

Glaucia G. Mantellini<sup>1</sup>  
 Aginaldo Gonçalves<sup>2</sup>  
 Carlos Roberto Padovani<sup>3</sup>

## INCAPACIDADES FÍSICAS EM HANSENÍASE: COISA DO PASSADO OU PRIORIDADE NA PREVENÇÃO?

*Physical disabilities in Leprosy:  
 Thing of the Past or Priority in Prevention?*

### RESUMO

Apesar da escassez relativa de estudos prospectivos a respeito, com a atual expansão da incidência da hanseníase, suas incapacidades físicas assumem destaque cada vez maior, fazendo com que o significado das mesmas se intensifique ainda mais, agravado por manifestações até de autoridades religiosas máximas: A terapêutica semântica não resolve, se a ideologia da mensagem se mantém. Em decorrência, a execução de medidas de prevenção, diagnóstico e tratamento na unidade local, já razoavelmente sistematizadas em respectivos aspectos técnicos, se torna mandatória e indispensável. Segundo a Organização Mundial da Saúde, trata-se de implementar medidas, sobretudo de: fortalecimento dos programas, políticas e estratégias nacionais para implementação de regras básicas (para atenção médica, reabilitação e serviços de assistência); aumento de maior consciência do público sobre a importância do tema de incapacidades, bem como de coordenação de todos os setores da sociedade na participação de atividades de prevenção de incapacidades; cooperação dos estados-membros na coleta de dados mais confiáveis e relevantes. Tais questões constituem os principais elementos tratados na presente comunicação, a partir de informações técnicas disponíveis na respectiva literatura internacional especializada, bem como da experiência

Mantellini GG, Gonçalves A, Padovani CR. Incapacidades Físicas em Hanseníase: Coisa do Passado ou Prioridade na Prevenção? *Hansen Int* 2009; 34(2): 33-39.

peçoal e profissional dos autores.

**Palavras-chave:** hanseníase; incapacidades físicas; prioridades em saúde.

### ABSTRACT

Despite the relative scarcity of prospective studies on the subject, with the current expansion of the incidence of Hansen's disease, its physical disabilities highlight increasing prominence, taking the personal and social meaning of these a step further, exacerbated by statements of even top religious authorities: The semantic therapy does not resolve if the ideology of the message remains. As a result, the implementation of preventive measures, diagnosis and treatment at the local unit, already fairly systematic in their respective technical aspects, is mandatory and essential. According to the World Health Organization, it is to implement measures, especially of: strengthening of programs, policies and national strategies for implementation of basic rules

Recebido em 01/11/2009.  
 Última correção em 11/01/2009.  
 Aceito em: 12/01/2010.

- 1 Pht, PhD, Membro Titular, Equipe de Reabilitação do Spital Netz Bern Ziegler, Berna, Suíça. Chutzenstrasse 70, CH 3007 Bern, SWITZERLAND. gglauca@hotmail.com , F. 00XX- 41-31- 832 09 65
- 2 Médico Sanitarista, Professor Titular, Grupo de Saúde Coletiva e Atividade Física, Universidade Estadual de Campinas. Rua Érico Veríssimo, 710. Cidade Universitária "Prof. Zeferino Vaz". 13083-851 – Campinas, SP. aguinaldo@fef.unicamp.br
- 3 Matemático, Professor Titular, Departamento de Bioestatística, Universidade Estadual Paulista – Campus de Botucatu. 18 618-000 - Distrito de Rubião Junior, Botucatu, SP. bioestatística@ibb.unesp.br.

(for medical care, rehabilitation and support services), increase of greater awareness of the public on the importance of the issue of disabilities, as well as the coordination of all sectors of society to participate in activities to prevent disability; cooperation of state members in collecting more reliable data on relevant aspects. Such questions are the primary issues addressed in the present paper, from technical information available on the international expertise literature to the personal and professional experience of the authors.

**Keywords:** Leprosy, physical disabilities, priorities in health

### **AS INCAPACIDADES FÍSICAS EM HANSENÍASE**

Se por um lado, as incapacidades físicas em hanseníase – IFH - são importantes para avaliar a expansão da endemia, respectivos dados são escassos e difíceis de serem interpretados, com a maioria dos estudos disponíveis baseada em delineamentos transversais, que indicam prevalência das incapacidades visíveis. Tem-se podido contar com relatos longitudinais desde a implementação da poliquimioterapia (PQT), dado que alguns pesquisadores vêm coletando informações a partir de coortes sob registro ativo. A taxa de incapacidades, definidas como a proporção de doentes incapacitados em determinado momento, varia de 13 a 57%, apontando números mundiais como 3,87 milhões em 1966, 3,5 milhões em 1976 e 2-3 milhões em 1994<sup>1</sup>.

