

Camila Arantes Bernardes¹

Aline Ferreira dos Santos²

Cacilda Tezelli Junqueira Padovani³

Liara Ferreira dos Santos⁴

Günter Hans Filho⁵

INCAPACIDADE FÍSICA EM HANSENIANOS DE CAMPO GRANDE – MATO GROSSO DO SUL

Physical disability in leprosy patients in Campo Grande - Mato Grosso do Sul

RESUMO

Este estudo objetivou verificar a frequência de incapacidade física em casos novos de hanseníase do município de Campo Grande, diagnosticados no período de abril de 2008 a março de 2009, bem como, caracterizar os aspectos clínico-epidemiológicos e sociodemográficos. Entre os 69 casos atendidos no período, mais da metade apresentou algum grau de incapacidade física (59,4%), sendo que 18,8% dos casos foram detectados com GIF II. Há uma concentração de casos na população do sexo masculino (59,4%) e associação entre sexo e grau de incapacidade física II, com GIF II entre os homens de 24,1%, mesmo fato observado com as formas clínicas multibacilares, com 33,3% de virchowianos com GIF II. A proporção de casos na população de até 15 anos foi elevada (10,1%) maior do que encontrada em outros estudos. Observou-se predomínio (84,0%) de pessoas com baixa escolaridade, com no máximo ensino fundamental completo e com renda *per capita* de até 1,5 salário mínimo. Quanto à distribuição geográfica dos casos, existe no município predomínio nos Distritos Sul e Norte (65,1%). Os achados deste estudo evidenciam que profissionais e gestores de saúde devem incentivar melhorias no diagnóstico precoce, avaliação dos casos, seguimento e serviços de prevenção de incapacidade dos pacientes com hanseníase.

Recebido em 03/03/2009.

Última correção em 15/06/2009.

Aceito em: 09/07/2009.

1 Camila Arantes Bernardes. Av. Hiroshima, 1327. CEP: 79032050. (67) 30262147. camila_arant_bernardes@hotmail.com. Fisioterapeuta, Mestranda em Doenças Infecciosas e Parasitárias – UFMS.

2 Fisioterapeuta, Mestre em Biotecnologia, Docente da UNIDERP.

3 Farmacêutica Bioquímica, Mestranda em Doenças Infecciosas e Parasitárias, Docente da UFMS.

4 Enfermeira.

5 Médico Dermatologista, Doutor em Medicina, Docente da UFMS.

Bernardes CA, Santos AF, Padovani CTJ, Santos LF, Hans Filho G. Incapacidade física em hansenianos de Campo Grande – Mato Grosso do Sul. *Hansen Int* 2009; 34(1): 17-25.

Palavras Chave: hanseníase; epidemiologia; classificação.

ABSTRACT

This study aimed to determine the frequency of disability in new cases of leprosy in the municipality of Campo Grande, diagnosed in the period of April 2008 to March 2009, and, characterize the clinical, epidemiological and sociodemographic. Among the 69 cases treated in the period, more than half had some degree of physical disability (59, 4%), whereas 18,8% of cases were detected with GIF II. There is a concentration of cases in the male population (59, 4%) and association between gender and degree of physical disability II with GIF II among men of 24, 1% even was observed in the same fact in multibacillary forms, with 33, 3% of lepromatous with GIF II. The proportion of cases in the population up to 15 years was high (10, 1%) higher than that found in other studies. There was predominance (84, 0%) of people with low education, with the most complete basic education, with per capita income of up to 1,5 mi-

nimum wages. As the geographical distribution of cases, there is predominance in the city districts in South and North (65, 1%). The findings of this study show that health professionals and managers should encourage improvements in early diagnosis, assessment of cases and follow up services for the prevention of disability of Hansen's disease.

Keys words: leprosy; epidemiology; classification.

INTRODUÇÃO

A hanseníase, hansenose, Mal de Hansen (MH) ou micobacteriose neurocutânea, tem como agente etiológico *Mycobacterium leprae*, ou bacilo de Hansen, que foi descrita por Armauer Gerhard Henri Hansen em 1873 como a primeira bactéria patógena para o homem. É parasito intracelular obrigatório e multiplica-se em células cutâneas e dos nervos periféricos. O tempo de multiplicação é lento, podendo durar em média 11 a 16 dias¹.

A hanseníase permanece como problema de saúde pública em 10 países, concentrando-se em seis países endêmicos: Índia, Brasil, Madagascar, Moçambique, Nepal e Tanzânia, que apresentam taxas de prevalência superiores a 3,4 por 10.000 habitantes, representando o total de casos registrados nesses países de 83% da prevalência global².

A MH é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma doença endêmica nas regiões subdesenvolvidas e em desenvolvimento. O Brasil é responsável por 92% dos casos da América Latina e apresenta uma distribuição irregular, com alta prevalência nas regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste³.

A região Centro-Oeste apresentou, nos últimos cinco anos, coeficiente de prevalência três vezes maior do que aqueles das regiões Sul e Sudeste.

