

Anne Kelly Azevedo Kil¹
Caroline Marchesoti Silvestre¹

Lara Miranda Kaminice¹

Lídia Batista Quintino¹

Lorena Borges de Lima¹

Mariana Barbosa Paranhos¹

Themissa Helena Voss¹

Ana Carolina Sousa Rodrigues da Cunha²

Deyse Alves Montalvão Maineti³

Isabela Maria Bernardes Goulart⁴

ARTIGO ORIGINAL

DEFICIÊNCIAS E INCAPACIDADES POR HANSENÍASE: AVALIAÇÃO CLÍNICA E EPIDEMIOLÓGICA DOS PACIENTES ATENDIDOS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA NACIONAL DO BRASIL

Disabilities and impairments in leprosy: clinical and epidemiological survey of patients seen in a National Reference Center in Brazil.

RESUMO

A classificação de incapacidades nos graus 0, 1 e 2 nos pacientes com hanseníase é usada como indicador da qualidade dos métodos preventivos e curativos da doença, entretanto, algumas deficiências e incapacidades não estão contempladas nesse sistema. Esta pesquisa realizou um levantamento de incapacidades decorrentes da hanseníase em um Centro de Referência Nacional do Brasil, por meio de estudo retrospectivo, com análise de prontuários de 318 pacientes atendidos no período de 2003 a 2008 e software específico. Houve predomínio de casos multibacilares (63%), de formas clínicas dimorfos-tuberculóides (41,5%) e do sexo masculino (58,5%). Os nervos mais acometidos foram ulnar (22,3%), tibial (21,7%) e fibular (20,7%). Dos casos analisados, 41,5% apresentavam algum tipo de deficiência, sendo 81,1% multibacilar. Os sítios mais acometidos foram os pés (51,8%), seguidos pelas mãos (29%), olhos (10,9%) e nariz (8,3%). As deficiências mais comuns foram artelhos em martelo (2,8%) e lesões tróficas (2,5%) no pé; garra móvel (3,1%) e lesões tróficas (2,8%) na mão; madarose superciliar (2,8%) e perfuração do septo nasal (1,2%). Na alta houve diminuição do número pacientes com deficiências por sítio, exceto oculares, com aumento de 2,5%.

Kil AK, Silvestre CM, Kaminice LM, Lima LB, Paranhos MB, Voss TH, Cunha ACRS, Maineti DAM, Goulart IMB. Deficiências e Incapacidades por Hanseníase: avaliação clínica e epidemiológica dos pacientes atendidos em um Centro de Referência Nacional do Brasil. *Hansen int.* 2012; 31(1): 25-33.

Os resultados enfatizam a necessidade de promover assistência detalhada no atendimento realizado no SUS e de adequar os parâmetros utilizados no estadiamento dos pacientes, que atualmente omite alterações funcionais e estéticas dos sítios orgânicos representativas de obstáculos à integração social. A reprodução desse tipo de estudo fornecerá subsídios para que a gestão do SUS desenvolva estratégias que tratem a hanseníase como doença crônica e incapacitante.

Descritores: Hanseníase; sítio de deficiências; grau de incapacidade física; epidemiologia; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The classification of disabilities in grades 0, 1 and 2 in patients with leprosy is used as an indicator of the quality of preventive and curative methods of the disease, however, some deficiencies and disabilities are

Recebido em: 10/12/2011

Publicado em: 10/08/2013

1 Acadêmicos do curso de medicina da Universidade Federal de Uberlândia – MG.

2 Doutoranda em Ciências da Saúde e Mestre em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da UFU (PPGCS) possui graduação em Fisioterapia pela Universidade de Uberaba e graduação em Terapia Ocupacional pela Universidade de Uberaba. Atuando principalmente nos seguintes temas: Reabilitação em Hanseníase, Fisioterapia e Terapia Ocupacional Motora, Neurológica e Oncológica. – carolsrdc@hotmail.com

3 Possui graduação em Fisioterapia - Faculdades Integradas de Patrocínio (2002), especialista em fisioterapia neurológica - Centro Universitário do Triângulo (UNITRI - 2004), mestre em Ciências da saúde - Universidade Federal de Uberlândia (UFU - 2010) e especialista em fisioterapia hospitalar (em andamento) - CEAFI (término em abril de 2012). Tem experiência na área de Fisioterapia neurológica adulto e infantil, Hidroterapia, Desportiva, Ortopedia e Traumatologia, Terapia Intensiva Adulto e Hanseníase.

4 Docente do curso de medicina da Universidade Federal de Uberlândia – MG.

not included in this system. This research conducted a survey of disability due to leprosy in a National Reference Center of Brazil, through a retrospective study with analysis of records of 318 patients treated between 2003 to 2008 and specific software. There was a predominance of multibacillary cases (63%), clinical forms of borderline tuberculoid (41.5%) and male (58.5%). The most affected nerves were ulnar (22.3%), tibial (21.7%) and fibular (20.7%). Of these cases, 41.5% had some type of disability, with 81.1% multibacillary. The most affected sites were the feet (51.8%), followed by hands (29%), eyes (10.9%) and nose (8.3%). The most common deficiencies were clawed toes (2.8%) and trophic lesions (2.5%) in the foot, mobile claw (3.1%) and trophic lesions (2.8%) in the hand; eyebrow madarosis (2.8%) and nasal septum perforation (1.2%). The number of disabilities decreased at discharge, except at the eye, which increased 2.5%. The results emphasize the need to promote comprehensive care in the NHS and to adjust the parameters used in the staging of patients, that currently omit functional and aesthetic lesions, which represent organic obstacles to social integration. Reproduction of this type of study will provide data for the NHS management to develop strategies in order to deal with leprosy as a chronic and disabling disease.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa de longa duração, cujo agente etiológico, *Mycobacterium leprae*, é uma bactéria de multiplicação lenta e baixa patogenicidade, apresentando predileção, nos seres humanos, por mucosas, tegumentos e nervos periféricos¹.

