perfil de salud, Enfermería.

¹ Enfermeira - Oncologista pela Residência Multiprofissional em Oncologia do Instituto Nacional de Câncer (INCA-RJ).
² Estomaterapeuta pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ-RJ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: lucian_viana@yahoo.com.br
³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: isis_aguiar@yahoo.com.br
 Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Doutora em Patologia. Professora Adjunta da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). São Luís (MA), Brasil. E-mail: doralene@elo.com.br

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica cronologicamente, como idosos, pessoas com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e com mais de 60 anos de idade em países em desenvolvimento.¹ De acordo o censo demográfico de 2010, existe no Brasil aproximadamente 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o que representa pelo menos 10% da população brasileira. As projeções estatísticas da OMS, no período de 1950 a 2025, é que o grupo de idosos no país deverá ter aumentado em quinze vezes, enquanto a população total em cinco, desta forma, o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando, em 2025, cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade.²

A Organização Pan-Americana de Saúde define envelhecimento como “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie”.^{3:6} O envelhecimento humano é considerado um processo comum a todos, apesar de variar entre uma pessoa e outra. Este processo é dependente e influenciado por diversos fatores, tais como: biológicos, psicológicos, sociais e culturais, que atribuem a cada pessoa características peculiares.⁴

Apesar de o Brasil estar passando por esse processo de envelhecimento populacional e consequente inversão na pirâmide populacional, a sociedade brasileira ainda não aprendeu a valorizar o idoso. À desinformação, ao preconceito e ao desrespeito aos cidadãos da terceira idade, somam-se a precariedade de investimentos públicos para atendimento às necessidades específicas da população idosa, e mesmo de recursos humanos, tanto em quantidade como em qualidade.⁵ Essa questão é agravada quando o indivíduo, além da condição de idoso, é acometido por uma doença estigmatizante e de conotação pejorativa, como é o caso da hanseníase.

A hanseníase parece ser uma das mais antigas enfermidades que acomete o homem, é uma doença infectocontagiosa de evolução crônica que se manifesta, principalmente, por lesões cutâneas com diminuição de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil. Proveniente de infecção causada pela *Mycobacterium leprae*, tem como característica alta infectividade e baixa patogenicidade, porém temida pelo alto potencial incapacitante.²

O diagnóstico da hanseníase é clínico e epidemiológico. Ela se manifesta através de sinais e sintomas dermatológicos e neurológicos que podem ajudar na suspeição diagnóstica da doença.⁶ A lesão dos nervos pode ocorrer antes, durante, e depois do tratamento e pode resultar em incapacidades físicas e em longo prazo evoluir para deformidades. O grau de danos nos nervos no momento do diagnóstico reflete o atraso entre o início dos sintomas e

diagnóstico,⁷ quadro agravado no envelhecimento, que muitas vezes já é acompanhado de outras patologias.

É uma doença diretamente ligada à pobreza, condições sanitárias e de habitação, visto que a aglomeração de pessoas é responsável pela maior disseminação do bacilo através da via respiratória. Além disto, em linhas gerais, é uma doença resultante da desinformação e da falta de acessibilidade dos sistemas de saúde, pois o diagnóstico é eminentemente clínico e seu tratamento não exige custos elevados nem instrumentos de maior complexidade tecnológica.⁸

O idoso afetado por hanseníase se sente estigmatizado, primeiramente com relação à doença, tratando-a como algo que maltrata e segrega. Mas, também, com relação ao envelhecimento, por estar diante de uma sociedade preconceituosa. Tais estigmas provocam no idoso um intenso sentimento de rejeição por parte da família e da sociedade como um todo.⁹

Conhecer as questões epidemiológicas, sociais e clínicas associadas a esta condição faz-se relevante, pois a organização do sistema para uma eficiente atenção à população idosa configura-se como um dos principais desafios que o setor saúde tem que enfrentar o mais rápido possível,⁵ particularmente, nesse contexto, onde os idosos são aqueles que sobrevivem às condições adversas causadas pela incapacidade frequentemente trazida pela hanseníase, que limita a vida social e econômica do doente. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi caracterizar a população idosa afetada por hanseníase quanto aos aspectos socioepidemiológicos e clínicos.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em um Centro de Reabilitação em Hanseníase e um hospital público da capital do Maranhão - estado do Nordeste brasileiro, ambos cenários se enquadram na primeira e segunda posição, respectivamente, em relação ao atendimento de pessoas afetadas por hanseníase, na região.¹⁰

