

Perfis epidemiológicos e a avaliação de incapacidades físicas de hansenianos de uma UBS de São Paulo¹

The social situation and the presents of physical disabilities among leprosy patients registered at a Public Health Center in São Paulo City

Lúcia Maria Frazão Helene²Viviane Murilla Leão³Márcia Michie Minakawa⁴

RESUMO

A finalidade deste estudo foi a de construir uma rede de conhecimento acerca das incapacidades físicas dos doentes com hanseníase em registro ativo em um Centro de Saúde da cidade de São Paulo. Os objetivos foram: determinar o grau de incapacidade física e identificar o modo particular de manifestação social das famílias dos doentes estudados. A amostra foi constituída por 24 doentes com hanseníase que compareceram ao Centro de Saúde no período da coleta de dados, que ocorreu após o consentimento esclarecido dos doentes concordando em participarem deste estudo. Os dados foram analisados no Software EPI INFO 6. Os resultados mostram, como maior frequência, que os doentes tinham 45 a 60 anos de idade e o grau de escolaridade; 58% eram trabalhadores, assalariados (78%), nos Serviços Gerais (64%), desenvolvendo atividades não qualificadas (71 %); 38% consideravam-se expostos a riscos como acidente de trânsito e drogas. Dos doentes, 79% eram multibacilares e 87% apresentaram incapacidades físicas, sendo que 46% com grau 2, seguidos de 37% com grau 1. Os resultados obtidos indicam que os doentes com hanseníase apresentaram incapacidades físicas e lesões e indicam também, a necessidade de que, as ações voltadas à prevenção de incapacidades sejam incorporadas ao planejamento da assistência aos doentes com hanseníase.

Descritores: Hanseníase. Epidemiologia. Incapacidade física

¹Esta pesquisa sintetiza os resultados de dois sub projetos: o de Iniciação Científica PIBIC/CNPq da USP e o da Bolsa Trabalho da Coordenadoria de Assistência Social (COSEAS) da USP

² Prof. Dra. do Depto de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP. lmfhelen@usp.br

³ Estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho está inserido em um problema atualmente muito importante no encaminhamento da assistência em hanseníase: aquele que se refere à prevenção de incapacidade física dos doentes com hanseníase.

No Brasil, até o início da década de 90, os dados registrados de hanseníase mostram uma alta prevalência da doença e um aumento da sua incidência em todo o território nacional. Para Sabroza; Kawa; Campos (1995), a epidemia hanseniana apresenta aumento significativo inclusive em áreas metropolitanas.

Na 44ª Assembléia Mundial de Saúde, promovida pela OMS em 1991, o Brasil assumiu a meta de reduzir a taxa de prevalência da hanseníase até o final do ano de 2000 para menos de 1 doente/10.000 habitantes. De 1991 até o ano de 1998, o Brasil apresentou uma redução considerável da prevalência, passando de 17,4/10.000 habitantes para 4,8/10.000 habitantes e, em 1999, na reunião promovida pela OMS na Costa do Marfim, foi assumido um novo compromisso - o de eliminar a doença até o final do ano de 2005 (Brasil, 2000).

No Estado de São Paulo, os dados mostram que, até o ano de 1996, a hanseníase era caracterizada por áreas de alta epidemia persistente e apresentava altas taxas de detecção (São Paulo, 1996b). Quanto aos índices de incapacidades físicas registrados em nosso Estado, no ano de 1996, evidenciaram que 10,4% de casos novos (avaliados como parâmetro médio) apresentaram incapacidades físicas de grau 2 ou 3 (São Paulo, 1997).

Das informações epidemiológicas para o Estado de São Paulo, contidas no Relatório dos anos de 1998/1999 elaborado pelo Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE),

destacamos os indicadores de taxa de abandono do tratamento (30,41% em 1998 e 27,42% em 1999) e o percentual de casos novos com incapacidades físicas avaliadas (92,05% em 1998 e 87,46% em 1999), (São Paulo, 2000).

1.1 A hanseníase e as incapacidades físicas

Os distúrbios de sensibilidade decorrentes da ação do *Mycobacterium leprae* são caracterizados pela ausência ou diminuição das sensibilidades térmica, dolorosa e tátil e podem comprometer a pele, as mucosas e os nervos periféricos e principalmente o aparelho visual, causando as deformidades nos doentes com hanseníase. A extensão e grau da perda da sensibilidade e paralisia variam e dependem da classificação da doença, sua extensão, sua duração e os episódios reacionais (Talhari, 1984).