No estado do Mato Grosso do Sul o coeficiente de prevalência vem apresentando queda progressiva com uma prevalência de 1,74/10.000 habitantes no ano de 2006, parâmetro considerado médio, no entanto o coeficiente de incidência de 2,62/10.000 habitantes permanece num parâmetro muito alto⁴.

O aumento da cobertura da poliquimioterapia (PQT), adotado em todos os países

onde a hanseníase é endêmica, o aperfeiçoamento do sistema de informação e a

descentralização do conhecimento tornam o esquema de tratamento acessível a

um maior número de pessoas e profissionais da área de saúde⁵.

O principal problema decorrente da hanseníase são as incapacidades físicas. As manifestações neurológicas, as quais atingem os nervos periféricos da face, membros superiores e dos membros inferiores, são decorrentes de processos inflamatórios dos troncos nervosos

periféricos que ocasionam alterações em sua função e estrutura, podendo acompanhar-se de dor intensa e/ou espessamento dos nervos, déficit motor e sensitivo. O acometimento dos nervos é reconhecidamente capaz de conduzir a dano neural e alteração da função sensitiva e/ou motora^{6,7}.

O tratamento precoce é a única forma de prevenção da neuropatia, sendo necessária monitoração da sensibilidade e da força muscular, evitando-se assim, a partir de medidas profiláticas ou reparadoras do processo, as incapacidades. Todos os sujeitos com hanseníase devem passar, pelo menos três vezes ao ano, por avaliação neurológica para detecção de neurites silenciosas ou de perdas funcionais por dano neural⁸.

Apesar do esquema terapêutico possibilitar a cura a hanseníase pode ocasionar o sujeito reações durante o tratamento e após a alta, o que possibilita quadros de neurite; e, caso não receba orientações e tratamento específicos pode gerar incapacidades⁹.

Para tanto medidas de prevenção são imprescindíveis, considerando que a hanseníase causa grande prejuízo para as atividades da vida diária e às relações interpessoais, provocando sofrimento que ultrapassa a dor e o mal-estar estritamente vinculado ao prejuízo físico, com grande impacto social e psicológico¹⁰.

Apesar da relevância das incapacidades físicas, a situação atual em termos de número de pessoas que vivem com deficiências e incapacidades relacionadas à hanseníase deve ser revista porque a avaliação neurológica simplificada, a qual deveria ser realizada em todos os doentes devido a sua importância para o prognóstico, atualmente não é priorizada como rotina, comprometendo assim a análise da situação dos incapacitados, em todo o país.

As informações atuais do país são oriundas de base de dados secundários, no entanto a fragilidade das informações advindas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que é o sistema de registro oficial adotado no Brasil, atualmente não permite uma análise criteriosa dos dados referentes à hanseníase no Brasil o mesmo ainda não permite avaliar a tendência secular da endemia e o seu impacto, ou a eficiência do programa apesar de que a construção dos indicadores básicos do Programa de Hanseníase utilizando o SINAN permite avaliar de forma simplista a implementação das ações programáticas de diagnóstico, tratamento, prevenção de incapacidades físicas e vigilância de contatos na rede de saúde¹¹.

Outros instrumentos são utilizados para a avaliação do programa de hanseníase tanto no aspecto epidemiológico como no operacional; um exemplo é o Leprosy Elimination Monitoring (LEM). Trata-se de um instrumento proposto pela OMS, com objetivo de coletar um número de indicadores que possam descrever o desempenho dos serviços de poliquimioterapia (PQT)

nos níveis local, regional e nacional dos países endêmicos, através de análise de prontuários e entrevistas com pacientes¹².

No estado de Mato Grosso do Sul, no último monitoramento de 190 casos avaliados segundo os dados coletados pelos monitores da LEM evidenciou grande discrepância entre o sistema de registro oficial (SINAN/MS) e a realidade¹².

A realização de pesquisas regionais pode contribuir para a adoção de estratégias diferenciadas visando o controle efetivo da transmissão da hanseníase em nosso país¹³.

Diante do exposto existe a necessidade de estudos para conhecer a frequência das incapacidades físicas além da distribuição local da doença, levantando aspectos que podem contribuir para ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce, evitando as deformidades e incapacidades da hanseníase. O conhecimento da situação epidemiológica local, não baseada apenas em dados secundários se mostra como importante instrumento para subsidiar as políticas de saúde pública para o real controle da endemia.

Objetivo Geral

Descrever a frequência de incapacidade física dos casos novos de hanseníase diagnosticados no período de abril de 2008 a março de 2009.

Objetivos Específicos

Caracterizar os pacientes segundo os aspectos clínico-epidemiológicos e sociodemográficos e associar com o Grau de incapacidade física (GIF).

MATERIAL E MÉTODO

Pesquisa de desenho quantitativo, descritiva, do tipo série de casos, com coleta de dados primários e secundários. A pesquisa foi realizada considerando o município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, no período de abril de 2008 a março de 2009.