O Centro de Reabilitação em Hanseníase conta com seis consultórios para atendimento e equipe multiprofissional de saúde. Oferece exames de contato, avaliação dermatoneurológica, administração de doses supervisionadas, atividades educativas, treinamento/capacitação em ações básicas e incapacidades, curativos especiais e adaptação de calçados, entre outros. Recebe diariamente pacientes com hanseníase oriundos de todo o estado do Maranhão, entre eles - idosos. O hospital, o outro cenário da pesquisa, se configura como hospital geral, oferecendo assistência especializada para pacientes com/sem hanseníase da capital e interior do Maranhão.

A coleta de dados foi realizada no período de dezembro de 2012 a junho de 2013. Os participantes do estudo compreenderam 60 idosos com diagnóstico de hanseníase. Foi considerado idoso, pessoa com idade igual ou superior a 60 anos, com base na definição da Organização Mundial da Saúde.¹ Foi usado como critério de inclusão: idoso, com diagnóstico clínico de hanseníase e em tratamento ambulatorial, que buscou atendimento nos locais de pesquisa no momento da coleta de dados. E como critério de exclusão: existência de problemas psiquiátricos, neurológicos, audiovisuais e de fala, haja vista a possibilidade de comprometerem a fidedignidade das informações emitidas no decurso da coleta de dados. Estes problemas foram identificados a partir dos registros no prontuário.

Para o cálculo da amostra foi utilizado o Stat Calc do Programa EpiInfo versão 7 do CDC de Atlanta, tendo como base 71 casos de hanseníase em idosos (notificados em 2012 pelas Unidades de Saúde do Município de São Luís - MA, Brasil), frequência esperada de 18,1%, nível de confiança igual a 95% e um erro mínimo de 5%. Após o cálculo a amostra ficou definida em um número mínimo de 54 casos.

Inicialmente, os idosos foram identificados no livro de registro de casos novos de hanseníase e a partir destas informações, localizou-se o cartão de aprazamento que contém informações sobre o dia do comparecimento do idoso para a consulta mensal. Nesse dia e após a consulta de enfermagem, cada idoso foi esclarecido quanto aos objetivos e formas de participação no estudo, e para aqueles que aceitaram participar, foi solicitado à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para coleta de dados, foi utilizado um questionário contendo dados de identificação do idoso, utilizando-se as variáveis: sexo, idade, raça, situação conjugal, aspectos socioepidemiológicos e clínicos. O programa utilizado para esse fim foi o EpiInfo versão 7 do CDC de Atlanta. Tratando-se de estatística descritiva, os resultados foram analisados em números absolutos e porcentagem, sendo apresentados em forma de tabelas e figuras.

O estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), sob o título “Qualidade de vida de idosos portadores de hanseníase”, pelo parecer nº 289.202. Após a aprovação do CEP, a Secretaria Estadual de Saúde (SES) de São Luís - MA autorizou a pesquisa nos locais de coleta de dados.

Foram respeitados os aspectos éticos, contemplados na Resolução 196/96¹¹ e suas complementares, vigente no período do estudo para regulamentar a pesquisa em seres humanos no país, ressaltando-se a garantia de sigilo da identidade dos participantes do estudo, bem como privacidade e a ausência de qualquer ônus para o entrevistado. A pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apontaram que entre os 60 idosos com diagnóstico de hanseníase participantes da pesquisa, 53,3% tinha idade entre 60 a 69 anos, os quais representaram o maior percentual estudado, seguido por 35,0% de idosos entre 70 a 79 anos. Dentre eles, identificou-se uma maior frequência do sexo masculino (58,3%).

Conforme encontrado nesta pesquisa, estudo similar observou predominância do sexo masculino (60,0%) na amostra estudada. Em relação à faixa etária, os autores encontraram mediana de idade de 70,5 anos.¹²

A maioria se considerou de raça/cor parda (66,6%) e branca (26,6%). Em relação à situação conjugal, observou-se que a maioria dos idosos era casada (45,0%) ou vivia em união consensual (15,0%), com menor parcela para solteiros (13,3%), separados (11,6%) e viúvos (11,6%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos idosos afetados por hanseníase quanto às variáveis demográficas e situação conjugal. São Luís, MA, 2013.