Os fatores de risco reconhecidos para a moléstia têm sido idade, sexo, ocupação, duração, tipo/forma e tratamento, o que remete a homens mais velhos, multibacilares, e com maior tempo de doença. Neste sentido, vale destacar o estudo retrospectivo de Ferreira et al<sup>2</sup>, que trabalhou com dados secundários coletados em 3291 fichas cadastrais do Registro Central do Departamento de Saúde e Desenvolvimento do Estado do Rio Grande do Sul, referentes aos novos casos detectados no Estado entre 1970 e 1991. Pioneiramente, foram investigadas associações das IFH com variáveis epidemiológicas descritivas através de análise multivariada e demonstrado, de forma peculiarmente clara e elegante, o efeito definido do diagnóstico tardio (“Diagnosis delay”), independentemente da ação dos outros fatores associados.

Considerando a forma multibacilar (MB), estima-se que 30% dos casos assim classificados, desenvolverão reação ou lesão neural alguns meses após início da PQT<sup>3</sup>. Exemplo de coorte multibacilar assistida por longo período é a AMFES (“The ALERT MDT Field Evaluation Study”) avaliada por Saunderson<sup>4</sup>, observada na Etiópia, de 1988 a 1998. A partir de 594 pessoas acompanhadas, o comportamento nosográfico da IFH se delineou em:

- ausência de incapacidades (Grau 0) no diagnóstico, em 268 indivíduos (45%);

- ausência de qualquer sinal de desenvolvimento de neuropatia, em 195 casos (33%);
- ocorrência de episódios únicos de neuropatia, com sucesso terapêutico, em 56% dos 73 doentes que apresentaram neuropatia durante vigilância regular;
- repetição freqüente de neuropatia, em 32 (44%) pacientes que a desenvolveram depois do início da PQT;
- fatores de risco para neuropatia: indivíduo mais velho, diagnóstico tardio, vários troncos nervosos espessados no momento da detecção, bem como a ocorrência de reação reversa e
- fatores de risco para neuropatia crônica ou recorrente: forma multibacilar, incapacidades mais severas no início da PQT, ocorrência também de reação reversa e/ou eritema nodoso.

Em análise vertical ainda na coorte AMFES, Meima et al<sup>5</sup> ressaltaram as diferenças nosográficas entre paucibacilar – PB - e MB. O risco de aquisição de IFH após início de PQT foi de 4% (113) para PB e 21% (91) para MB. Nos 111 PB portadores de IFH no início do tratamento, 41% recuperaram ou melhoraram os graus para olhos, mãos e pés, enquanto 13% pioraram e dos 118 MB na mesma situação, os valores se mantêm, porém, próximos. O risco durante acompanhamento pós-PQT (24-48 meses) foi de 6% (79) para PB e 18% (77) para MB. Tais comportamentos destacam duas assertivas importantes: i) a condição das IFH no momento inicial de tratamento influencia sobremaneira o quadro físico durante e após a PQT; ii) a própria evolução das IFH é menos favorável depois do diagnóstico do que antes deste. Em termos mais claros, a situação explicita-se grave e preocupante: do conjunto de doentes, os que, embora procurem e executem tratamento, se já chegam com IFH terão mais problemas; contrariamente, se indenes até ali, a partir de então terão maior probabilidade de contraí-las.

Em nosso meio, Pimentel et al<sup>6</sup> relatam observações importantes sobre 103 doentes que receberam PQT na Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, durante média de 64,5 meses. Entre os resultados em destaques estão:

- alta freqüência (67%) de multibacilares com dor e/ou espessamento dos nervos periféricos no momento de diagnóstico;
- alta freqüência de IFH no diagnóstico (Grau I ou II em 56%);
- ocorrência de neurites repetidas em MB principalmente durante o segundo ano após o início da PQT;
- correlação entre diagnóstico tardio e maior severidade das lesões nervosas;
- correlação entre idade e IFH;
- presença de 4,9% de ocorrência de neurite silenciosa.