Foram considerados como sujeitos da pesquisa os doentes de hanseníase, diagnosticados como casos novos, residentes em Campo Grande, atendidos pelas Unidades de Saúde Notificantes e que assinarem o Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Um caso de hanseníase é definido como sendo uma pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características: lesões de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo(s) com espessamento neural ou baciloscopia positiva.

Foram convidados a participar da pesquisa 93 pacientes, dos quais 69 preenchem os critérios de inclusão.

Como critérios de exclusão foram definidos: os casos não confirmados segundo a definição de caso estabelecida pela OMS (n=13); os pacientes não residentes em

Campo Grande (n=6); os casos registrados como outro modo de entrada (recidiva, outros reingressos, transferências de outro município, transferência de outro estado, transferência de outro país) (n=4) e os pacientes que não concordaram em participar do estudo (n=1).

Depois de atendidos os critérios de inclusão na pesquisa, foi utilizado formulário, onde a metodologia adotada foi a entrevista estruturada com abordagem de aspectos clínico-epidemiológicos e sociodemográficos. Posteriormente para determinação do GIF, os pacientes foram avaliados seguindo a "Avaliação das Funções Neurais" e registrado o grau encontrado no Formulário para Classificação do Grau de Incapacidades Físicas. A verificação da forma clínica foi realizada através de consulta ao SINAN.

Após coleta dos dados, os resultados foram agrupados e transcritos para uma Planilha Excel®, foram apresentados sob forma de tabelas e analisados quanto à distribuição das variáveis com recurso de estatística descritiva.

Utilizou-se o programa Epi info 3.4.1 para a análise descritiva dos dados, com indicação de frequência absoluta e cálculo percentual. Para o estudo estatístico foi utilizado o Bioestat versão 4.0, correlacionando-se as variáveis e, em todos os testes utilizados foram consideradas estatisticamente significativas as diferenças quando o valor de p fosse menor que 0,05¹⁴.

O trabalho foi submetido à avaliação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e aprovado - protocolo nº 1138. Todos os pacientes que concordarem em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, devido à consulta ao SINAN, foi utilizado o Termo de Compromisso para Utilização de Informações de Base de Dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período compreendido entre abril de 2008 a março de 2009, foram avaliados 69 casos de hanseníase, dos quais 28(40,6%) apresentaram Grau de incapacidade Física (GIF) 0, 28(40,6%) apresentaram alteração de sensibilidade protetora - GIF I - e 13(18,8%) possuíam deformidades instaladas - GIF II, ou seja, dos referidos casos, 41 pacientes, (59,4%), apresentaram alguma alteração quanto o grau de incapacidade (Tabela 1).

Tabela 1. Número e porcentagem de hansenianos segundo o Grau de Incapacidade Física (GIF), Campo Grande - 2008-2009

Grau de Incapacidade Física	Nº.	%
0	28	40,6
I	28	40,6
II	13	18,8
Total	69	100,0

Em estudos realizados, em diferentes realidades epidemiológicas, é de fácil percepção que o GIF é variável.

Em estudo realizado em 2000 no Hospital Universitário de Brasília (DF), constatou-se que dos casos analisados, 19,8% apresentaram GIF I e, 23,7%, estavam com o maior grau de incapacidade (GIF II)¹⁵.

Pesquisadores em um estudo descritivo-retrospectivo, realizado em um centro de referência de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, avaliaram 282 prontuários de hansenianos, no período de 2000 a 2002, e concluíram que 31,2% foram caracterizados no GIF I e 16,1% no GIF II, totalizando 47,3% de casos que possuíam algum grau de incapacidade com alteração de sensibilidade e/ou física¹⁶.

Em outra unidade de referência, de Campo Grande, um estudo descritivo realizado a partir da coleta de dados de 192 fichas de notificação da hanseníase, 33,3% apresentou deformidades físicas (GIF I ou II), no início do tratamento¹³.

Na realização de um estudo transversal com 79 casos, em atendimento ambulatorial do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, nos anos de 2003 e 2004, pesquisadores evidenciaram, que 38% destes tinham grau II de incapacidade¹⁷.

Num outro estudo observacional, clínico-epidemiológico, transversal, realizado por Martins, Torres e Oliveira, com 40 pacientes, todos com idade superior a 18 anos, com diagnóstico de hanseníase clínico e/ou histopatológico, em tratamento com poliquimioterapia (PQT) ou pós-alta, 36,8% apresentaram o grau 0, 44,7% o I e 18,4% o II¹⁰.

Quanto à evolução do percentual de incapacidade registrado entre os casos novos avaliados no Brasil de 2001 a 2006, observou-se que o valor médio do grau I de incapacidade foi de 18,0%, tendo uma variação de 17,6% em 2003 a 18,2% em 2004. No tocante ao valor médio do percentual de incapacidade grau II, este ficou em 5,8%, variando de 5,6% (2003) a 6,0% (2001). Como o grau de incapacidade está relacionado com o tempo de doença, permite uma avaliação indireta da efetividade das atividades de detecção precoce de casos e da prevalência oculta¹⁸.