Os principais ramos neurais acometidos são o ramo zigomático do nervo facial, nervo oftálmico derivado do nervo trigêmeo, nervo ulnar, nervo radial, nervo mediano, nervo fibular comum e nervo tibial posterior. Desse modo, as deficiências e incapacidades mais comuns são a diminuição ou perda da força muscular (paresia e parestesia), atrofia, contraturas, articulações rígidas e aumento da pressão em áreas específicas durante as atividades da vida diária. O dano às fibras autonômicas causa perda da sudorese, resultando em pele seca, hiperqueratósica, com grande vulnerabilidade e probabilidade de infecções. Concomitantemente, a lesão das fibras sensitivas ocasiona déficit ou perda da sensibilidade protetora, aumentando o risco de ferimentos e ulcerações².

O acometimento de tais nervos causa neurites que, se não tratadas, provocam ferimentos e ulcerações vulneráveis às infecções, osteomielites e necroses graves, resultando em reabsorção tecidual dos tegumentos e estruturas musculares e ósseas. Portanto, um diagnóstico tardio e a prevenção ou reabilitação ineficazes, ocasionam deficiências e incapacidades, responsáveis pelo alto grau estigmatizante da doença. Para um trata-

mento eficaz é necessário uma equipe multidisciplinar aplicada na cura física e psicológica dos pacientes³.

A prevenção de incapacidades começa com o diagnóstico precoce da hanseníase, com o diagnóstico e tratamento das complicações, tais como neurites e reações, bem como a identificação de pacientes com risco de desenvolver as deficiências secundárias, visando uma intervenção no tempo adequado. Incapacidades em pacientes novos de hanseníase e de pessoas que tenham completado o tratamento com poliquimioterapia (PQT) continuam sendo um desafio⁴.

Há um consenso que o desenvolvimento e instalação de deficiências e incapacidades funcionais neuromotoras no indivíduo atingido por sequelas de hanseníase é um dos pontos críticos envolvidos com a morbidade e cronicidade da doença no contexto da exclusão social (ou desenvolvimento social). A dívida com o paciente de hanseníase é tão grande que não há como priorizar apenas o nível básico de atenção, uma vez que só poderemos eliminar o estigma que acompanha a hanseníase ao longo dos séculos, se houver uma atuação decisiva e concreta em todos os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil para esse paciente⁵.

A OMS preconizou como indicador de monitoramento da hanseníase em nível mundial a estimativa de prevalência total de deficiência visível, isto é, grau 2 de incapacidade física na população, a fim de realizar o planejamento e implementação de serviços de reabilitação⁴.

O sistema de classificação de incapacidades em três graus (0, 1 e 2) pela OMS tem sido utilizado por vários anos e é o único indicador que se tem disponível para medir a magnitude do problema⁴. No entanto, algumas deficiências e incapacidades, além dos sítios e tipos de deficiência não são contempladas nesse sistema.

Portanto, é notável a necessidade de avaliação do grau de incapacidade, além da urgência da realização de um censo de incapacidades que determine o principal sítio orgânico e nervos acometidos, relacionando-os com as características das populações mais atingidas, a fim de programar um atendimento adequado que priorize o monitoramento neural, diminuindo o número de pacientes com deficiências e/ou incapacidades na alta por cura^{6,7}. Com isso, será possível avaliar a transcendência da hanseníase, isto é, o impacto das deformidades causadas pela doença nas esferas socioeconômica e cultural, verificando o custo/benefício das ações preventivas e curativas^{3,8}.

No entanto, não há documentação oficial disponível para essa avaliação e a estratégia aponta a necessidade de revisão por meio de levantamentos para apurar as circunstâncias relativas à instalação, progressão e recuperação de deficiências e /ou incapacidades contemplando a reabilitação integral do paciente com hanseníase⁷.

Este estudo objetivou fazer um levantamento de deficiências e/ou incapacidades decorrentes da hanse-

níase em um Centro de Referência Nacional para essa doença, a fim de subsidiar o planejamento e implementação de serviços de reabilitação, com vistas à reorganização e melhoria de ações para consolidar uma política nacional de atenção à hanseníase no SUS, em seus princípios de universalidade, equidade e integralidade.⁴

MATERIAL E MÉTODO

Realizou-se um estudo de pacientes com diagnóstico de hanseníase atendidos e tratados no Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária e Hanseníase (CREDESH), do Hospital de Clínicas (HC), da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), entre os anos de 2003 a 2008.

Foram utilizados o software SECH (Sistema de Estudo e Controle da Hanseníase), específico do CREDESH/HC/UFU, e prontuários de 318 pacientes para análise das seguintes variáveis epidemiológicas: sexo, idade, classificação operacional constituída de casos paucibacilares (PB) e multibacilares (MB), forma clínica de acordo com o espectro de Ridley & Jopling⁹, sendo os pacientes classificados nas seguintes formas: indeterminada (I), tuberculóide (T), dimorfa-tuberculóide (DT), dimorfa-dimorfa (DD), dimorfa-virchowiana (DV) e virchowiana (V). Também foram analisados o número e o tipo de deficiência/incapacidade, nervos acometidos, grau de incapacidade e sítio(s) orgânico(s) acometido(s), tanto no diagnóstico como na alta de cada paciente.

Os pacientes foram atendidos, diagnosticados e classificados por médicos especialistas em hansenologia e a avaliação das incapacidades físicas dos pacientes foi realizada por terapeuta ocupacional e fisioterapeuta do CREDESH/HC/UFU e registrada no prontuário e software específico, para determinar o comprometimento sensitivo-motor de olhos, mãos, pés, face e nariz.