As lesões das terminações nervosas, dos ramos sensitivos ou mesmo dos troncos nervosos são as responsáveis pelas deformidades, que podem ser detectadas através das avaliações sistemáticas do doente (Garbino; Opromolla, 1991 e Opromolla, 1991). Estas avaliações, acompanhadas do mapeamento seqüencial são importantes ao se trabalhar com prevenção, porque possibilitam atuar impedindo a instalação de possíveis incapacidades físicas, e ao mesmo tempo, manter em vigilância o poder incapacitante da doença.

A instalação das incapacidades físicas e das deformidades no doente com hanseníase está diretamente relacionada à precocidade da realização do diagnóstico e tratamento específico da doença, bem como da avaliação neurológica sistematizada. No Brasil, os altos índices de incapacidades físicas, registrados nos doentes com hanseníase, indicam que o diagnóstico da doença está sendo realizado tardiamente e/ou que o tratamento a que o doente se submeteu foi inadequado (Brasil, 1994). O Ministério da Saúde recomenda que, em todo o território nacional, os serviços de saúde realizem a avaliação e a determinação do grau de incapacidade dos doentes com hanseníase no momento do diagnóstico, durante o tratamento no mínimo uma vez ao ano e por ocasião da alta, devendo classificá-la em graus de acordo com a intensidade do comprometimento ocorrido nos olhos, mãos e pés (Id, ibid). Os dados obtidos na avaliação das incapacidades físicas dos doentes de casos novos com hanseníase, são utilizados como importantes indicadores epidemiológicos de avaliação do Programa de Controle da Hanseníase (Id, ibid).

Desde 1983, a Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária do Ministério da Saúde do Brasil recomendou a implantação do uso dos monofilamentos de Semmes-Weinstein, para a avaliação da função do nervo periférico, junto às atividades contidas no Programa de Controle da Hanseníase (Brasil, 1994). Mais recentemente,

temos publicações voltadas inteiramente para a avaliação de incapacidade e a aplicação de técnicas simples de prevenção, controle e tratamento, que servem como norteadoras nas atividades voltadas à hanseníase nas Unidades Básicas de Saúde (Brasil, 1997; Lehman et al., 1997a; Lehman et al., 1997b).

Pioto (1996), em estudo desenvolvido em um Município do Interior de São Paulo, concluiu que a maior parte das incapacidades físicas em hanseníase decorre das alterações funcionais resultantes de processos inflamatórios ocorridos nos nervos periféricos, as quais podem ser prevenidas através da implementação de ações sistemáticas de prevenção de incapacidades durante o tratamento e após a alta por cura.

A presente pesquisa teve por objetivos: determinar o grau de incapacidade física nos doentes com hanseníase em registro ativo em um determinado Centro de Saúde do Município de São Paulo e identificar o modo particular de manifestação social nas famílias dos doentes estudados. Diante disso, teve como finalidade construir uma rede de conhecimento acerca das incapacidades físicas em hanseníase de tal forma que possa servir de subsídios para a assistência de enfermagem.

2 ASPECTOS METODOLÓGICOS

2.1 População e local de estudo

A população de nosso estudo foi constituída pelos doentes com hanseníase que estavam inscritos no Programa de Controle da Hanseníase (PCH) de um Centro de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, pertencente a um dos 5 Núcleos de Saúde (o Núcleo 1) da DIR1 - Capital/ São Paulo. O Centro de Saúde, onde este estudo foi desenvolvido é o Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza, pertencente a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, e tem como proposta para a área da hanseníase, atender à demanda espontânea bem como aquela encaminhada por outros serviços — sejam os casos considerados complicados ou os de difícil seguimento.

A coleta de dados ocorreu após a autorização formal do Diretor do CS em estudo e dos 37 doentes que estavam em tratamento, entrevistamos 24 doentes, que constituíram a amostra estudada. As perdas ocorridas foram devido à: faltosos na data agendada para a coleta de dados, óbito e pedido de transferência para outro Estado.

2.2 Instrumentos para coleta de dados

Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos. O primeiro, tendo como referência o formulário descrito por Queiroz et al. (1996) e Salum et al. (1998), foi elaborado com perguntas fechadas, contendo informações sobre as formas de trabalhar, de viver e a

história da doença dos doentes estudados, além de dados sócio demográficos como: sexo, idade, escolaridade, estado civil e local de nascimento. O segundo, preconizado pelo Ministério da Saúde, serviu para o registro das informações obtidas através do exame neurológico referentes às incapacidades físicas detectadas na face, nas mãos e nos pés dos doentes com hanseníase, o qual permitiu, ao final, determinar o grau de incapacidade física dos doentes examinados.