As informações até então obtidas, ratificam o entendimento da necessidade de detecção precoce e tratamento preconizado, bem como, aliá-los à orientação no que se refere ao autocuidado, visando prevenir ou evitar o agravamento das incapacidades decorrentes da enfermidade hanseniana.

No presente estudo, verificou-se que o percentual de casos com deformidades físicas grau II (18,8%), conforme Tabela 1, está acima do preconizado pelo Ministério da Saúde (menor que 5%). A razão do percentual não desejado evidencia a presença de diagnósticos tardios e falta de ações para prevenção de incapacidades dela decorrentes.

Em situações como nos casos avaliados no presente estudo, ou seja, grande proporção de GIF II, Smith sugere

re medidas de tratamento e reabilitação com uma abordagem mais específica. A ação mais detalhada, além de se evitar o agravamento da enfermidade, permite o controle das incapacidades¹⁹.

Ademais, em razão do número de casos avaliados no presente estudo com alteração de sensibilidade protetora, ou seja, GIF I ter sido elevado faz com que ações de prevenção sejam necessárias para os mesmos, pois são sujeitos que potencialmente poderão ser acometidos por lesões mais graves, tendo em vista a grande possibilidade de evolução para um grau maior de incapacidade¹⁵.

Do até então exposto, verifica-se uma necessidade de se aumentar a frequência das avaliações sensitivas motoras (ASM), pois ações desta natureza são imprescindíveis para aqueles que estão na população do GIF I, já que o exame é importante para o monitoramento, o diagnóstico e controle da evolução do dano neural. Destaca-se que sem avaliações periódicas não se pode realizar, eficientemente, a prevenção de seqüelas^{20,21}.

Atividades voltadas para prevenção são essenciais, considerando o impacto que as incapacidades causam na qualidade de vida de seus portadores. Estudo realizado no ambulatório de Hansenologia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF-UFRJ), demonstra que mais de 50% dos pacientes acometidos com GIF I ou II apresentaram *score* grave ou muito grave, no *Dermatology life quality index* (DLQI) contrastando com os pacientes que não possuem incapacidade física, evidenciando comprometimento da qualidade de vida de pacientes com GIF. A hanseníase causa grande prejuízo para as atividades da vida diária e às relações interpessoais, provocando sofrimento que ultrapassa a dor e o mal-estar estritamente vinculados ao prejuízo físico, com grande impacto social e psicológico. Faz-se, portanto, necessária a abordagem multidisciplinar ao paciente, ações que visem não só o controle, mas também à prevenção de incapacidades, estímulo à adesão ao tratamento e combate ao estigma social, a fim de minimizar o impacto da doença sobre a vida do indivíduo, o que por certo propiciará uma vida mais digna àqueles que são acometidos pela hanseníase¹⁰.

Em meio aos 69 pacientes que participaram do estudo, 59,4% eram do sexo masculino e 40,6% do sexo feminino. No Brasil, no período de 2001 a 2006, a média de casos do sexo masculino foi de 55,2% e 44,8% corresponderam ao sexo feminino¹⁸.

A proporção de mulheres com hanseníase entre os recém-detectados é muito variada. Os casos em populações da África variam de 25,6% em Madagascar para 60,1% na República do Congo. Na Região das Américas, a proporção de mulheres varia de 18,7% no Equador para 44,8% no Brasil. Na Região Leste da Ásia, a proporção varia de 30,7% no Nepal para 63,6% no Timor-Leste. Na Região Leste do Mediterrâneo, ela varia de 28,7% na

Somália para 46,2% no Sudão. Na Região Oeste do Pacífico, o intervalo é de 20,0% nas Filipinas para 77,6% na República Democrática Popular do Laos²².

Diversos autores atribuem número maior de casos masculinos devido a uma maior exposição, à maior movimentação e oportunidade de contato dos homens e a exame clínico menos cuidadoso em mulheres²³. Embora nos últimos anos a diferença entre sexos tenha diminuído, mulheres têm sido acometidas em plena capacidade de reprodução e produção laborativa²⁴.

Quanto à maioria masculina, verifica-se que grande parte das doenças transmissíveis predomina nesse sexo²⁵.

Observou-se que, quando analisado o sexo frente ao grau de incapacidade máxima (GIF II), 26,8% do total de pacientes do sexo masculino apresentaram o grau de incapacidade, sendo menor esta freqüência no sexo feminino (7,1%). Observou-se associação estatisticamente significativa entre sexo e o GIF, Teste G ($p=0,0262$) (Tabela 2).

Tabela 2. Número e porcentagem de hansenianos segundo sexo e grau de incapacidade física Campo Grande – 2008-2009

Sexo	Grau de Incapacidade Física						Total	
	Grau Zero		Grau I		Grau II			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Masculino	18	43,9	12	29,3	11	26,8	41	59,4
Feminino	10	35,8	16	57,1	2	7,1	28	40,6
Total	28	40,6	28	40,6	13	18,8	69	100,0

Carvalho e Alvarez encontraram em seu estudo 47,5% de GIF II na população do sexo masculino e 35,0% no sexo feminino¹⁵. Lana et al. encontraram 19,7% de GIF II entre os homens e 9% no sexo feminino, ou seja, os homens apresentaram um risco relativo maior (2,19 vezes) que as mulheres de adquirir incapacidades físicas²³.