O grau de incapacidade física para cada paciente foi considerado o grau máximo encontrado na Ficha de Avaliação de Incapacidades³, variando do grau zero (GI=0), que corresponde à ausência de incapacidades devido à hanseníase, aos graus 1 (GI=1) e 2 (GI=2), decorrentes de alterações sensitivas e/ou motoras de gravidade crescente, em consequência da neuropatia hanseniana nos seguintes nervos e seus ramos: ramo oftálmico do trigêmeo, facial e ramo zigomático do facial, radial, ulnar, mediano, fibular comum e tibial posterior^{10,11}.

Considerou-se como deficiência e/ou incapacidade, além das preconizadas pelo sistema em três graus (0, 1

e 2) da OMS todas as alterações estéticas e ou funcionais que podem impedir a inclusão social e dificultar as atividades da vida diária e qualidade de vida do paciente, tais como: distúrbios sensitivos, motores e ou autonômicos em mãos e pés (paresia com atrofia de interósseos sem garra nas mãos, parestesia, xerodermia, edema, cianose, isquemia persistente em mãos e pés; madarose superciliar e ciliar, pterígio e entrópico nos olhos; acometimentos do nariz (perfuração de septo nasal, desabamento de pirâmide nasal sem retração de pele, nariz em sela, parestesia, ressecamento da mucosa nasal com úlceras crônicas e infecções recorrentes, hipertrofia ou atrofia de conchas nasais e anosmia persistente)¹².

Os resultados foram apresentados no programa Microsoft Office Excell 2003/2007 em tabelas dinâmicas por meio de estatísticas descritivas.

Esta pesquisa faz parte dos projetos: 1) "Implantação da Gerência de processos em um Centro de Referência Nacional em Hanseníase do Brasil: Impacto na Prevenção de Incapacidades", que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFU pelo parecer nº 061/2008; 2) "Censo de deficiências por hanseníase: avaliação dos procedimentos para prevenção, tratamento e reabilitação das incapacidades e dos fatores envolvidos na atenção integral aos pacientes no Sistema Único de Saúde", que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFU pelo parecer nº 475/2010.

RESULTADOS

Foram analisados 318 prontuários de pacientes, atendidos em um Centro de Referência Nacional, durante o período de 2003 a 2008.

Em relação às características gerais da população do estudo, houve predomínio de pacientes do sexo masculino (58,49%; 186/318) e as faixas etárias mais afetadas foram as de 31 a 45 anos (33,02%; 105/318) e de 46 a 60 anos (32,70%; 104/318), entre as quais não houve diferença estatisticamente significativa. Quanto à classificação operacional, 62,89% (200/318) dos pacientes eram multibacilares. A forma clínica mais prevalente foi a dimorfa-tuberculóide (41,51%; 132/318), seguida de dimorfa-dimorfa (16,98%; 54/318), virchowiana (15,41%; 49/318), dimorfa-virchowiana (13,21%; 42/318), tuberculóide (12,26%; 39/318) e indeterminada (0,63%; 2/318), (Tabela 1).

Tabela 1 Características clínicas e epidemiológicas dos pacientes com hanseníase do CREDESH/HC/UFU, no período de 2003-2008.

| Variáveis | Frequência | |
|----------------------------------|------------|------------|
| | n | % |
| Sexo | | |
| Masculino | 186 | 58,49 |
| Feminino | 132 | 41,51 |
| Idade | | |
| < 15 anos | 7 | 2,2 |
| 16 a 30 anos | 42 | 13,21 |
| 31 a 40 anos | 105 | 33,02 |
| 46 a 60 anos | 104 | 32,7 |
| > 60 anos | 60 | 18,87 |
| Classificação operacional | | |
| PB | 118 | 37,11 |
| MB | 200 | 62,89 |
| Forma clínica | | |
| I | 2 | 0,63 |
| T | 39 | 12,26 |
| DT | 132 | 41,51 |
| DD | 54 | 16,98 |
| DV | 42 | 13,21 |
| V | 49 | 15,41 |
| Total | 318 | 100 |

Observou-se que o GI=0 foi o de maior prevalência, tanto no diagnóstico (57,2%; 182/318), quanto na alta (61,9%; 197/318), em contrapartida, o GI=2 apresentou menor frequência de casos (11,7%; 37/318 no diagnóstico e 12,3%; 39/318 na alta), (Tabela 2).

Tabela 2 Frequência dos graus de incapacidade (G.I.) dos pacientes no diagnóstico e na alta.

| G.I. | Diagnóstico | | Alta | |
|--------------|-------------|------------|------------|------------|
| | n | % | N | % |
| 0 | 182 | 57,2 | 210 | 66 |
| 1 | 99 | 31,1 | 69 | 21,7 |
| 2 | 37 | 11,7 | 39 | 12,3 |
| Total | 318 | 100 | 318 | 100 |

Quanto ao gênero, no grau 2 de incapacidade, os homens representaram a grande maioria dos pacientes, sendo 75,7% (28/37) no diagnóstico e 82,1% (32/39) na alta, (Tabela 3).