Antes da coleta de dados este instrumento foi submetido a um pré-teste, sofrendo os reajustes de forma e de conteúdo que se mostraram necessários. Para a entrevista e exame dos doentes foi solicitado a aquiescência do entrevistado para participar do mesmo com a assinatura do termo de consentimento.

2.3 Sistematização e análise dos dados

As informações coletadas foram armazenadas em bancos de dados no Software EPI INFO — versão 6 (Dean et al., 1997), criados especialmente para conter todos os dados obtidos referidos pelos entrevistados, que possibilitou, em seguida, a tabulação, a elaboração de tabelas e a análise dos dados. Destacamos que, imediatamente após a entrevista e a avaliação neurológica, foi estabelecido para cada doente um programa de intervenção de acordo com os dados coletados e a necessidade sentida em relação às atividades de prevenção, orientação e tratamento das incapacidades físicas diagnosticadas.

3 RESULTADOS e DISCUSSÃO

3.1 Os dados sócio-demográficos dos entrevistados

A menor unidade amostral foi a família do doente, e observamos que, as famílias dos doentes estudados estavam distribuídas em nuclear completa⁴, seguida de nuclear simples, grupo familiar, quebrada, unipessoal e quebrada ampliada (com 33,3%; 25%; 20,8%; 8,3%, 8,3% e 4,2%, respectivamente). Analisando os dados obtidos podemos afirmar que estes estão de acordo com o estudo desenvolvido por Helene (1999) no Município de São Paulo e coincidem com os dados apresentados pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade, 1992) ao estudar as condições de vida na região Metropolitana de São Paulo.

Da amostra estudada, 12 (50%) doentes eram do sexo feminino e 12 (50%) doentes do sexo masculino; a grande maioria, 20 (83%) doentes eram chefes de família, dos quais, 9 (45%) eram do sexo feminino e 11 (55%) do sexo masculino. Os dados em relação ao sexo mostram discrepância quando analisados em relação aos estudos

fora do Município de São Paulo, onde há o predomínio do sexo masculino entre os doentes com hanseníase (Pioto, 1996 e Marciano; Garbino, 1994).

Em relação à escolaridade, ambos os sexos, tinham prevalente o 1^o grau de escolaridade, com 58% dos homens e 42% das mulheres, a percentagem de analfabetos foi maior no sexo masculino, com 17% e, com relação ao 2^o grau, as mulheres apresentaram o maior percentual que foi de 50%. Os dados encontrados mostraram que os hansenianos estudados apresentaram uma baixa escolaridade, dados semelhantes também encontrados por Kartikeyan et al. (1992).

Quanto ao estado civil, 75% dos doentes do sexo masculino eram casados e as mulheres, eram solteiras e viúvas (com 33,3%). Em relação à faixa etária, os doentes com hanseníase do sexo masculino apresentaram uma percentagem mais acentuada no grupo entre 45 a 60 anos de idade e, para os do sexo feminino, a maior frequência estava na faixa etária de 60 ou mais. Mas, ao analisarmos a totalidade dos hansenianos, 37% estavam entre 45 a 60 anos e 29% estavam com 60 anos e mais, consideradas, usualmente, como faixas etárias produtivas (Seade, 1992).

Quanto à região de nascimento, os dados obtidos nos mostraram que 8 (67%) doentes do sexo feminino procediam da região Sudeste do Brasil, enquanto que os homens procediam tanto da região Nordeste (58%) quanto da região Sudeste (42%).

Em relação ao local de moradia, podemos observar que 1/4 dos entrevistados morava na região Oeste, quase um 1/4 habitava na região Norte da cidade de São Paulo e 1/4 morava em outras cidades fora do Município. Vale ressaltar que o CS de estudo se localiza na região Oeste do Município de São Paulo, próxima aos meios de transporte mais utilizados pela população, como o metrô e o ônibus, favorecendo o deslocamento dos doentes de outras cidades próximas a São Paulo. As duas regiões, Oeste e Norte, apesar de registrarem a existência de desigualdade social, não apresentam os extremos de exclusão/inclusão social presentes em outras regiões da cidade de São Paulo, conforme demonstrado por Sposati (1996).

3.2 Momento da produção social:

Forma de Trabalho

Destacamos que, dos 24 hansenianos entrevistados, 14 (58%) estavam inseridos na produção, eram trabalhadores, sendo maior a frequência dos trabalhadores do sexo masculino, que totalizavam 11 (78%) doentes e 3 (21%) trabalhadoras do sexo feminino.