Variáveis	n	%
Idade		
60 a 69 anos	32	53,3
70 a 79 anos	21	35,0
80 a 89 anos	6	10,0
90 anos ou mais	1	1,6
Sexo		
Masculino	35	58,3
Feminino	25	41,6
Raça/Cor		
Parda	40	66,6
Branca	16	26,6
Negra	4	6,6
Situação conjugal		
Casado (a)	27	45,0
Mora junto	9	15,0
Solteiro (a)	8	13,3
Separado (a)	7	11,6
Viúvo (a)	7	11,6
Não respondeu	2	3,3
TOTAL	60	100,0

No que tange à escolaridade, a maioria (46,6%) dos idosos estudou somente até o ensino fundamental incompleto (antigo ginásio ou primeiro grau), e 20,0% eram analfabetos (Tabela 2).

Percebeu-se que grande parte dos idosos desse estudo apresentou baixo nível de escolaridade, concordando com estudo envolvendo 250 idosos portadores de hanseníase, realizado em Taiwan, no qual foi observado que 24,8% dos participantes eram analfabetos.¹³ Níveis de instrução mais baixos podem dificultar o acesso e compreensão às informações de saúde e uso de medidas preventivas, influenciando de forma direta na atenção à saúde. Além disso, é válido salientar que escolaridade elevada e atividade intelectual intensa pode ser uma medida profilática contra o declínio cognitivo e a demência entre idosos.³

Observou-se também predomínio de aposentados (56,6%). Em relação a aposentadoria, é notório que a sua chegada muitas vezes fragiliza a economia e reduz o poder aquisitivo, assim o idoso não consegue usufruir de um total bem-estar, devido à falta de recursos financeiros.³ Esse pode ser o motivo pelo qual alguns idosos dessa pesquisa continuam trabalhando. Entre os que ainda exercem alguma ocupação, a maioria é pedreiro (6,6%), dona de casa (6,6%) e comerciante (3,3%). Entre as outras profissões (26,6%), encontra-se: Açougueiro, agricultor, artesã, borracheiro, digitador, eletricista, pedagoga, porteiro, etc. Isso é um fator preocupante porque a hanseníase ainda continua acometendo as classes sociais menos favorecidas, provocando percentuais elevados de incapacidades físicas que comprometem a capacidade de trabalho e a qualidade de vida dos acometidos, perpetuando o estigma associado à doença.¹⁴

Dentre a população estudada, 85,0% dos idosos habitam em casa feita de tijolo, 13,3% moravam sozinhos, porém, 46,6% e 30,0%, possuíam de 1 (um) a 3 (três) e de 4 (quatro) a 6 (seis) contatos intradomiciliares, respectivamente (Tabela 2). De acordo com a literatura, a hanseníase tem, em seus contatos intradomiciliares, um importante meio para a manutenção da endemia. O aumento do risco de adoecimento entre os contatos pode estar relacionado com a susceptibilidade genética familiar e a proximidade física do caso índice.¹⁵ A investigação adequada dos contatos contribui para a interrupção da cadeia de transmissão da hanseníase, pois trata precocemente os casos diagnosticados, evitando a disseminação do bacilo e a instalação de incapacidades.¹⁶

Tabela 2 - Distribuição dos aspectos socioepidemiológicos dos idosos afetados por hanseníase. São Luís, MA, 2013.

Variáveis	n	%
Escolaridade		
Analfabeto	12	20,0
1ª a 4ª série incompleta do EF	14	23,3
4ª série completa do EF	8	13,3
5ª à 8ª série incompleta do EF	6	10,0
Ensino fundamental completo	2	3,3
Ensino médio incompleto	2	3,3
Ensino médio completo	12	20,0
Educação superior incompleta	1	1,6
Educação superior completa	2	3,3
Não respondeu	1	1,6
Ocupação		
Aposentado (a)	34	56,6

Pedreiro	4	6,6
Dona de casa	4	6,6
Comerciante	2	3,3
Outras	16	26,6
Tipo de moradia		
Tijolo	51	85,0
Taipa	5	8,3
Não respondeu	4	6,6
Contatos intradomiciliares		
Não tem	8	13,3
1 (um) a 3 (três)	28	46,6
4 (quatro) a 6 (seis)	18	30,0
7 (sete) ou mais	4	6,6
Não respondeu	2	3,3
TOTAL	60	100,0

No que concerne aos aspectos clínicos dos idosos afetados por hanseníase, segundo a classificação operacional, foi observada quase totalidade da frequência de multibacilares (95,0%) em relação à paucibacilares (5,0%) (Figura 1).