Dados mais impressionantes foram apresentados e discutidos em recente Congresso Africano<sup>7</sup>, mostrando que, naquele continente, a incidência não está diminuindo e está relacionada a alta frequência de IFH Grau II, tendendo a indicar a detecção tardia de novos casos.

Felizmente, no entanto, experiências demonstraram que o investimento no treinamento de pessoal e na organização logística de busca ativa, contribui efetivamente para a detecção precoce. Quanto ao manejo da IFH, se destaca a reabilitação baseada na comunidade (RBC) e a formação de grupos de auto-cuidado. A RBC é vista como o recurso de campo que inclui grupos específicos para a reabilitação, equalização de oportunidades e integração social, sendo complementar ao processo institucional, os quais juntos aumentam a cobertura e o acesso. Dos 1,5 a 2 milhões de pessoas que apresentam IFH no mundo, poucos têm acesso a qualquer tipo de serviço de reabilitação. Mais uma vez, está claro que o esperado período pós-eliminação seria maior do que este, já que as mais de 14 milhões de pessoas admitidas como curadas pela PQT, não estão totalmente tratadas, no sentido em que as incapacidades ou o estigma social são sentidos no dia-a-dia. Tais questões constituem os principais aspectos tratados na presente comunicação, a partir de informações técnicas disponíveis na respectiva literatura internacional especializada, bem como da experiência pessoal e profissional dos autores.

Coisa do passado?

Perspectivas religiosas adversas parecem paradigmáticas a respeito. Tanto referências bíblicas como budistas, por exemplo, criam a impressão de associação a sofrendores, pecadores e criminosos, nesta ou em outras eventuais encarnações<sup>18</sup>. Exemplificando, não muito afastado de nós, em 30 de janeiro de 2005, veiculado no prestigioso periódico paulista Folha de São Paulo Online, lia-se o seguinte texto original:

“Papa pede que a lepra seja definitivamente eliminada”.

*O Papa João Paulo 2º pediu hoje à comunidade internacional que atue para “erradicar completamente” a hanseníase no mundo, segundo a agência de notícias France Presse. “Esta enfermidade curável continua afetando milhões de pessoas, entre elas muitas crianças nos lugares mais pobres do mundo” disse o pontífice, por ocasião da 52ª jornada mundial dos doentes de lepra. “Espero que o compromisso da comunidade internacional ajude a erradicar completamente essa praga social”.*

Embuida pelo choque da leitura, uma de nós (GGM) fez contato com o serviço de comentários do veículo mediático, e o texto “Papa e a lepra”, após dez minutos, era lido como “O Papa e a hanseníase”. Inobstante a mudança, o conteúdo era o mesmo. A terapêutica

semântica não resolve, se a ideologia da mensagem se mantém. Decretos que modifiquem os termos referentes à hanseníase<sup>19</sup> não alteram as relações da sociedade com o indivíduo e destes com a doença.

De fato, os sinais, sintomas e IFH têm representado para o indivíduo tratado ou em tratamento não somente mudança lenta, progressiva e definitiva em determinada região anatômica, mas sim na relação do sentir o seu corpo (anestésica ou dolorosamente), vê-lo e movê-lo, isto é, na sua imagem corporal (IC), e não menos importante, no seu viver em grupo<sup>8</sup>. Essa transformação silenciosa engloba, especificamente, três planos<sup>9</sup>, a saber:

- o do reconhecimento social do sujeito, devido às alterações visíveis;
- o das modificações corporais, as quais envolvem a diminuição da qualidade e quantidade de estímulos táteis, que, por sua vez, determinam experiências não só corporais mas da psique;
- o do estabelecimento das paralisias musculares e da diminuição de mobilidade das articulações, principalmente de membros, conferindo aos movimentos combinações musculares de *padrões compensatórios*; como mecanismos de superação de *posições e posturas fixas*.