Isso pode estar relacionado com a demora no diagnóstico, com a maior procura pelo atendimento médico por parte das mulheres. Outro fator importante é o tipo de trabalho realizado: as atividades laborativas dos homens normalmente os expõem a maior esforço físico e maior risco de traumatismos, com conseqüentes mutilações²⁶.

Em referencia à faixa etária, a idade mínima encontrada foi de 4 e máxima de 82 anos (média de 46,5 anos). Desses, 89,9% dos pacientes encontravam-se na faixa etária de maiores de 15 anos e, 10,1% eram de até 15 anos (Tabela 3). Resultados de estudos mostram que apenas 3,2%, estão na faixa etária de até 15 anos; inferindo que a endemia poupa faixas etárias menores, sendo observado aumento da prevalência entre adultos e idosos, sugerindo que a doença se manifesta vários anos após exposição, entre outros fatores de risco²¹.

A proporção de crianças entre os casos novos detectados também mostra grande variação. Na região Africana varia de 2,9% no Togo para 37,9% nas Comoros. Na Região das Américas, oscila de 0,3% na Argentina a 14,02% na República Dominicana. Na Região Sudeste da Ásia, a proporção de crianças é de 3,3% no Nepal e, 14,1% no Timor-Leste. Na Região do Mediterrâneo Oriental, varia de 3,6% no Sudão para 13,6% no Lêmen. No Ocidente do Pacífico, o intervalo é de 2,2% na China a 26,9% nos Estados Federados da Micronésia²².

A proporção de casos em pacientes de até 15 anos, na presente análise é superior a encontrada no estado de Mato Grosso do Sul (4,2%), da Região Centro Oeste (5,8%) e a do Brasil (7,4%)²⁷.

Aparecimento de doentes jovens demonstra continuidade no processo de transmissão da doença, e possuem relação com focos de transmissão ativos^{20,28}.

Na distribuição da faixa etária de acordo com o GIF, observa-se grande proporção na faixa de 0-15 anos (14,3%), evidenciando alta endemicidade e diagnóstico tardio. Na faixa etária de 16 -30 anos, a proporção de GIF II foi elevada (37,5%), dado alarmante uma vez que incide na população economicamente produtiva. Já na população com faixa etária compreendida entre 61-75 anos, a proporção de GIF II (23,6%), condiz com a literatura, pois há uma relação entre faixas etárias mais elevadas e o aumento na proporção de GIF II, devido a cronicidade da doença (Tabela 3). Não houve associação significativa entre faixa etária e GIF, Teste G ($p=0,3417$).

Tabela 3. Número e porcentagem de hansenianos segundo faixa etária e grau de incapacidade física Campo Grande – 2008-2009

Faixa etária (anos)	Grau de Incapacidade Física						Total	
	Grau Zero		Grau I		Grau II			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
0 a 15	5	71,4	1	14,3	1	14,3	7	10,1
16 a 30	1	12,5	4	50,0	3	37,5	8	11,6
31 a 45	10	58,9	5	29,4	2	11,7	17	24,7
46 a 60	6	33,3	9	50,0	3	16,7	18	26,0
61 a 75	5	29,4	8	47,0	4	23,6	17	24,7
76 a 90	1	50,0	1	50,0	-	-	2	2,9
Total	28	40,6	28	40,6	13	18,8	69	100,0

Em sentido contrário, Corrêa, Ivo e Honer, encontraram diferença significativa na distribuição do grau de incapacidade física (GIF) por faixa etária. Assim, esta variável pode, segundo o estudo citado, sofrer modificações ao longo do tempo devido à cronicidade da doença, com conseqüente agravamento do quadro sensitivo e motor¹⁶.

Pesquisadores ao analisarem as incapacidades físicas em hanseníase, no momento de diagnóstico, no período de 1983 a 1988, no estado de São Paulo, concluíram, também, que as incapacidades aumentam em razão da idade pela cronicidade da doença²⁹.

No tocante a forma clínica, dentre os 69 casos analisados no presente estudo, foi possível a verificação no SINAN de 62 casos. Pois, havia 9,7% (6 casos) de subnotificação e 1,4% (1 caso) não classificado quanto a forma clínica. As formas clínicas da hanseníase tiveram a seguinte distribuição: 1,7% de indeterminada, 46,7% tuberculóide, 32,3% da forma dimorfa e 19,3% de virchowiana, ou seja, 48,4% de casos nas formas clínicas paucibacilares e 51,6% nas formas multibacilares (Tabela 4).