Tabela 3 Gênero por grau de incapacidade do paciente no diagnóstico e na alta.

| Grau de Incapacidades | Gênero | | | | Total geral | | |
|-----------------------|------------|-------------|------------|-------------|-------------|------------|------|
| | M | % | F | % | N | % | |
| G.I.D | 0 | 97 | 53,3 | 85 | 46,7 | 182 | 57,2 |
| | 1 | 61 | 61,6 | 38 | 38,4 | 99 | 31,1 |
| | 2 | 28 | 75,7 | 9 | 24,3 | 37 | 11,7 |
| Total | 186 | 58,5 | 132 | 41,5 | 318 | 100 | |
| G.I.A | 0 | 111 | 52,9 | 99 | 47,1 | 210 | 66 |
| | 1 | 43 | 62,3 | 26 | 37,7 | 69 | 21,7 |
| | 2 | 32 | 82,1 | 7 | 17,9 | 39 | 12,3 |
| Total | 186 | 58,5 | 132 | 41,5 | 318 | 100 | |

Considerando-se que um mesmo paciente pode ter mais de um nervo acometido e que foram avaliados 318 pacientes, observou-se um total de 811 nervos acometidos no diagnóstico – com média de 2,5 nervos por paciente - e 719 na alta – com média de 2,2 nervos por paciente. Desses nervos, o ulnar foi o mais acometido tanto no diagnóstico como na alta (22,3%; 181/811 e 23,9%; 172/719 - respectivamente), seguido pelo nervo tibial posterior (21,7%;176/811 no diagnóstico e 21,4%; 154/719 na alta) e nervo fibular (20,7%; 168/811 no diagnóstico e 21,3%; 153/719 na alta), (Gráfico 1).

Do total de pacientes estudados, 58,5% (186/318) não apresentavam nenhuma deficiência e/ou incapacidade decorrente da hanseníase. Nos outros 41,5% (132/318) houve predominância de deficiência/incapacidade em pacientes com a classificação MB (81,1%; 107/132), restando 18,9% (25/132) para os PB (Tabela 4). Do total de pacientes MB, a maioria 53,5% (107/200) apresentava pelo menos uma deficiência/incapacidade, enquanto que, do total de pacientes PB, apenas 21,2% (25/118), (Tabela 4)

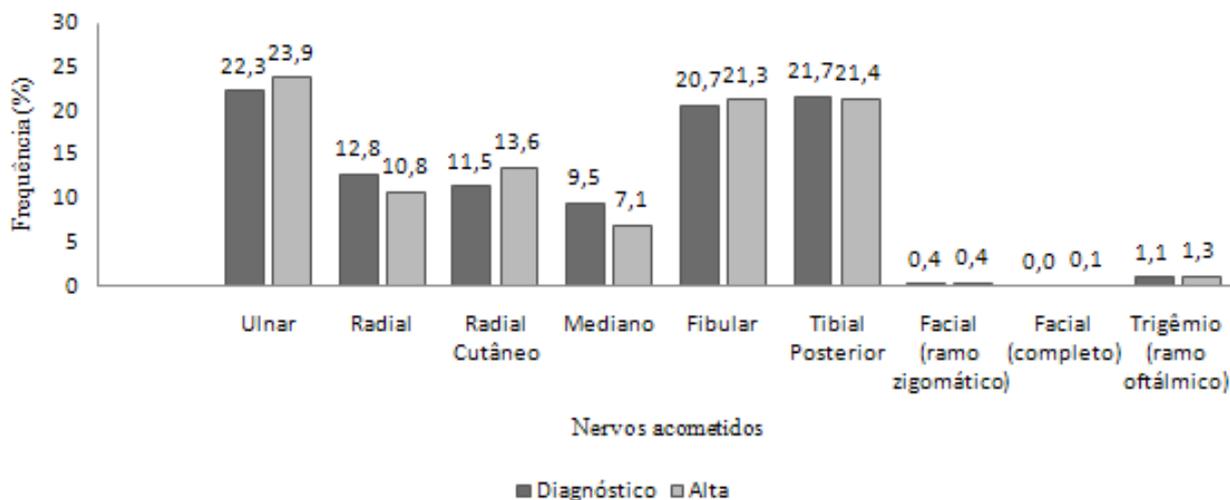


Figura 1 Nervos acometidos e frequência de acometimento dos nervos nos pacientes com hanseníase no diagnóstico e na alta.

Tabela 4 Número de incapacidades dos pacientes por classificação operacional (C.O.)

| C.O. | Número de incapacidades | | | | | | | | | |
|-------|-------------------------|------|-------|------|-------|-----|-------|-----|-------|-----|
| | 0 | | 1 a 3 | | 4 a 6 | | 7 a 9 | | Total | |
| | n | % | n | % | n | % | N | % | n | % |
| PB | 93 | 78,8 | 23 | 19,5 | 2 | 1,7 | 0 | 0 | 118 | 100 |
| MB | 93 | 46,5 | 93 | 46,5 | 13 | 6,5 | 1 | 0,5 | 200 | 100 |
| Total | 186 | 58,5 | 116 | 36,5 | 15 | 4,7 | 1 | 0,3 | 318 | 100 |

Nos 132 pacientes com alguma deficiência/incapacidade, o total de sítios acometidos foram 193 no diagnóstico, com uma taxa de 1,5 sítio com deficiência/incapacidade por paciente; e 158 sítios na alta, com taxa de 1,2 sítios acometidos/paciente. Observou-se que o pé, tanto no diagnóstico (51,8%; 100/193) quanto na alta (50%; 79/158), foi o sítio mais afetado. O segundo sítio mais acometido foi a mão, com 29% (56/193) no diagnóstico e 26,6% (42/158) na alta, seguida pelo olho (10,9%; 21/193 no diagnóstico e 19%; 30/158 na alta) e

pele pelo nariz (8,3%; 16/193 no diagnóstico e 4,4%; 7/158 na alta), respectivamente (Tabela 5). Vale ressaltar que tanto no diagnóstico quanto na alta foi observado no grau de incapacidade zero, 11 e sete (7) deficiências, respectivamente, sendo no pé e na mão, o encontro de anestesia/hipoestesia; no olho, a presença de madarose superciliar e no nariz a de hipertrofia de conchas nasais, hiposmia/anosmia.