Neste conceito de IC estaria implícito não apenas o organismico, com fronteiras bem definidas pela epiderme, mas principalmente o corpo-sujeito, que age no mundo e que, nessa inter-relação, estende-se para ele, tornando-se marcado pelos símbolos da sua vivência<sup>10</sup>. E as IFH, neste contexto, o que seriam? Poderiam ser consideradas o que Hegenberg<sup>11</sup> chama de “anomalias psicofisiológicas”? Algo que os portadores desejariam estar em condições de evitar ou corrigir, porque interfere com as suas possibilidades de agir como habitualmente se age e se espera agir. Neste ponto, as IFH passariam de entidades modificadoras para determinantes da impossibilidade e incapacidade do indivíduo de se entender, relacionar, agir e produzir, não cabendo, então, ao próprio, isoladamente, buscar a atividade, mas sim à sociedade, a mudança de um modelo de desigualdade, assimetria e perversidade. Recuperando Gonçalves<sup>12</sup>, “ser ativo e saudável constitui condição que não depende de decisão pessoal, mas sim de determinação econômica”. Em termos de atividade física e a sua relação com as doenças, não há como descontextualizá-las de fatos que decorrem do processo de produção, circulação, distribuição, acesso e consumo de riquezas<sup>13</sup>. Vale dizer, não há como se distanciar da Saúde Coletiva.

Na realidade, as IFH determinam influências nas dinâmicas psico-sociais das pessoas em suas comunidades, as quais podem evoluir para estigmatização. O estigma marca o “recebedor” como inaceitável ou como um ser inferior, alterando sua mobilidade, relacionamentos

interpessoais e afetivos, trabalho, atividades de lazer e desenvolvimento de funções sociais e religiosas. Ele separa, segrega. Seja de dentro pra fora, quanto de fora pra dentro. É definido como atributo profundamente desacreditado em determinada interação que leva para uma identidade deteriorada e incompleta<sup>14</sup>, no caso da Hanseníase conferida por origem religiosa, legal, fisiológica ou de linguagem<sup>15</sup>.

Sua geratriz e decorrência mais sensível, a discriminação tende a ser reflexo da alteração da integridade social partindo para a desorganização individual. Aquele que é descoberto doente, na maioria das vezes, esconde a doença, a princípio, de si mesmo, da família e da comunidade. Quando a exposição física das mudanças corporais ou outro dispositivo catalisador despertam os sentimentos pré-armazenados naqueles ao seu redor, o doente acaba sendo condenado a um jogo do pensar e não dizer, e depois, pior, do dizer e do ouvir o que se teme e que precisa ser escondido<sup>16</sup>.

Mais diretamente sobre a combinação entre Hanseníase, incapacidades físicas, estigma e respectiva restrição, Kaur; van Brakel<sup>17</sup> apontam para a condição de “desabilitação” e decorrente mendicidade, presentes algures ainda nos dias atuais.

## PRIORIDADE NA PREVENÇÃO

Prevenção terciária de incapacidades, diagnóstico precoce, melhora das condições sociais, intervenções primárias de fisioterapia e educação em saúde são medidas indicadas para amenizar tal quadro.

E isso não se aplica apenas a este agravo, mas às moléstias permanentemente incapacitantes, como um todo. É necessário que amplos segmentos organizados da sociedade civil possam discutir com profundidade e solidez os apontamentos feitos sobre incapacidades físicas, abaixo citados, na 58ª Assembléia Mundial de Saúde, em abril de 2005<sup>20-21</sup>, para que sejam objetivados e direcionados para a realidade local:

- fortalecimento dos programas, políticas e estratégias nacionais para implementação de regras básicas (para atenção médica, reabilitação e serviços de assistência);
- aumento de maior consciência do público sobre a importância do tema de incapacidades e de coordenação de todos os setores da sociedade na participação de atividades de prevenção de incapacidades;
- cooperação dos estados-membros na coleta de dados mais confiáveis sobre os aspectos relevantes que incluem custo-efetividade de intervenções para prevenção de incapacidades, reabilitação e cuidado, bem como avaliação do uso potencial de recursos tanto nacionais quanto internacionais disponíveis;
- organização de encontros de especialistas para re-

ver solicitações para a reabilitação de pessoas com incapacidades;

- promoção de estudos de incidência e prevalência das incapacidades como base para formulação de estratégias na área de prevenção, tratamento e reabilitação.

E que realmente resultados existentes<sup>22</sup> sejam utilizados, já que apontam para a importância da reabilitação sócio-econômica com participação do doente, família e comunidade.

Para os gestores dos programas de atendimento, a adequação das determinações oficiais constitui-se um dos elementos para a reabilitação do doente junto a família e comunidade. Os dados estatísticos de cada serviço estão relacionados a variabilidade nacional e regional e são determinados contextual e culturalmente<sup>23</sup>. É importante, nesse sentido, a interpretação e entendimento similar por doentes e profissionais da saúde em relação à cura, ao estar curado, à melhora dos sinais e sintomas, às reações, ao núcleo familiar e à causa das IFH, na sua cidade, no seu meio de atuação. A contribuição de melhores habilidades de comunicação e informação pode alterar a percepção em relação à moléstia, sua terapêutica, inseguranças e exposição social<sup>24</sup>.