Tabela 4. Número e porcentagem de hansenianos segundo forma clínica e grau de incapacidade física, Campo Grande – 2008-2009

Forma clínica	Grau de Incapacidade Física						Total	
	Grau Zero		Grau I		Grau II			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Indeterminada	1	100,0	-	-	-	-	1	1,7
Tuberculóide	15	51,7	10	34,5	4	13,8	29	46,7
Dimorfa	7	35,0	8	40,0	5	25,0	20	32,3
Virchowiana	1	8,3	7	58,4	4	33,3	12	19,3
Total	24	38,7	25	40,4	13	20,9	62	100,0

Moreno et al. na avaliação de 254 casos, obtiveram os seguintes dados: 76,8% de multibacilares e 23,2% de paucibacilares, com 2,8% na forma indeterminada,

20,5% de tuberculóides, 48,4% de dimorfos e 28,4% de virchowianos³⁰.

No estudo em questão, a distribuição entre forma clínica e GIF, se mostrou da seguinte forma: indeterminados apresentaram 0% de GIF II, tuberculóides 13,8%, dimorfos 25,0% e virchowianos 33,3%. Para as variáveis avaliadas houve associação estatisticamente significativa entre a forma clínica e o GIF, Teste de Coeficiente de Correlação de Spearman ($p=0,006$) (Tabela 4).

Carvalho e Alvarez também encontraram distribuição semelhante na classificação de grau II de incapacidade física, sendo: 11,1% da forma clínica tuberculóide, 28,6% dimorfos e 30,0% virchowianos¹⁵.

Corrêa, Ivo e Honer, na mesma variável analisada, ou seja, a forma clínica, encontraram percentual significativamente maior ($p<0,001$) de pacientes com algum GIF (I ou II) entre os sujeitos que estão em esquema terapêutico multibacilar¹⁶.

Considerando os aspectos sociais, a maioria dos sujeitos estudados, 84,0%, tinha no máximo, o ensino fundamental completo e uma renda familiar *per capita* de até 1,5 salários mínimo (Tabela 5).

Na distribuição das variáveis escolaridade, e grau de incapacidade física não se observou associação estatisticamente significativa entre as variáveis, Teste G ($p=0,3236$). Entre as variáveis renda *per capita* e GIF observou-se associação estatisticamente significativa, Teste de Correlação de Spearman ($p=0,0005$). De maneira geral os pacientes apresentam pouca escolaridade e baixa renda.

Estudo realizado no Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza, em São Paulo, com 24 sujeitos com hanseníase, mostra que 100% tinham baixa escolaridade, resultando em renda familiar de aproximadamente três salários mínimos³¹.

Tabela 5. Número e porcentagem de hansenianos segundo escolaridade, renda *per capita* e o grau de incapacidade física, Campo Grande – 2008-2009 (n = 69)

Variáveis	Grau de Incapacidade Física						Total	
	Grau Zero		Grau I		Grau II			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Escolaridade								
Analfabeto	4	50,0	4	50,0	-	-	8	11,6
Ensino Fundamental Incompleto	15	36,6	17	41,5	9	21,9	41	59,4
Ensino Fundamental Completo	4	44,5	3	33,3	2	22,2	9	13,0
Ensino Médio Incompleto	-	-	2	50,0	2	50,0	4	5,8
Ensino Médio Completo	4	66,7	2	33,3	-	-	6	8,8
Superior Incompleto	-	-	-	-	-	-	-	-
Superior Completo	1	100,0	-	-	-	-	1	1,4
Renda <i>per capita</i> (salário mínimo)								
Até 0,5	5	20,0	11	44,0	9	36,0	25	36,2
De 0,6 a 1,0	11	45,8	10	41,6	3	12,6	24	34,8
De 1,1 a 1,5	4	44,4	4	44,4	1	11,2	9	13,0
De 1,6 a 2,0	2	66,7	1	33,3	-	-	3	4,4
De 2,1 a 2,5	4	80,0	1	20,0	-	-	5	7,2
Acima de 2,5	2	66,7	1	33,3	-	-	3	4,4

Resultados semelhantes são encontrados em estudo descritivo em que se utilizou uma amostra multicêntrica, em nível nacional, com objetivo de identificar a frequência de incapacidades em nosso meio, no qual, no tocante à escolaridade predomina o 1º Grau Incompleto, com renda familiar de um a três salários mínimos³².

No Brasil, em relação à escolaridade, 8,7% dos casos novos de hanseníase informados em 2007 foram registrados como analfabetos e 53,4% como ensino fundamental incompleto. Com ensino fundamental completo foram registrados 8,6% dos casos, 5,9% possuíam ensino médio incompleto, 6,5%, ensino médio completo, 0,8%, ensino superior incompleto e 1,3%, ensino superior completo. Considerando a concentração de casos em analfabetos e naqueles com níveis de escolaridade mais baixos evidencia a conhecida relação da hanseníase com as populações socialmente excluídas¹⁸.

Estudo sobre a evolução do índice de incapacidades aponta piora em analfabetos, e indica que quanto maior o grau de escolaridade, maior o grau de melhora, comprovando que a escolaridade é fator decisório para a evolução das categorias estudadas³³. Assim, a educação e a conscientização são fatores de transformação e refletem as atitudes da população frente ao problema³⁴.