A classificação operacional é importante para que possa ser selecionado o esquema de tratamento quimioterápico adequado ao caso. Esta classificação é feita com base nos sinais e sintomas da doença em: 1) Paucibacilares (PB): casos com até 5 lesões de pele e 2) Multibacilares (MB): casos com mais de 5 lesões de pele.¹⁷ A identificação da forma multibacilar na maioria dos idosos pode ser considerado reflexo do diagnóstico tardio da hanseníase.

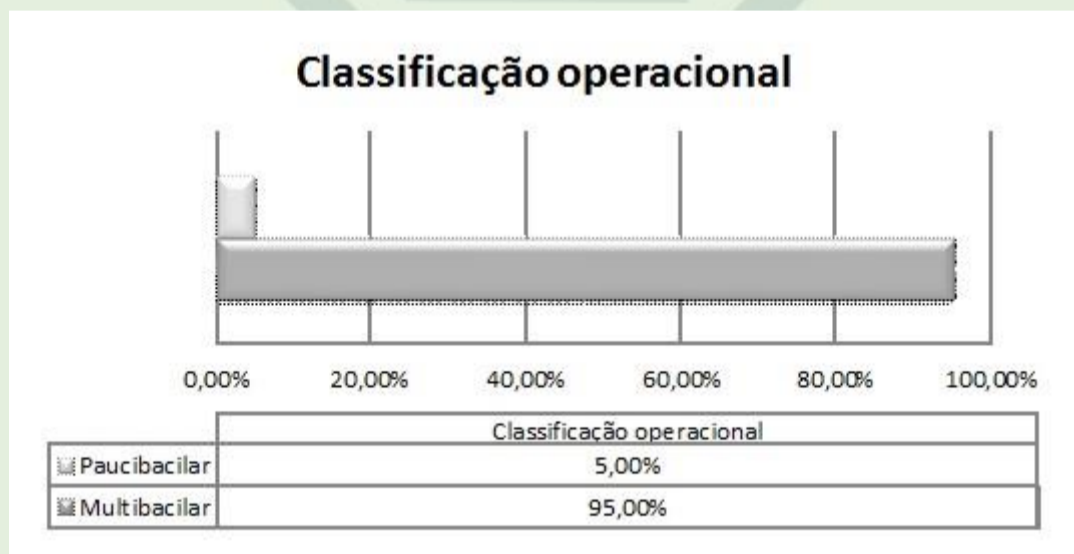


Figura 1 - Classificação operacional dos idosos afetados por hanseníase. São Luís, MA, 2013.

Dentre as formas clínicas da hanseníase, observou-se maior prevalência da forma Dimorfa (60,0%) e Virchowiana (25,0%) (Figura 2), que representam as formas mais avançadas da hanseníase, as quais são extremamente contagiosas e potencialmente incapacitantes, indicando além de um diagnóstico tardio da doença, a suspeita de prevalência oculta,

responsável pela manutenção de fontes de contágio na população.¹⁸ Nenhum idoso obteve a forma Indeterminada e apenas 3,3% apresentaram a forma Tuberculóide.

O diagnóstico de hanseníase, em grande parte do Brasil, ainda é tardio, cerca de um ano e meio a dois anos após o aparecimento dos sintomas. A busca tardia de atendimento nos serviços de saúde, a falta de informação sobre sinais e sintomas, a dificuldade do indivíduo em encontrar serviços, atendimento e/ou profissionais capacitados para detectar a doença, podem ser fatores que influenciam o diagnóstico tardio. Assim, no Brasil, 5,7% das pessoas que descobrem ter hanseníase já apresentam lesões sensitivas e/ou motoras, deformidades e incapacidades que poderiam ser evitadas.¹⁸