Na Tabela 1 estão os dados relativos aos doentes com hanseníase segundo sua inserção na produção e a origem

Para a definição dos tipos de família utilizamos a classificação do SEADE assim definidos: nuclear completa (casal com filhos); nuclear simples (casal sem filhos); grupo familiar (várias pessoas com laços de parentesco); quebrada (somente um dos cônjuges); quebrada ampliada (1 cônjuge + filhos

Origem dos rendimentos

Doentes de hanseníase

	N	%
Somente renda do trabalho	14	58,3
Não trabalhavam e tinham outras fontes*	8	33,3
Não trabalhavam e não tinham rendimentos próprios	2	8,3
TOTAL	24	100,0

*Outras fontes: foram agrupados aqui os seguintes tipos de fontes de rendimentos: aposentadoria por tempo de serviço, pensão, aposentadoria por invalidez e trabalho esporádico.

Os resultados mostram que, dos 24 doentes entrevistados, 14 (58,3%) doentes viviam com a renda do trabalho, 8 (33,3%) doentes não trabalhavam e viviam com a renda de outros rendimentos e 2 (8,3%) doentes, não trabalhavam e não possuíam rendimentos próprios e viviam dos rendimentos da família. Dos hansenianos trabalhadores, 64,3% tinham o registro em carteira profissional, dos quais, 3 (100%) eram do sexo feminino e 6 (54,5%) eram do sexo masculino.

Os dados dos doentes com hanseníase trabalhadores referentes à inserção na produção nos permitiu verificar que a maior parte dos trabalhadores do sexo feminino (67%) estava inserida no setor privado, distribuídos igualmente (33%) na Indústria, Serviços Gerais e Serviços Domésticos, desenvolvendo, na sua maioria (67%) atividades não qualificadas, das quais a sua totalidade (100%) era assalariada. Para os trabalhadores do sexo masculino, a maioria (73%) estava inserida nos Serviços Gerais e uma frequência pequena (18%) trabalhava no Comércio desenvolvendo, assim como vimos para os do sexo feminino, tarefas não qualificadas (73%) ou semi-qualificadas (27%) e eram na sua maioria assalariados (73%) ou autônomos (18%). Esses dados já foram encontrados em outros estudos, como os de Helene (1999) e de Oliveira; Fraga (1998), onde os autores destacam que entre os hansenianos há predominância das ocupações permitidas pela baixa escolaridade, as quais, conseqüentemente, conferem uma renda precária.

Para estabelecer a renda das famílias estudadas utilizamos o cálculo da renda familiar per capita e, ao analisar os dados obtidos, observamos que 12 (50%) famílias viviam com renda per capita inferior a 4 salários mínimos, 7 (29%) famílias viviam com renda per capita entre 4 e 6 salários mínimos, 2 (8%) famílias com renda entre 8 e 10 salários e 1 (4%) família com renda acima de 10 salários. Ressaltamos que 2 (8,3%) doentes não souberam informar a renda familiar. Estes dados são concordantes com os encontrados no estudo de Pioto

(1996), em que a maioria dos doentes estudados apresentou renda mensal de até 3 salários mínimos.

Ao analisarmos os dados referentes aos benefícios recebidos pelos hansenianos trabalhadores, podemos constatar que, em relação ao sexo, os hansenianos trabalhadores do sexo feminino, na sua totalidade, recebiam benefícios decorrentes da sua inserção no trabalho, sendo que todas usufruíam de vale transporte, mais da metade (67%) recebia vale refeição e nenhuma das trabalhadoras usufruía de assistência médica. Para os trabalhadores do sexo masculino, um pouco mais da metade (54%) trabalhadores recebiam benefícios. Os benefícios mais recebidos foram o vale transporte para ambos os sexos e o menos recebido se caracterizou pela assistência médica.

Os hansenianos trabalhadores referiram algumas mudanças ocorridas no trabalho relacionadas com a manifestação da hanseníase. Observamos que 8 (57%) doentes relataram a presença de mudanças, dos quais 6 (75%) do sexo masculino e 2 (25%) do sexo feminino. As mudanças mais citadas foram: limitações para realizar atividades, impossibilidade de manter atividade contínua e discriminação.

3.3 Momento da reprodução social: Forma de Viver

Os dados obtidos em relação ao tipo de moradia, nos mostram que: 19 (79%) famílias de hansenianos morava em casa e 5 (21%) famílias em apartamento. Quanto à propriedade da moradia, 14 (58%) famílias moravam em casa própria individual, 6 (25%) famílias em casas cedidas, 3 (12%) famílias em casas alugadas e 1 (4%) família em casa própria coletiva. Eram moradias constituídas por 4 ou mais cômodos (67%) e por 2 ou 3 cômodos (29%), sendo que 19 (79%) casas possuíam até 2 quartos. Os dados mostram que a quase totalidade, 22 (92%) famílias, abrigava até 2 pessoas no mesmo cômodo do doente com hanseníase.