Tabela 5 Grau de incapacidade dos pacientes no diagnóstico (G.I.D) e na alta (G.I.A) por sítio orgânico afetado.

| Sítio orgânico | G.I.D | | | | G.I.A | | | |
|----------------|-------|-----|----|-------|-------|----|----|-------|
| | 0 | 1 | 2 | Total | 0 | 1 | 2 | Total |
| Pé | 6 | 67 | 27 | 100 | 3 | 51 | 25 | 79 |
| Mão | 1 | 30 | 25 | 56 | 3 | 17 | 22 | 42 |
| Olho | 0 | 12 | 9 | 21 | 1 | 14 | 15 | 30 |
| Nariz | 4 | 4 | 8 | 16 | 0 | 3 | 4 | 7 |
| Total | 11 | 113 | 69 | 193 | 7 | 85 | 66 | 158 |

No diagnóstico, do total de deficiências e/ou incapacidades nos pés, a mais frequente em todos os graus foi anestesia e/ou hipoestesia (29,6%; 94/318), o mesmo foi verificado na alta (25,2%; 80/318). O número total de deficiências e/ou incapacidades nos pés na alta foi 12,2% (16/131) menor que no diagnóstico, o que equivale a menos 5% no total de pacientes na alta (16/318), (Tabela 6).

Tabela 6 Tipo de deficiência e/ou incapacidade dos pacientes no diagnóstico e na alta.

| Pés | Diagnóstico | | Alta | |
|------------------------------|-------------|-------------|------------|-------------|
| | n | % | n | % |
| Anestesia e/ou hipoestesia | 94 | 29,6 | 80 | 25,2 |
| Úlceras e/ou lesões tróficas | 8 | 2,5 | 11 | 3,5 |
| Artelhos em martelo | 9 | 2,8 | 11 | 3,5 |
| Pé caído | 2 | 0,6 | 5 | 1,6 |
| Reabsorção óssea | 3 | 0,9 | 3 | 0,9 |
| Outros* | 15 | 4,7 | 5 | 1,6 |
| Total (N=318) | 131 | 41,1 | 115 | 36,3 |

* Parestesia, paresia, edema persistente, xerodermia e cianose.

Considerando-se os casos de deficiências e/ou incapacidades nas mãos, a mais frequente em todos os graus foi anestesia e/ou hipoestesia, tanto no diagnóstico (14,2%; 45/318), quanto na alta (9,7%; 31/318). O número total de deficiências e/ou incapacidades no momento da alta em relação ao do diagnóstico apresentou um declínio de 16,9% (15/89), com uma diminuição de 4,7% (15/318) no total de pacientes, (Tabela 7).

Tabela 7 Tipo de deficiência e/ou incapacidade dos pacientes na mão no diagnóstico e na alta.

| Mãos | Diagnóstico | | Alta | |
|------------------------------|-------------|-----------|-----------|-------------|
| | n | % | n | % |
| Anestesia e/ou hipoestesia | 45 | 14,2 | 31 | 9,7 |
| Úlceras e/ou lesões tróficas | 9 | 2,8 | 5 | 1,6 |
| Amiotrofia de interósseos | 5 | 1,6 | 6 | 1,9 |
| Garra móvel | 10 | 3,1 | 12 | 3,8 |
| Garra rígida | 3 | 0,9 | 7 | 2,2 |
| Mão caída | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Reabsorção óssea | 3 | 0,9 | 3 | 0,9 |
| Outros* | 14 | 4,4 | 10 | 3,1 |
| Total (N=318) | 89 | 28 | 74 | 23,3 |

* Parestesia, paresia, xerodermia e edema persistente.

Com relação ao olho, a deficiência e/ou incapacidade mais comum, tanto no diagnóstico (2,7%; 9/318) como na alta (3,9%; 13/318) foi a madarose superciliar, seguida pela hipoestesia da córnea (no diagnóstico 2,4%; 8/318 e na alta 2,7%; 9/318). Observou-se aumento de 33% (8/24) no número de deficiências e/ou incapacidades no olho na alta em relação ao diagnóstico, um acréscimo de 2,5% (8/318) de incapacitados no olho no total de pacientes, (Tabela 8).

Tabela 8 Tipo de deficiência e/ou incapacidade no olho dos pacientes no diagnóstico e na alta.

| Olho | Diagnóstico | | Alta | |
|--------------------------|-------------|------------|-----------|------------|
| | n | % | n | % |
| Hipoestesia de córnea | 8 | 2,4 | 9 | 2,7 |
| Madarose superciliar | 9 | 2,7 | 13 | 3,9 |
| Lagofalmo | 2 | 0,6 | 1 | 0,3 |
| Ectrópio | 2 | 0,6 | 2 | 0,6 |
| Triquíase | 0 | 0 | 1 | 0,3 |
| Opacidade corneana | 2 | 0,6 | 3 | 0,9 |
| Entrópio | 0 | 0 | 1 | 0,3 |
| Perda da acuidade visual | 1 | 0,3 | 2 | 0,6 |
| Total (N=318) | 24 | 7,2 | 32 | 9,6 |

Com referência ao nariz, houve uma diminuição de 56,2% (9/16) do número de deficiências e/ou incapacidades dos pacientes na alta (2,1%; 7/318) em relação ao diagnóstico (5%; 16/318), uma porcentagem 2,8% (9/318) menor no total de pacientes, (Tabela 9).