O compreender o indivíduo para intervenção na comunidade e vice-versa potencializa não só a aderência ao tratamento, mas a participação, na vigilância epidemiológica e na reabilitação física e social. É nesse sentido de abrangência da atenção à saúde dos cidadãos, que se necessita de equidade e de estratégias consistentes que busquem e tratem as neurites, reações reversas e de eritema nodoso durante e depois da PQT. Mais do que nunca, torna-se importante, nos dias atuais, o treinamento de profissionais da saúde que possam reconhecer e manter o trabalho de prevenção de incapacidades sempre que necessário, e não tão somente até uma data previamente estabelecida. De fato, em realidade empírica, Kumar; Girdhar; Girdhar<sup>25</sup> em estudo transversal realizado em Agra, Índia, observaram 573 pacientes diagnosticados em campo por equipe ativa e apontaram que, entre os fatores que predispõem à maior frequência de incapacidades de Grau II, incluem a falta de capacitação específica dos membros de equipe paramédica na detecção de espessamentos nervosos e o diagnóstico tardio.

As mudanças sociais que desencadeiam modificações comunitárias e individuais são relevantes, mais uma vez, no controle da doença e reabilitação. Questões como consciência sanitária<sup>26</sup> domínio dos primeiros sintomas, “auto-acompanhamento” dos comunicantes, aderência ao tratamento, estigma e estigmatização e reabilitação são temas-alvo no processo do adoecer e se curar.

Nos Programas de Controle da Hanseníase, preconizados pelo Ministério da Saúde a partir da WHO<sup>27</sup>, no

entanto, após registro das IFH no primeiro contato do hanseniano diagnosticado, efetuam-se outros procedimentos, como condutas de *Prevenção de IFH*. São eles, destacadamente:

- inspeção e palpação nervosa das áreas de acometimento mais comum, importantíssimas, por poderem detectar nervos periféricos espessados e ou dolorosos e estarem estes correlacionados significativamente com: i) presença de incapacidades físicas ao exame inicial, associando a lesão nervosa com o estabelecimento de seqüelas neurológicas; ii) ocorrência de neurites francas ao longo do tratamento medicamentoso e em seguimento subsequente;
- exame da função nervosa a partir de prova de força muscular, avaliação sensorial, pela aplicação de técnicas de pesquisa para sensibilidade tátil, destacadamente com o emprego do estesiômetro;
- execução e orientação para i) hidratação e lubrificação da pele, principalmente das extremidades; ii) realização de exercícios para mobilização passiva, ativa ou assistida de segmentos corporais;
- confecção de férulas nos casos de neurites e reações, na presença de determinados ferimentos e para corrigir retrações dos tecidos moles;
- adaptação de instrumentos de trabalho e da vida diária, assim como de calçados e palmilhas;
- avaliação e, se necessário, encaminhamento de lesões oculares;
- orientação e monitorização do auto-cuidado.

Situação cotidiana comum e freqüente dos serviços que oferecem tratamento contra a hanseníase é o ingressante na prevalência local, em meio a receios e preocupações sobre a hanseníase<sup>28</sup>, ser orientado a tornar-se o responsável pela identificação de possíveis incapacidades e pelo auto-cuidado. Bastante cruel e solitário, o perceber que, na prática, é a ingestão regular da medicação e a cura com conseqüente “alta”, a meta mais importante para o serviço onde freqüenta.

Porém, é responsabilidade sim, da unidade sanitária local, o acompanhamento sistemático do estado dos nervos periféricos mais propensos às neurites hansenianas e a tomada de decisão terapêutica imediata. Segundo Pimentel et al<sup>29</sup> após período de observação de coorte multibacilar por dois anos em nosso meio, os doentes com nervos afetados no exame inicial se encontram sob risco para neurites e incapacidades, merecendo, portanto, controle mais meticoloso. Também sob o acompanhamento mais rígido podem ser incluídas as IFH subestimadas, i.e. aquelas que se desenvolveram no curso da doença em pessoas que apresentaram, no diagnóstico, Grau O<sup>30</sup>.