A totalidade das famílias estudadas dispunha de condições adequadas de infra-estrutura dos serviços básicos,

TABELA 2- Distribuição dos hansenianos trabalhadores estudados, segundo setor de trabalho, ramo da atividade, categoria profissional e posição na ocupação, de acordo com o sexo. Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza. São Paulo, 1999. Total = 14 trabalhadores.

Inserção na Produção *	Sexo					
	Feminino		Masculino		T O T A L	
TOTAL	N	%	N	%	N	%
	3	100	11	100	14	100
Setor						
Público	1	33,3	-	-	1	7,1
Privado	2	66,6	11	100	13	92,9
Ramo da atividade						
Indústria	1	33,3	-	-	1	7,1
Construção Civil	-	-	-	-	-	-
Comércio	-	-	2	18,2	2	14,2
Serviços Gerais	1	33,3	8	72,7	9	64,5
Serviços Domésticos	1	33,3	1	9,0	2	14,2
Categoria profissional						
Direção	-	-	-	-	-	-
Tarefas qualificadas	-	-	-	-	-	-
Semi Qualificadas	1	33,3	3	27,2	4	28,6
Não Qualificadas	2	66,6	8	72,7	10	71,4
Tarefas de apoio						
Posição na ocupação						
Assalariado	3	100,0	8	72,2	11	78,5
Autônomo	-	-	2	18,1	2	14,2
Empregador	-	-	-	-	-	-
Doméstico	-	-	1	9,1	1	7,1

*Para a classificação das ocupações utilizamos o estudo realizado pela Fundação SEADE (1992).

tendo acesso à utilização da rede pública de serviços urbanos: água, lixo e esgoto sanitário. Vale destacar que a maioria das famílias entrevistadas (67%) considerou o grau de salubridade de suas moradias como adequada e as demais (33%) como inadequada, considerando-se a ventilação, a iluminação e a existência de umidade nos cômodos da moradia. Vale destacar que, a maioria das famílias dos doentes entrevistados residiam nas regiões Oeste e Norte do Município de São Paulo, consideradas como regiões com menor grau de exclusão social (Sposati, 1996).

Em relação à posse de bens de consumo duráveis podemos afirmar que, dos aparelhos eletrodomésticos, a posse da geladeira foi referida pela totalidade das famílias,

o aparelho de microondas foi referido por 14 (58%) famílias e o freezer por 10 (42%) famílias. Em relação à posse de aparelhos de comunicação, a quase totalidade - 22 (92%) famílias - referiu ter TV, seguida de 19 (79%) famílias com telefone, 18 (75%) aparelhos de CD e 5 (21%) famílias referiu possuir TV à cabo.

Quanto à percepção de riscos a que suas famílias estavam expostas de acordo com sua forma de vida, mais da metade, 15 (62%) doentes, referiram que suas famílias não estavam expostas a nenhum tipo de risco e 9 (38%) hansenianos consideraram a violência como a causa mais citada, seguida por acidente de trânsito, convivência com drogas e assaltos.

3.4 Manifestações da doença

Os dados obtidos, referentes às manifestações da hanseníase, estão apresentados nas tabelas a seguir, onde optamos por estudar a distribuição das variáveis tendo a

totalidade como referência, e também o sexo.

A Tabela 3 congrega os dados obtidos em relação à forma clínica da hanseníase de acordo com o sexo.

TABELA 3 - Distribuição dos doentes com hanseníase segundo o sexo, de acordo com a forma clínica da doença. Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza. São Paulo, 1999.

Sexo	Paucibacilares		Multibacilares		Total
	I	Forma clínica ⁵ T	D	V	
Feminino	1 (8,3)	1 (8,3)	4 (33,3)	6 50,0	12 (100,0)
Masculino	1 (8,3)	2 (16,6)	4 (33,3)	5 (41,6)	12 (100,0)
Total	2 (8,3)	3 (12,5)	8 (33,3)	11 (45,8)	24 (100,0)

As informações relativas às manifestações da hanseníase nos entrevistados nos indicam que existem, em ambos os sexos, 79% doentes com hanseníase que foram classificados no grupo dos multibacilares, onde estão os doentes com as formas clínicas transmissíveis da doença: Virchowiana (V) e Dimorfa (D). Conforme demonstrado, houve predomínio de doentes do sexo feminino na forma clínica V (50%). A forma clínica indeterminada, apresentou a menor frequência (8%) em ambos os sexos. Estes dados nos levam a afirmar que o diagnóstico da hanseníase neste

CS está sendo realizado tardiamente, o que favorece um maior número de manifestações e lesões decorrentes da própria evolução da doença. Estes resultados estão em concordância com os achados no estudo de Pioto (1996) e também com os dados do Centro de Vigilância Epidemiológica (São Paulo, 2000).