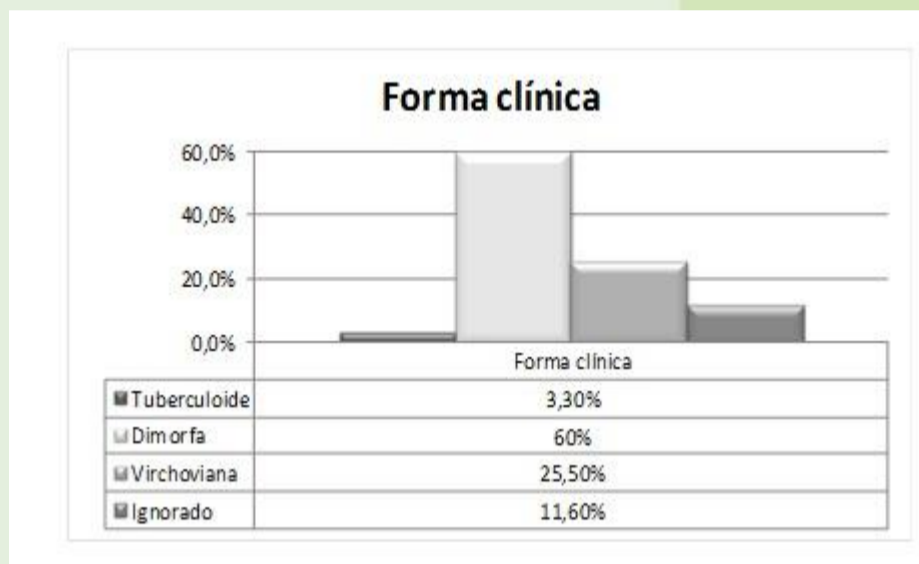


Figura 2 - Forma clínica dos idosos afetados por hanseníase. São Luís, MA, 2013.

A avaliação do grau de incapacidade causado pela hanseníase obedece aos critérios Organização Mundial da Saúde (OMS), considerando como incapacidade somente as lesões em mãos, pés e olhos, por serem mais severas para as atividades cotidianas e de diagnóstico mais simples. Assim, as lesões incapacitantes dessas regiões anatômicas são graduadas, conforme sua gravidade em: leve (grau 0), moderada (grau 1) e grave (grau 2).¹⁷

Entre os idosos afetados por hanseníase desse estudo, o grau 1 se mostrou prevalente (45,0%), seguido do grau 0 (28,0%) e grau 2 (17,0%) (Figura 3), demonstrando assim, possíveis incapacidades e até deformidades entre a população estudada. Em pesquisa com idosos com história de hanseníase em Minas Gerais, foi identificada maior gravidade das lesões, com 79,8% dos participantes apresentando grau 2 e 13,7% em grau 1. Dentre os idosos, 79,0% foram considerados parcialmente dependentes e 10,8% dependentes para as atividades instrumentais de vida diária, segundo escala de Lawton, destacando as implicações da hanseníase para o idoso.¹⁹

Essas incapacidades podem ser acompanhadas de dor intensa, insensibilidade do nervo, edema, déficit motor e sensitivo ou pode se desenvolver sem dor, caracterizando as neurites silenciosas, as quais não possuem os achados de dor ou hipersensibilidade do nervo, assim, as alterações de sensibilidade e/ou de força motora são identificadas por meio de exame físico direcionado, o que torna importante as avaliações periódicas, mesmo na ausência de queixas.²⁰ Salienta-se ainda que, as ações de prevenção de incapacidade dependem da sensibilização e qualificação de profissionais,²¹ a fim de intervir no processo de atenção à pessoa atingida pela

hanseníase, havendo o propósito de prevenir incapacidades físicas e promover o autocuidado, incentivando em sua capacidade para o trabalho, vida social e aspectos psicológicos.