Tabela 9 Tipo de deficiência e/ou incapacidade dos pacientes no nariz no diagnóstico e na alta.

| Nariz | Diagnóstico | | Alta | |
|-------------------------------|-------------|----------|----------|------------|
| | n | % | n | % |
| Perfuração do septo nasal | 4 | 1,2 | 3 | 0,9 |
| Desabamento da pirâmide nasal | 1 | 0,3 | 1 | 0,3 |
| Outros* | 11 | 3,5 | 3 | 0,9 |
| Total | 16 | 5 | 7 | 2,1 |

* Parestesia, ressecamento, feridas e/ou úlceras, erosão, hipertrofia de conchas nasais, anosmia/hiposmia e atrofia de conchas nasais.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Os doentes analisados no presente trabalho, atendidos no CREDESH/HC/UFU, eram procedentes de área endêmica de hanseníase. Em relação à classificação operacional, houve maior prevalência de pacientes MB. Em trabalhos anteriores realizados nessa região do Triângulo Mineiro, essa tendência tem se mantido desde a última década do século passado até a presente data^{6,7,8,13}.

Dos pacientes atendidos, considerando apenas o sistema de graus de incapacidade, casos com grau 2 de incapacidade física ultrapassou 10%, sendo considerado um parâmetro alto de incapacitados para a região¹². No entanto, quando considerado o conceito de deficiência estabelecido nesse trabalho, mais de 40% foram diagnosticados com algum tipo de deficiência e ou incapacidade. Uma explicação plausível para o grau 2 é a de que o tempo decorrido entre a percepção dos primeiros sintomas e o diagnóstico pelo serviço de saúde é considerado um fator que influencia o diagnóstico tardio^{14,13}. Porém, não existe uma doença na medicina que provoca tantas deficiências como a hanseníase e estima-se que 15% dos casos vão desenvolver incapacidades mesmo que todas as ações de saúde sejam tomadas adequadamente¹⁵. O caráter insidioso da doença pode levar o paciente a procurar os serviços de saúde depois da polarização para as formas mais graves e contagiosas, bem como a dificuldade do diagnóstico, mesmo nas formas mais avançadas da doença pelas equipes de saúde contribui para a manutenção da cadeia de transmissão da hanseníase e para o maior número de incapacidades nesses casos MB¹⁶.

O predomínio de pacientes que apresentaram forma clínica dimorfa-tuberculóide (DT) parece ser uma tendência observada nessa região de alta endemia do Brasil^{6,7,8,13}. No Brasil, são raros os dados de formas clínicas de acordo com a classificação de Ridley-Jopling, haja vista que as notificações são feitas em sua maioria pela classificação operacional PB e MB e pela classificação clínica de Madri¹². Diversos fatores poderiam justificar esse predomínio de formas DT nessa região pesquisada, que deve retratar o que acontece no Brasil. Fatores genéticos do hospedeiro e, recentemente, os fatores genéticos do bacilo foram reportados, sendo observada semelhança genética do bacilo encontrado no Brasil com o *Mycobacterium leprae* encontrado na Europa e África, onde tal classificação operacional também é predominante¹⁷. Por outro lado, a Ásia tem seus pacientes polarizados na classificação dimorfo-virchowiana (DV), onde o padrão de polimorfismo genético do *M. leprae* é distinto¹⁸.

Com relação ao gênero, houve maior prevalência de indivíduos do sexo masculino afetados pela doença, corroborando com trabalhos anteriores^{6,7,8,13,16,19,20}. O estilo de vida e a maior inserção no mercado de trabalho são apontados como agravantes dos fatores de risco para os homens^{21,17}. Existem, também, fatores hormo-

nais que poderiam levar as mulheres a desenvolver uma resposta imune celular mais efetiva contra a infecção²².

No presente trabalho os nervos periféricos mais acometidos no momento do diagnóstico foram o nervo ulnar, o nervo tibial posterior e o nervo fibular. O exame desses troncos nervosos deve ser enfatizado no exame neurológico inicial dos pacientes, haja vista a grande importância que sua lesão tem para o estabelecimento de deficiências e/ou incapacidades²³.

A maior frequência de lesões em pés, seguida por lesões em mãos, é relatada em outros trabalhos^{24,25}. A menor prevalência de lesões nas mãos pode ser justificada por alguns fatores, tais como: maior auto cuidado e percepção visível mais precoce dos problemas incapacitantes, o que não ocorre com os pés, que, por outro lado, sofrem mais os impactos na deambulação e agravam seu estado pelo ortostatismo bipodal em uma estrutura de sustentação²⁵.

A hipoestesia/anestesia como principal tipo de deficiência e/ou incapacidade nas mãos e pés, aliada aos comprometimentos motores, sugere a necessidade de intervenção dos profissionais para orientar os pacientes na prevenção de úlceras e lesões tróficas. Incapacidades mais severas, como garras, artelhos em martelo e pé caído, são secundárias ao comprometimento neural e à alteração sensitiva²⁴.

A melhora no quadro apresentado pelos pacientes, evidenciada pela redução do acometimento dos diversos sítios orgânicos – pés, mãos e nariz – na alta em relação ao diagnóstico, é um indicativo da eficiência do trabalho e da qualidade da equipe multiprofissional, cuja atuação na reabilitação e prevenção de incapacidades é imprescindível para a obtenção da estatística apresentada nos resultados¹³. No entanto, com relação à avaliação ocular, houve aumento no número de deficiências ou incapacidades, o que se justifica pela alta demanda de cuidados em mãos e pés, que recebem maior atenção da equipe de saúde. Além disso, é pequeno o número de serviços onde a avaliação ocular faz parte da rotina de controle dos pacientes portadores de hanseníase. Em um estudo retrospectivo com duração de 10 anos em um centro de referência para Hanseníase, foram acompanhados 3000 pacientes, dos quais a maioria nunca tinha sido avaliada e não tinha sequer consciência dos problemas oculares já instalados. Denota-se, assim, a necessidade de todos os pacientes portadores de hanseníase, com ou sem queixas oculares, serem avaliados rotineiramente²⁶.