Na Tabela 4 estão distribuídos os doentes com hanseníase em relação ao grau de incapacidade de acordo com a forma clínica.

TABELA 4 - Distribuição dos doentes com hanseníase estudados segundo o grau de incapacidade física, de acordo com a forma clínica. Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza. São Paulo, 1999.

Grau de Incapacidade	Paucibacilares		Multibacilares		Total
	I	Forma clínica ⁶ T	D	V	
Sem incapacidade	-	1 (4,1%)	1 (4,1%)	1 (4,1%)	3 (12,5%)
Grau 1	-	2 (8,3%)		3 (12,5%)	9 (37,5%)
Grau 2	2 (8,3%)		2 (8,3%)	7 (29,1%)	11 (45,8%)
Grau 3			1 (4,1%)		1 (4,1%)
Total	2 (8,3%)	3 (12,5%)	8 (33,3%)	11 (45,8%)	24 (100,0%)

⁵ A classificação utilizada neste trabalho foi a mesma adotada nos serviços públicos de saúde brasileiros, que é aquela que resultou do VI Congresso Internacional de Leprologia, realizado em Madri, em 1953. Esta convenção classifica a doença segundo sua tendência de evoluir em direção a um de seus pólos. Assim, encontram-se quatro formas básicas de hanseníase: Indeterminada (I), Tuberculóide (T), Virchowiana M e Dimorfa (D) (BRASIL, 1989).

⁶ A classificação utilizada neste trabalho foi a mesma adotada nos serviços públicos de saúde brasileiros, que é aquela que resultou do VI Congresso Internacional de Leprologia, realizado em Madri, em 1953. Esta convenção classifica a doença segundo sua tendência de evoluir em direção a um de seus pólos. Assim, encontram-se quatro formas básicas de hanseníase: Indeterminada (I), Tuberculóide (T), Virchowiana (V) e Dimorfa (D) (BRASIL, 1989).

Os resultados mostram que dos 24 doentes examinados, 3 (12%) doentes não apresentaram nenhum tipo de incapacidade física e 21 (87%) doentes apresentaram incapacidades, sendo que a maior freqüência foi a de grau 2 com 11 (46%) doentes, seguida da de grau 1 com 9 (37%) doentes.. Resultados semelhantes foram encontrados por Oliveira (1987) onde houve o predomínio de incapacidade de grau 2. Observamos que os hansenianos classificados no grupo dos multibacilares foram os que apresentaram a maior freqüência de incapacidade física com 17 (71%) doentes, dos quais 10 (42%) hansenianos eram da forma clínica V e 7 (29%) doentes da forma clínica D; dados que coincidem com os resultados obtidos em estudos realizados por Murai (1990) no Município de São Paulo.

Além da incapacidade física o exame neurológico nos permitiu detectar um número acentuado de lesões, conforme mostra o Anexo 1, as quais não chegam a determinar grau de incapacidade física, segundo o que preconiza o Ministério da Saúde (Brasil, 1994), porém, precedem estas incapacidades causadas pelo comprometimento sensitivo e neural, provocado pelo Bacilo de Hansen. Entre estas lesões, as mais encontradas foram: hiperemia do globo ocular em 11 (46%) doentes, ressecamento das mãos em 11 (46%) doentes, calosidades e fissuras nos pés em 50% dos doentes e ressecamento dos pés em 19 (79%) doentes com hanseníase.

A Tabela 5 reúne os tipos de grau de incapacidade detectadas nos doentes, decorrentes da hanseníase de acordo com o sexo.

TABELA 5 - Distribuição dos doentes com hanseníase estudados segundo o grau de incapacidade física, de acordo com o sexo. Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza. São Paulo, 1999.