A compreensão da necessidade e eficiência do tratamento e das ações de prevenção de incapacidades físicas está relacionada diretamente, nos países endêmicos, com as condições sanitárias e de informação, que não são as melhores³⁵. A baixa escolaridade associada à complexidade das orientações fornecidas ao sujeito com hanseníase e suas dúvidas sobre a eficácia do tratamento são fatores a considerar nas ações de orientação de prevenção de incapacidades³⁶.

Na distribuição geográfica observa-se concentração dos casos no Distrito Sul e Norte com 65,1% dos casos e nestas regiões, os casos apresentam uma alta proporção de GIF II (Tabela 6), evidenciando que estas regiões são epidemiologicamente importantes, pois apresentam concentração de casos e, detectados tardiamente.

Tabela 6. Número e porcentagem de hansenianos segundo local de residência e o grau incapacidade física, Campo Grande – 2008-2009

Distrito	Grau de Incapacidade Física						Total	
	Grau Zero		Grau I		Grau II			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sul	13	46,4	10	35,7	5	17,9	28	40,5
Norte	2	11,8	11	64,7	4	23,5	17	24,6
Oeste	6	42,9	5	35,7	3	21,4	14	20,4
Leste	7	70,0	2	20,0	1	10,0	10	14,5
Total	28	40,6	28	40,6	13	18,8	69	100,0

Considerando a distribuição geográfica dos casos, destaca-se que os profissionais desta região necessitam realizar medidas de busca ativa e vigilância epidemiológica com o objetivo de realizar diagnósticos precoces, uma vez que apresentam concentração de casos e uma proporção elevada de casos com GIF II.

CONCLUSÃO:

Mais da metade (59,4%) dos pacientes estudados apresentam algum grau de incapacidade física. O percentual de casos detectados com GIF II (18,8 %) está muito acima do preconizado como ideal pelo PNCH (menor que 5%).

No aspecto clínico-epidemiológico, existe maior proporção de casos do sexo masculino e de formas multibacilares. É marcante a incapacidade física II nos homens. Nos pacientes com formas clínicas multibacilares o GIF II foi mais expressivo que os paucibacilares. A proporção de casos de hanseníase em pacientes com até 15 anos é muito alta, o que revela a existência de focos de transmissão ativa.

O estudo realizado encontra força nas conclusões de outros autores, ao ratificar que o acometimento da hanseníase é evidenciado com maior frequência nas populações desprovidas de recursos financeiros e com baixo grau de escolaridade.

Tomando-se como base a localização dos casos de hanseníase dentro do município de Campo Grande, os Distritos Sul e Norte apresentaram, além da maior concentração de casos, o maior índice de casos com GIF II.

Os achados evidenciam que profissionais e gestores de saúde devem incentivar melhorias no diagnóstico precoce, avaliação dos casos, seguimento e serviços de prevenção de incapacidade dos pacientes com hanseníase. A Atenção Básica deve fundamentalmente estar sensível na busca precoce dos casos, ressaltando a vigilância epidemiológica dos contatos e tratamento adequado, bem como, para a realização da avaliação neurológica simplificada e medidas de prevenção de incapacidades.

AGRADECIMENTOS

À Secretaria de Estado de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, pela colaboração e acesso aos dados e aos serviços de saúde.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pelo apoio financeiro.

REFERÊNCIAS

- 1 Talhari S, Neves RG, Penna GO, Oliveira MLV. Hanseníase. Rio de Janeiro: Médica e científica; 2006.