Também é necessário ressaltar a importância das lesões no nariz, mesmo com os menores índices de acometimento, em função de sua relevância estética, a qual é fator determinante nas relações interpessoais, influenciando a inserção dos indivíduos no mercado de trabalho e nos círculos sociais²⁷. Ademais, a mucosa nasal é a principal via de transmissão do bacilo e o

acometimento nasal precede, muitas vezes, o acometimento cutâneo, sendo uma ferramenta importante para o diagnóstico precoce²⁸.

Os resultados do estudo em questão enfatizam a necessidade de promover uma assistência mais minuciosa no atendimento realizado no SUS. Além disso, ressalta-se a necessidade de adequação dos parâmetros utilizados no estadiamento dos pacientes em graus de incapacidade, que omite alterações funcionais e estéticas dos sítios orgânicos representativas de obstáculos à integração social, haja vista que os pacientes com grau de incapacidade zero podem apresentar deficiências e/ou incapacidades que contribuem com a manutenção do preconceito e do estigma associado à hanseníase e que devem ser considerados, afim de que recebam maior ênfase na elaboração de ações de prevenção e reabilitação²⁹.

Incapacidades em pacientes novos de hanseníase e de pessoas que tenham completado o tratamento com poliquimioterapia (PQT) continua sendo um desafio⁴.

Para conseguir a sustentabilidade do processo e continuar avançando rumo à eliminação, o conceito de cura do paciente com hanseníase deve ser ampliado, no que concerne à cobertura assistencial a esse grupo de pacientes em alta da poliquimioterapia, que está fora do registro ativo⁶, visando a uma modificação da percepção negativa ou estigmatizante da hanseníase no município, até mesmo porque o aumento do número de pacientes que são curados sem incapacidades físicas é um dos indicadores de melhoria da gestão e das condições de saúde da população³⁰. Embora a prevenção das deficiências possa requerer apoio dos serviços sociais e da comunidade, a gestão das deficiências se insere no vasto âmbito de saúde pública⁴.

A OMS preconizou como indicador de monitoramento da hanseníase em nível mundial a estimativa de prevalência total de deficiência visível, isto é, grau 2 de incapacidade física na população, a fim de realizar o planejamento e implementação de serviços de reabilitação⁴.

A despeito do sistema de classificação de incapacidades em três graus (0, 1 e 2) pela OMS ter sido usada por vários anos e ser o único indicador que se tem disponível para medir a magnitude do problema⁴, algumas deficiências e incapacidades não são contempladas nesse sistema, tais como: a presença de incapacidade

visível no nariz em sela, ou mesmo no desabamento da pirâmide nasal sem retração de pele e ou com perfuração de septo, que altera total ou parcialmente a função respiratória do indivíduo; as amiotrofias de interósseos nas mãos sem garras; as mãos e pés com distúrbios autonômicos como cianose, isquemia e edema persistentes; madarose das sobrancelhas e rugas acentuadas com atrofia cutânea da face resultante da fácies leonina, entre outras. Além disso, esse mesmo sistema da OMS não garante os dados de incapacidades referentes ao sítio e tipo de deficiência.

O presente trabalho apresentou todos os dados de deficiências nos pacientes atendidos em um Centro de Referência Nacional em Hanseníase no Brasil, incluindo as deficiências por sítio e tipo, além do grau de incapacidade e nervos acometidos, extrapolando a questão meramente do grau, para incluir aquelas que estão presentes nos pacientes e tem dificultado a sua inserção social e qualidade de vida.

Os resultados dessa pesquisa fornecem informações atualizadas para o monitoramento dos progressos obtidos na busca da eliminação efetiva da hanseníase²⁹, norteando ações dirigidas ao fortalecimento dos serviços de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e controle da doença em todos os níveis de complexidade⁸. A reprodução desse tipo de estudo em outros Centros de Referência e mesmo em nível municipal, associados aos outros indicadores epidemiológicos será imprescindível para subsidiar os gestores do SUS na tomada de decisões e contribuir com o desenvolvimento de estratégias para gestão da hanseníase como doença crônica e incapacitante.

AGRADECIMENTOS

À equipe do Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária e Hanseníase, do Hospital de Clínicas, da Universidade Federal de Uberlândia (CREDESH/HC/UFU), em especial à Josiela Alves Gonçalves Marques pela assistência técnica e manuseio do banco de dados dos pacientes analisados.

APOIO FINANCEIRO

CREDESH-UFU - Centro de Referência Nacional em Hanseníase / Dermatologia Sanitária

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 BRASIL/ Ministério da Saúde/ Secretaria de Vigilância em Saúde/ Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância Epidemiológica. 5 ed. Brasília, 2002.
- 2 BRASIL/ Ministério da Saúde/ Secretaria de Vigilância em Saúde/ Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle de Hanseníase. Relatório Executivo do PNCH. Brasília, 2008.
- 3 BRASIL/ Ministério da Saúde/ Secretaria de Vigilância em Saúde/ Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de prevenção incapacidades e reabilitação. 2.ed. Brasília, 2008.
- 4 WORLD HEALTH ORGANIZATION. Report by the Secretariat, Executive Board, 128th Session, Provisional Agenda Item 4.13, EB 128/16, December 2010. 4p.