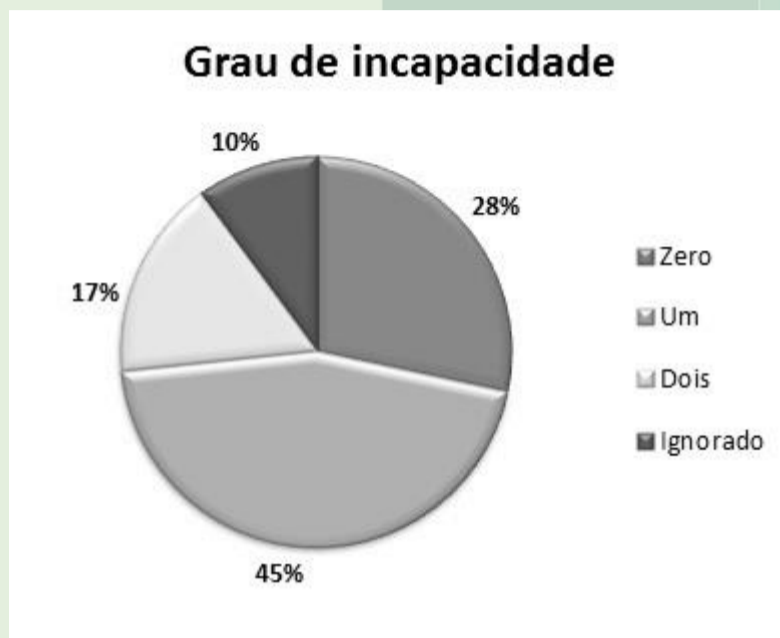


Figura 3 - Grau de incapacidade dos idosos afetados por hanseníase. São Luís, MA, 2013.

No que tange o tratamento específico da pessoa com hanseníase, indicado pelo Ministério da Saúde - Poliquimioterapia (PQT) - padronizada pela OMS. É administrada através de esquema-padrão, de acordo com a classificação operacional do doente em Paucibacilar (PB), com 6 doses em até 12 meses, ou Multibacilar (MB), com 12 doses em até 18 meses.⁶

A maioria dos idosos com hanseníase apresentou maior frequência do esquema terapêutico PQT/MB/12 doses (93,0%) em relação ao PQT/PB/6 doses (5,0%), considerando que a maioria dos idosos possuía a classificação operacional Multibacilar (95,0%).

Em caso de resistência a uma ou mais drogas, das que compõem os esquemas atualmente utilizados, a substituição do esquema padrão por esquemas alternativos deverá acontecer, quando necessária, sob orientação de serviços de saúde de maior complexidade,⁶ conforme observado em somente um idoso deste estudo.

CONCLUSÃO

No que se refere aos aspectos demográficos e socioepidemiológicos dos idosos afetados por hanseníase, percebeu-se que a maioria tinha entre 60 a 69 anos (53,3%), sexo masculino (58,3%), cor parda (66,6%), era casado (45%) e com até 6 (seis) contatos intradomiciliares (76%).

No que tange os aspectos clínicos, observou-se que em relação à classificação operacional, 95% foram Multibacilares, com predominância para a forma Dimorfa (60%) sob a Wirchowiana (25%). A maioria em grau 1 de incapacidade (45%) e fazendo uso de Poliquimioterapia/Multibacilar/12 doses (93%).

A identificação destas informações podem contribuir para diferentes aspectos assistenciais e gerenciais do cuidar em enfermagem. O enfermeiro deve considerar as necessidades de saúde existente em seu território, sem perder de vista os aspectos socioepidemiológicos e clínicos vivenciados pelos portadores. Isso é de suma importância no que concernem as pessoas idosas, visando sempre o cuidado centrado no indivíduo e família, além da manutenção da qualidade de vida e do conforto da pessoa acima de 60 anos.

No âmbito do gerenciamento do cuidado de enfermagem, são capazes de guiar o processo de tomada de decisão e ação, considerando, por exemplo: a organização do ambiente físico; cuidados específicos ao paciente com hanseníase; a observação da tolerância à toxicidade provocada pelo tratamento poliquimioterápico, a evolução da doença; bem como atenção à família, etc.

Considerando a complexidade do tema abordado, deve-se destacar que não houve a pretensão de se esgotar o assunto, e sim colaborar com uma parcela do conhecimento da enfermagem nesta área de atuação. Além disso, há encaminhamentos para a necessidade de novas investigações científicas, considerando a escassez de estudos na literatura atual sobre a temática apresentada.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Guia global: Cidade amiga do idoso. Genebra: World Health Organization, [Internet]. 2008 [citado em 2013 Nov 04]. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/GuiaAFCPortuguese.pdf>.
2. Brasil. Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso, Ministério da Saúde. Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2010 [citado em 2013 nov 08]. Disponível

em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf.

3. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa [Internet]. Cadernos de Atenção Básica, n.19. Brasília: Ministério da Saúde, 2007 [citado em 2013 dez 07]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcdad19.pdf>.

4. Degani GD. Trauma em idosos: características e evolução [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2011.

5. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev Saúde Públ [Internet]. 2009 mai/jun [citado em 2013 jan 20]; 43(3):548-54. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>.

6. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica, Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. 7ª edição. Série A. Normas e manuais técnicos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2009 [citado em 2013 dez 03]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gve_7ed_web_atual.pdf.