De forma organizada, esforços têm sido empreendidos por algumas associações-membros da ILEP (Fede-

ração Internacional das Associações contra Hanseníase), apoiando pesquisas que englobem as dimensões da lesão funcional neural e suas conseqüências. Exemplos mais expressivos, em âmbito internacional, pertencem a estudo observacional de coorte de pacientes novos em Bangladesh (BANDS – “Bangladesh Acute Nerve Damage Study”), uma série de intervenções randomizadas controladas na Prevenção de Incapacidades em Hanseníase (TRIPOD – “Trials in the Prevention of Disability in Leprosy”), que utiliza corticóides para prevenção das lesões neurais funcionais (LNF) e o estudo multicêntrico randomizado do programa de pesquisa colaborativa em Deficiência da Função Nervosa e Reação, desenvolvido pela ILEP (INFIR – “The ILEP Nerve Function Impairment and Reaction”). Esta iniciativa foi estruturada a partir da experiência e resultados oriundos do BANDS, executado em centros de atendimento de hanseníase em Bangladesh. Seu objetivo principal destinava-se a investigar a predição, detecção e patogênese das reações e neuropatias, assim como a terapêutica e a repetição das reações e a questão da apresentação tardia<sup>31</sup>.

Como recomendações organizadas pela ILEP<sup>23</sup> a partir do INFIR, destacam-se:

- diagnóstico precoce e uso da PQT. Essas medidas apontaram redução da freqüência de complicações, salientando que este recurso terapêutico não prevenirá todas as lesões nervosas e que a magnitude desse impacto é dependente da detecção e tratamento;
- preservação ou não da função nervosa deveria ser incluída como resultado da PQT e avaliada em estudos sobre quimioterapia;
- uso de corticóides, para tratar reações e deficiências funcionais nervosas em episódios recentes, apontado para recuperação esperada da função nervosa em 60%;
- monitoramento de casos multibacilares e daqueles que apresentarem IFH, como grupo de alto risco, no sentido de se evitar nova lesão;
- avaliação da função nervosa usando os métodos padronizadas (classificação grau 0-II, WHO), todos os meses durante PQT e, bimestralmente, até 2 anos após alta;
- ensino e empoderamento dos pacientes, como elementos incluídos nos serviços de prevenção das IFH;
- intervenção para uso de calçados adaptados (aceitos localmente) pelos doentes com perda da sensibilidade plantar.

Em Bangladesh e no Nepal, outros quatro estudos dentro do TRIPOD têm sido coordenados por profissionais da Universidade de Aberdee. Nos primeiros resultados disponíveis<sup>32</sup> sobre o uso de dose profilática

de corticóide durante terapêutica medicamentosa (4 meses dos 12 de vigência de PQT) em doentes MB, registra-se que:

- no período de administração de 20 mg de prednisona, 61 indivíduos (9,6%) vivenciaram episódio de neurite, sendo 12 (4%) do grupo de corticóide e 49 (15%) do grupo placebo – indicando um efeito protetor significativo com risco relativo de 3,65% de desenvolvimento da primeira neurite;
- no período de um ano e oito meses após o fim da profilaxia, 71 (22%) do grupo controle apresentaram neurite, enquanto que a frequência no da intervenção foi de 17% (52 pessoas);
- embora doses baixas de corticóides possam prevenir reações e incapacidades em pacientes multibacilares durante curto período, tal benefício não se mantém até um ano e não se estimula o uso rotineiro desta prescrição.

Em síntese, em termos de tendências, se no âmbito geral “as evidências disponíveis sugerem fortemente que a hanseníase continuará sendo um problema em muitos países para os anos futuros”<sup>33</sup>, especificamente pode-se concordar com os especialistas, que, após exaustiva investigação empírica, afirmam que “a endemia ainda apresenta coeficientes epidemiológicos alarmantes em alguns estados brasileiros”<sup>34</sup>.