Grau de Incapacidade	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino		N	%
	N	%	N	%		
Sem incapacidade	2	16,7	1	8,3	3	12,5
Grau 1	3	25,0	6	50,0	9	37,5
Grau 2	6	50,0	5	41,7	11	45,8
Grau 3	1	8,3	-	-	1	4,2
Total	12	100,0	12	100,0	24	100,0

Na Tabela 5 podemos observar que a quase totalidade (92%) dos doentes do sexo masculino apresentou incapacidade física, sendo que a metade (50%) dos doentes apresentou incapacidade de grau 1 e quase a metade (42%) apresentou incapacidade de grau 2. Para os doentes do sexo feminino encontramos 10 (83%) mulheres apresentaram incapacidades, sendo que a metade (50%) apresentou incapacidade de grau 2. Em relação à gravidade da incapacidade, os dados revelam que foi maior para o sexo feminino, em que a metade (50%) das mulheres apresentou incapacidade de grau 2 e 1 (8%) mulher apresentou grau 3. Observamos também uma reduzida freqüência de doentes (12%) que não apresentou incapacidade física, o que nos leva a considerar que o diagnóstico da doença, na população estudada, continua sendo realizado tardiamente e que quando o doente inicia o tratamento medicamentoso já está apresentando algum tipo de incapacidade física.

Quanto à distribuição dos hansenianos trabalhadores segundo o grau de incapacidade física os dados nos revelaram que da totalidade dos trabalhadores (14 doentes), mais da metade (79%) apresentava incapacidade física com grau de distribuição proporcional entre grau 1 e 2.

Em relação à quantidade de tratamento a que se

submeteram os doentes entrevistados de acordo com a forma clínica podemos verificar que a maioria - 16 (66%) doentes - se submeteu a um tratamento e que 8 (33%) doentes já fizeram mais de um tratamento para a hanseníase. Em relação ao sexo, quase a metade (42%) das doentes do sexo feminino referiu ter realizado ou iniciado o tratamento para o controle da hanseníase por 2 ou mais vezes.

Diante dos resultados apresentados reforçamos o posicionamento de Andrade (1996) quando afirma que o controle da hanseníase deveria partir de dois pontos considerados por ela essenciais: primeiro, a realização do diagnóstico e o início do tratamento poliquimioterápico o mais precocemente em todos os doentes com hanseníase e segundo, que todos os doentes completassem o tratamento, obtendo a cura do doente.

4 CONCLUSÕES

Com este estudo, podemos concluir que os doentes com hanseníase estudados, possuem famílias pequenas, nucleares e poucos filhos; com idade, predominante, acima de 45 anos e escolaridade baixa, e com a presença de analfabetos, oriundos ou da região Nordeste ou da região

Sudeste do Brasil. Em relação à inserção no mercado de trabalho observou-se que, a maior frequência dos doentes desenvolve trabalhos desqualificados e precários atestando a presença da desigualdade social e um padrão de sobrevivência familiar relativamente baixo nos planos social e econômico, em que a metade das famílias dos doentes vivia com renda familiar per capita inferior a 4 salários mínimos. As mudanças no trabalho em decorrência da doença foram referidas e as mais citadas foram as limitações para realizar atividades, impossibilidade de manter atividade contínua e discriminação.

Quanto à presença de lesões e incapacidades físicas, observou-se que a maioria dos doentes apresentou incapacidade física, com a presença dos graus 1, 2 e 3, sendo que, foi mais freqüente o grau 2. Em relação aos nervos mais atingidos, a maior freqüência estava no nervo radial, seguida do tibial posterior, em ambos os membros. As lesões mais encontradas estavam nos doentes multibacilares da forma Virchowiana, entre as quais: hiperemia do globo ocular, ressecamento das mãos, calosidades, fissuras e perda sensitiva nos pés. Frente aos dados encontrados, os autores sugerem a necessidade de se aprofundar estudos semelhantes, devido a sua complexidade e seriedade, considerando o alto índice de incapacidade física detectada e a elaboração de propostas de intervenção com enfoque na prevenção.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDRADE, V.L.G. A urbanização do tratamento da hanseníase, hora de compartilhar e não isolar-se. In: OFICINA DE TRABALHO DE PLANEJAMENTO DA HANSENÍASE NAS PRINCIPAIS ÁREAS METROPOLITANAS DO BRASIL, 1, 1996. Mimeografado.
2. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE *Guia de controle da hanseníase*. Brasília: Fundação Nacional da Saúde, 1994.
3. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE *Manual de prevenção de incapacidade*. Brasília: Fundação Nacional da Saúde, 1997
4. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE *Guia para utilização de medicamentos e imunobiológicos na área de hanseníase*. Brasília: Area de Dermatologia Sanitária. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas, 2000.
5. DEAN, A.G. et al. *Software Epi-Info. Version 6*. Atlanta, 1997. (DC/OMS).
6. GARBINO, J.A.; OPROMOLLA, D.V.A. hanseníase In: *Noções de hansenologia* Estudos "Dr. Reynaldo Quagliato", 1991. Lesões neurológicas na Bauru (SP) Centro de p.130-60.
7. KARTIKEYAN et al. Pattern of leprosy deformities among agricultural labourers in an endemic district: a pilot study. *Indian J. Leprosy*, v.64, n.3, p.375-79, 1992.