7. Rodrigues LC, Lockwood DNJ. Leprosy now: epidemiology, progress, challenges, and research gaps. Lancet Infect Dis [periódico na Internet]. 2011 Jun [citado em 2015 Mar 09]; 11(6):464-70. Disponível em: www.thelancet.com/infection

8. Ducatti I. A hanseníase no Brasil na Era Vargas e a profilaxia do isolamento compulsório: estudos sobre o discurso científico legitimador [dissertação]. São Paulo: Departamento de História, Programa de Pós-Graduação em História Social, Universidade de São Paulo; 2009.

9. Souza JFM, Sena TCCB. O envelhecer institucionalizado de sujeitos sequelados pela Hanseníase da U/E Abrigo João Paulo II. Revista Kairós Gerontol [periódico na Internet]. 2014 mar [citado em 2015 mar 09]; 17(1):103-23. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/19879>

10. Secretaria de Estado da Saúde, SES. Casos de Hanseníase do Município de São Luís por Faixa Etária em 2012. SINANNET/TABWIN, São Luís: SES, 2012.

11. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução N. 196/96. Decreto N. 93.933 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre Pesquisa envolvendo Seres Humanos, Bioética. 1996; 4(2):15-25.

12. Ferreira LO. Qualidade de vida em pacientes idosos portadores de hanseníase [dissertação]. Brasília - DF: Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa Stricto Sensu em Gerontologia, Universidade Católica de Brasília; 2012.

13. Cheng SP, Wang TF, Tang FI, Chu NK, Chen IJ. The influence of high-rise residence on physical activity and quality of life among older people with leprosy in a retirement community. Ageing and Society. [periódico na Internet]. 2014 Jan [citado em 2015 Mar 08]; 34(1):90-105. Disponível em: <http://journals.cambridge.org/ASO>

14. Lustosa AA, Nogueira LT, Pedrosa JIS, Teles JBM, Campelo V. The impact of leprosy on health-related quality of life. Rev Soc Bras Med Trop [periódico na Internet]. 2011 Sept/Oct [citado em 2013 Dez 02]; 44(5):621-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v44n5/19.pdf>.

15. Durães SMB, Guedes LS, Cunha MD, Magnanini MMF, Oliveira MLWDR. Estudo epidemiológico de 107 focos familiares de hanseníase no município de Duque de Caxias - Rio de Janeiro, Brasil [periódico na Internet]. An Bras Dermatol. 2010 jan/jun [citado em 2013 nov 10];85:339-45. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v85n3/a07v85n3.pdf>.

16. Dessunti EM, Soubhia Z, Alves E, Aranda CM, Barro MPAA. Hanseníase: o controle dos contatos no município de Londrina-PR em um período de dez anos. *Rev Bras Enferm* [periódico na Internet]. 2008 nov [citado em 2013 dez 03];61(esp):689-93. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a06v61esp.pdf>.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria no 3.125, de 7 de outubro de 2010. Aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase [Internet]. 2010 [citado em 2015 fev 20]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_n_3125_hanseniase_2010.pdf.
18. 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* [periódico na Internet]. 2010 abr/jun [citado em 2013 dez 02];19(2):155-64. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v19n2/v19n2a08.pdf>.
19. Silva AC, Ferreira RC, Ferreira MAA, Ribeiro MTF. Association between the degree of physical impairment from leprosy and dependence in activities of daily living among the elderly in a health unit in the State of Minas Gerais. *Rev Soc Bras Med Trop* [periódico na Internet]. 2014 Mar/Apr [citado em 2015 Mar 10]; 47(2):212-17. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0037-86822014000200212&script=sci_arttext
20. Brasil. Secretária de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Manual de prevenção de incapacidades. 3ª ed [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [citado em 2013 dez 07]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_prevencao_incapacidades.pdf.
21. Nascimento GRC, Barrêto AJR, Brandão GCG, Tavares CM. Ações do enfermeiro no controle da hanseníase. *Rev Eletr Enf* [periódico na Internet]. 2011 out/dez [citado em 2013 nov 25];13(4):743-50. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a20.htm>

Recebido em: 11/03/2015
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 08/01/2016
Publicado em: 03/04/2016

Endereço de contato dos autores:
Lucian da Silva Viana
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
R. Carlos de Carvalho, 47 - 20230-180 - Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
Telefone: (021)96569-7148. E-mail: lucianviana@yahoo.com.br