- 5 Goulart IMB Revisitando a Política de Controle e Eliminação da Hanseníase no Brasil de 2002 a 2006. in: Cadernos do MORHAN – Atenção Integral à Hanseníase no SUS: Reabilitação – Um Direito Negligenciado, Edição de lançamento. 2006, nov; 21-27.
- 6 Rodrigues ALP, Almeida AP, Rodrigues BF, Pinheiro CA, Borges DS, Mendonça MLH, Silva VEF, Goulart IMB. Occurrence of late lepra reaction in leprosy patients: subsidies for implementation of a specific care program. *Hansen Int.* 2000; 25:17-25.
- 7 Goulart IMB, Santos MS, Muniz, DLO, Barbosa FM, Netto JC, Chaves J GM, Guedes JT, Queiroz LB, Nascimento VA, Silva YA. Caracterização da endemia hanseniana no município de Uberlândia - Minas Gerais, Brasil 1996-2000. *Hansen Int.* 2006; 31:33-40.
- 8 Mainenti DAM. Implantação da Gerência de Processos em um Centro de Referência Nacional em Hanseníase do Brasil: Impacto na Prevenção de Incapacidades. [Dissertação]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde; 2010.
- 9 Ridley DS, Jopling MJ. Classification of leprosy according to immunity. A five group system. *Int J Lepr.* 1966; 34:255-73.
- 10 Aquino DMC, Santos JS, Costa JML. Avaliação do programa de controle da hanseníase em um município hiperendêmico do Estado do Maranhão. *Cad Saúde Pública.* 2003a; 19:119-125.
- 11 Aquino DMC, Caldas AJM, Silva AAM, Costa JML. Perfil dos pacientes com Hanseníase em área hiperendêmica da Amazônia do Maranhão. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2003b; 36:56-64.
- 12 BRASIL/ MINISTÉRIO DA SAÚDE/ SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE/ DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. Portaria nº 3125, GM em 07 de outubro de 2010. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. *Diário Oficial da União*, nº 198, p.55, 15 de outubro de 2010.
- 13 Goulart IMB, Silva AA, Oliveira ACS, Alves RR, Quaresimin CR, Silva D P, Lopes MF, Faria GA. Grau de incapacidade: indicador de prevalência oculta e qualidade do programa de controle de hanseníase. *Hansen Int.* 2002; 27:5-13.
- 14 Nicholls, PG. Factors contributing to delay in diagnosis start of treatment of leprosy: analysis of help-seeking narratives in northern Bangladesh and in West Bengal, India. *Lepr Ver.* 2005; 76:35-47.
- 15 Duerksen F. Comprometimento neural em hanseníase. In: Frank, D. & Virmond, M. *Cirurgia Reparadora e Reabilitação em Hanseníase.* Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, Instituto Lauro de Souza Lima, p.59-67,1997.
- 16 Lima LS, Jidão FRS, Fonseca RNM, Silva JR GF, Neto RCB, Caracterização clínica-epidemiológica dos pacientes diagnosticados com hanseníase no município de Caxias, MA. *Ver Soc Bras Clín Méd.* 2009; 7:74-83.
- 17 Noordeen SK. The epidemiology of leprosy. In: Hastings RC. *Leprosy Medicine in the Tropics Series.* New York, Churchill – Livingstone; 1985. p. 15 – 30.
- 18 Monot, M. *et al.* On the Origin of Leprosy, *Science.* 2005; 308:1040-1042.
- 19 Corrêa CMJ, Ivo ML, Honer MR. Incapacidades em sujeitos com hanseníase em um centro de referência do Centro-Oeste brasileiro entre 2000-2002. *Hansen Int.* 2006; 31:8-21.
- 20 Santos TD, Goulart IMB, Ribeiro JF, Gonçalves MA, Souza DOB, Cardoso A. Implantação de modelo de mapeamento e gestão por processos para acreditação de um centro de referência nacional em hanseníase. *Hansen Int.* 2005; 30:127.
- 21 Nardi SMT, Paschiak VDA, Zanetta DMT. Frequência de avaliações e seu impacto na prevenção das incapacidades físicas durante o tratamento dos pacientes com hanseníase. *Hansen Int.* 2005; 30:157-166.
- 22 Le Grand A. Women and leprosy: a review. *Lepr Rev.* 1997; 68:203-211.
- 23 Pimentel MIF, Borges E, Sarno EN, Nery JAC, Gonçalves RR. O exame neurológico inicial na hanseníase multibacilar: correlação entre a presença de nervos afetados com incapacidades presentes no diagnóstico e com a ocorrência de neurites francas. *An Bras Dermatol.* 2003; 78(5):561-568.
- 24 Pedrazzani ES, Maluf SA, Pedroso M, Toyoda CY. Prevenção de incapacidades em Hanseníase: realidade numa unidade sanitária. *Hansen Int.* 1985; 10(1/2):10-22.
- 25 Carvalho GA, Alvarez RRA. Avaliação de incapacidades físicas neuro-músculo-esqueléticas em pacientes com hanseníase. *Hansen Int.* 2000; 25(1):39-48.
- 26 BRASIL/ MINISTÉRIO DA SAÚDE / SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Guia de Prevenção Ocular em Hanseníase, Série A. Normas e manuais técnicos; Cadernos de Prevenção e reabilitação em hanseníase, n.3, 2ed., Brasília, 2008.
- 27 Naves MM, et al. Contribution of Nasal Biopsy to Leprosy Diagnosis. *Am J Rhinol & Allergy.* 2009; 23(2):177-80.
- 28 Ogusku EF. Comprometimentos e deformidades nasais em Hanseníase. In: Opromolla, D.V.A & Baccarelli, R. *Prevenção de incapacidades e reabilitação em Hanseníase.* Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, Instituto Lauro de Souza Lima, p. 60-62, 2003.
- 29 ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE(OPAS)/ OMS. Boletim – eliminação da hanseníase das Américas. N.6, 4p, 1998.
- 30 BRASIL/ MINISTÉRIO DA SAÚDE/ SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Portaria nº 586/GM em 06 de abril de 2004. *Diário Oficial da União (DOU)*, nº 68, p.87, 08 de abril de 2004.