- 2 World Health Organization (WHO). Leprosy elimination project: status report 2003. Geneve; 2004.
- 3 World Health Organization (WHO) Leprosy: global situation, 2006. Disponível em: <<http://www.who.int/lep/situation/NCDetection2006.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2008.
- 4 Mato Grosso do Sul. Secretaria de Estado de Saúde. Programa de Controle da Hanseníase. Sistema de Informação de Agravos e Notificação SINANW. TabWin: investigação de hanseníase – SINANW. Acesso em: 05 fev.2007.
- 5 Moreira TMA. As campanhas de hanseníase no Brasil. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz; 1997.
- 6 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas Públicas. Hanseníase, atividades de controle e manual de procedimentos. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- 7 Pimentel MIF, Borges E, Sarno EM, Nery JAC, Gonçalves RRO. 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. Anais Brasileiros de Dermatologia set./out.; 2003; 78(5).
- 8 Duerksen F. Introdução. In: Duerksen F, Virmond M, editores. Cirurgia reparadora e reabilitação em hanseníase. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato; 1997. p.17-20.
- 9 Opromolla DVA. Manifestações clínicas e reações. In: _____ editor. Noções de hansenologia. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato; 2000. p. 51-8.
- 10 Martins BDL, Torres FN, Oliveira MLW. Impacto na qualidade de vida em pacientes com hanseníase: correlação do *Dermatology Life Quality Index* com diversas variáveis relacionadas à doença. Anais Brasileiros de Dermatologia 2008; 83(1):39-43.
- 11 Moreira TMA. Estudo de Caso da Avaliação da Descentralização das Ações Programáticas de Hanseníase. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.
- 12 Leprosy Elimination Monitoring (LEM) in Brazil; 2003. Disponível em: <<http://www.paho.org/portuguese/ad/dpc/cd/lep-lem-2003-MS.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2007.
- 13 Longo JDM, Cunha RV. Perfil clínico-epidemiológico dos casos de hanseníase atendidos no Hospital Universitário em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, de janeiro de 1994 a julho de 2005. Hansen int 2006; 31(1): 03-18.
- 14 Shott S. Statistics for health professionals. London: W.B. Saunders Company; 1990.
- 15 Carvalho GA, Alvarez RRA. Avaliações de incapacidades físicas neuromúsculo-esqueléticas em pacientes com hanseníase. Hansen int 2000; 25(1):39-48.
- 16 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(2): 71-89.
- 17 Gomes FG, Frade MAC, Foss NT. Úlceras cutâneas na hanseníase: perfil clínico-epidemiológico dos pacientes. Anais Brasileiros de Dermatologia, Rio de Janeiro, 2007; 82(5): 433-7.
- 18 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Vigilância em saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil 2008. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/boletim_novembro.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2009.
- 19 Smith WCS. The epidemiology of disability in leprosy including risk factors. Leprosy Review 1992; 63(Suppl): S23-30.
- 20 Goulart IMB, Dias CM, Oliveira ACS, Silva AA, Alves RR, Quaresimin CR, et al. Grau de Incapacidade: indicador de prevalência oculta e qualidade do programa de controle da hanseníase em um Centro de Saúde - Escola no município de Uberlândia - MG. Hansen int 2002; 27(1):5-13.
- 21 Oliveira SN, Hennemann GV, Ferreira FLF, Azevedo SA, Forster AC. Avaliação Epidemiológica da Hanseníase e dos serviços Responsáveis por seu Atendimento em Ribeirão Preto SP no Ano de 1992. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto 1996; 29(1):114-22.
- 22 World Health Organization (WHO). Weekly epidemiological record 2008; 83(33): 293–300. Disponível em:< <http://www.who.int/wer/2008/wer8333.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2008.
- 23 Lana CF, Lanza FM, Meléndez GV, Branco AC, Teixeira S, Malaquias LCC. Distribuição da hanseníase segundo sexo no Município de Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil Hansen Int 2003; 28(2): 131-7.
- 24 Oliveira MHP, Romanelli G. Os efeitos da hanseníase em homens e mulheres: um estudo de gênero. Cadernos de Saúde Pública 1998; 14(1): 51-60.
- 25 Trindade MAB, Lima FD, Almeida RG. Incapacidades físicas no momento do diagnóstico. Hansen int 1987; 12(2).
- 26 Lana CF, Lima RF, Araújo MG, Fonseca PTS. Situação epidemiológica da hanseníase no município de Belo Horizonte/ MG- período 92/97. Hansen int 2000; 25(2): 121-32.
- 27 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Acompanhamento da hanseníase - Mato Grosso do Sul. Sistema de Informação de Agravos e Notificação SINANW, 2009. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/def-tohtm.exe?hans/hanswms.def>>. Acesso em: 22 jan. 2009

- 28 Lana CF, Amaral EP, Franco MS, Lanza FM. Estimativa da prevalência oculta da hanseníase no Vale do Jequitinhonha - MG. *Revista Mineira de Enfermagem* 2004; 8(2):295 -300.
- 29 Trindade MAB, Nemes MIB. Incapacidades físicas em hanseníase no momento do diagnóstico: características epidemiológicas dos casos registrados de 1983 a 1988 no estado de São Paulo *Hansen Int* 1992; 17(1/2): 8-14.
- 30 Moreno RD, Woods W, Moreno N, Trindade R, Tavares Neto J. Alterações oculares na hanseníase, observadas em pacientes ambulatoriais do serviço de referência da cidade de Rio Branco, Acre - Brasil. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia* 2003; 66: 755-64.
- 31 Helene LMF, Leão VM, Minakawa MM. Perfis epidemiológicos e a avaliação de incapacidades físicas de hansenianos de uma UBS de São Paulo. *Hansen Int* 2001; 26(1):5 -13.
- 32 Pedroso M, Oliveira S, Bacarelli R, Vieira PCT, Gonçalves A. Incapacidades físicas em hanseníase: estudo multicêntrico da realidade brasileira. *Anais Brasileiro de Dermatologia* 1989; 64(6): 301-6.
- 33 Gonçalves A. Incapacidade em hanseníase: um estudo da realidade em nosso meio. *Hansen int* 1979; 4(1):26-35.
- 34 Virmond MCL. Hanseníase como doença de baixa prevalência. *Hansen int* 1995; 20(2):27-35.
- 35 Nogueira W, Marzliak MLC, Gonçalves OSJ, Brasil MTLRF. Perspectivas de eliminação da hanseníase. *Hansen int* 1995; 20(1):19-28.
- 36 Bakirtzief Z. Identificando barreiras para aderência ao tratamento de Hanseníase. *Cadernos de Saúde Pública* 1996; 12(4): 497-505.