SUMMARY

This work was undertaken in order to get insight in the physical disabilities of active leprosy patients registered at a Public Health Center in São Paulo City The goal was to determine the disability level and to identify the way in which that disability influences the social situation of the patient's family. In this study a total of 24 leprosy patients who attended a Health Center during the data collection period were included. After informed consent was obtained, the information collected was analysed with the Software EPI INFO 6. The results showed that the patients were between 45 to 60 years old with basic school level (equivalent to the 1st degree on the Brazilian scale); 58% were working and among them 78% had a regular salary, 64% were manual workers, and 77% working in a non qualified activity; 38% felt in risk for traffic accident or drugs. Among the patients 79% belonged to the multibacillary types and 87% presented physical disabilities, 46% of degree 2 and 37% of degree 1. The results show that the leprosy patients studied present physical disabilities and deformities and also clearly shows that some kind of prevention against those disabilities should be implemented in the service to the leprosy patients.

Uniterms: Leprosy. Epidemiology Disabilities.

8. HELENE, L.M.F. *A construção social da hanseníase: perfis de reprodução social dos hansenianos do Município de São Paulo*. São Paulo, 1999. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem.
9. LEHMAN, L.F. et al. *Avaliação neurológica simplificada*. Belo Horizonte: ALM Internacional, 1997a.
10. LEHMAN, L.F. et al. *Para uma vida melhor: vamos fazer exercícios*. Belo Horizonte: ALM Internacional, 1997b.
11. MARCIANO, L. H. S. C.; GARBINO, J. A. Comparação de técnicas de monitorização da neuropatia hanseniana: teste de sensibilidade e estudo de condução nervosa. *Hansen. Int.*, v.19, n.2, p.5-10,1994.
12. MURAI, H.C. *Participação da enfermagem na prevenção de incapacidades físicas na hanseníase*. São Paulo, 1990. Tese (Mestrado) - Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública.
13. OLIVEIRA, M.H.P. *Incapacidades físicas em portadores de hanseníase*. Ribeirão Preto, 1987. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.
14. OLIVEIRA, Z.R.; FRAGA, M.N.O. Abandono de tratamento poliquimioterápico em hanseníase: fatores relacionados ao sujeito e ao serviço. *Transtornos vitais do século XX.*, 1998. p.137-46.

15. OPROMOLLA, D.V.A. *As incapacidades físicas em hanseníase*. Bauru (SP), Centro de Estudos "Dr. Reynaldo Quagliato", 1991. p.152-60.
16. PIOTO, M.P. *Incapacidades em hanseníase no município de Bauru, São Paulo, Brasil*. São Paulo, 1996. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública.
17. QUEIROZ, V.M. de et al. *Contribuição para a intervenção em perfis epidemiológicos de grupos homogêneos que ocupam a área de abrangência do Hospital Universitário: morbidade referida nas famílias do Distrito de Saúde do Butantã e da UBS Vila Jaguaré e a relação com suas formas de trabalhar e de viver*. São Paulo: Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva — EEUSP, 1996. [Mimeografado].
18. SABROZA, P. C.; KAWA, H.; CAMPOS, W.S.Q. Doenças transmissíveis: ainda um desafio. In: MINAYO, M.C.S. *Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80*. São Paulo: HUCITEC, 1995. p.177-244.
19. SALUM, M.J.L.; FINI, A.; KOGANEZAWA, E. *Trabalho, vida e saúde: peculiaridades do sistema local de saúde do Centro de Saúde Escola Butantã*. São Paulo, 1998. [Mimeografado]._
21. SÃO PAULO (Estado) Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica. *Relatório da endemia hanseniana no Estado de São Paulo*. São Paulo, 1996b.
22. SÃO PAULO (Estado). *Relatório da endemia hanseniana no Estado de São Paulo - 1997*. São Paulo: Divisão de Vigilância Epidemiológica da Hanseníase da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 1997.
23. SÃO PAULO (Estado) *Relatório da endemia hanseniana no Estado de São Paulo— 1998/1999*. São Paulo: Divisão de Vigilância Epidemiológica da Hanseníase da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2000.
24. SEADE - FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS. *Pesquisa de condições de vida na região metropolitana de São Paulo*, 1992.
25. SPOSATI, A. *Que cidade é esta? Mapa da exclusão/inclusão social da cidade de São Paulo*. São Paulo: EDUC, 1996.
27. TALHARI, S.; NEVES, R.G. *Hansenologia*. Manaus: Funcomiz, 1984.