## REFERÊNCIAS

- 1 Daumerie D Leprosy. In: Murray CJL, Lopez A, Mathers CD, editors. The global epidemiology of infectious diseases. Geneva: WHO; 2005. p. 201-218.
- 2 Ferreira J, Mengue SS, Wagner MB, Duncan BB et al. Estimating hidden prevalence in Hansen's Disease: through diagnosis delay and grade of disability at time of diagnosis. *International Journal of Leprosy* 2000; 68 (4): 464-473.
- 3 Lockwood DNJ, Kumar B. Treatment of leprosy: the evidence base for newer drug combinations and shorter regimens is weak. *British Medical Journal* 2004; 328: 1447-1448.
- 4 Saunderson P. The epidemiology of reactions and nerve damage. *Leprosy Review* 2000; 71 Suppl: S106-S110.
- 5 Meima A et al. Dynamics of impairment during and after treatment: the AMFES cohort. *Leprosy Review* 2001; 72: 158-170.
- 6 Pimentel MIF, Nery JAC, Borges E, Gonçalves RR, Sarno EN et al. Impairments in multibacillary leprosy: a study from Brazil. *Leprosy Review* 2004; 75 : 143-152.
- 7 Saunderson P, Leekassa R. Reflections on the ILA African Leprosy Congress. *Leprosy Review* 2005; 76: 108-111.
- 8 Schilder P. A imagem do corpo: as energias construtivas da psique. São Paulo: Martins Fontes, 1999. 405 p.
- 9 Tavares MCGCF. Imagem corporal: conceito e desenvolvimento. Barueri, SP: Manole; 2003 147p.
- 10 Freitas GG. O esquema corporal, a imagem corporal, a consciência corporal e a corporeidade. Ijuí:Unijuí; 2004. 96p.
- 11 Hegenberg L. Doença: um estudo filosófico. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998. 137p.
- 12 Gonçalves A. Atividade Física: uma questão de Saúde Pública. *Revista Discorpo* 2001; 11: 41-47.
- 13 Granda E, Breilh J. Saúde na sociedade. São Paulo: Abrasco; 1989. 161 p.
- 14 Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC; 1988. 158p.
- 15 Rafferty J. Curing the stigma of leprosy. *Leprosy Review* 2005; 76: 119-126.
- 16 Heijnders ML. Experiencing leprosy: perceiving and coping with leprosy and its treatment. A qualitative study conducted in Nepal. *Leprosy Review* 2004; 75: 327-333.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mirando-se organizadamente a cotidianeidade das Incapacidades Físicas em Hanseníase, pode ser constatado que estas constituem muito mais prioridade na prevenção do que coisa do passado; como asseveram alguns. De fato, a relativa escassez de estudos prospectivos randomizados não impede que se detenha atualmente, em nível nacional e em nosso país, concepção clara não só de seus fatores de risco como das correspondentes medidas de prevenção.

Em outros termos, reconhece-se que a aplicação massiva da poliquimioterapia não se revelou suficientemente adequada para refrear a ascensão da prevalência da Hanseníase, tornando mandatária uma pauta enérgica de execução de estratégias para o controle de tais agravos e para a luta contra estigma e segregação que ainda provocam na vida de seus portadores. Observa-se que respectivos procedimentos técnicos e políticos se identificam amplamente preconizados em diferentes áreas geográficas, níveis de aplicação e orientações institucionais. Falta, inobstante, sobretudo, a opção preferencial e corajosa de reconhecer-lhes a existência e gravidade, bem como de enfrentá-las com decisão e continuidade.

- 17 Kaur K, van Brakel W. Dehabilitation of leprosy-affected people – a study on leprosy-affected beggars. *Leprosy Review* 2002; 73: 346-355.
- 18 Awofeso N. Concept and impact of stigma on discrimination against leprosy sufferers - minimizing the harm. *Leprosy Review* 2005; 76: 101-102.
- 19 Brasil. Presidência da República. Disposição sobre a terminologia oficial relativa à hanseníase e outras providências. *Diário Oficial da União* 9.010, 29-3-1995.
- 20 WHO. World Health Organization. Disability, including prevention, management and rehabilitation. Fifty-eighth World Health Assembly. Disponível em: [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA58/A58\\_17-en.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/A58_17-en.pdf), 2005. Acesso em 26-7-2005.
- 21 WHO. World Health Organization. Disability, including prevention, management and rehabilitation. Ninth plenary meeting. Fifty-eighth World Health Assembly. Disponível em: [http://www.who.int/g/ebwha/pdf\\_files/WHA58/WHA58\\_23-en.pdf](http://www.who.int/g/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_23-en.pdf), 2005. Acesso em 26-7-2005.
- 22 Ilep. International Federation of Anti-leprosy Associations. The ILA Technical Forum - Implications for Leprosy Control Programmes. *Ilep Technical Bulletin* 2002; 16.
- 23 Ilep. International Federation of Anti-leprosy Associations. Report of the technical forum: implications for leprosy control programmes. *Leprosy Review* 2002; 73: S1-S62.
- 24 Heijnders ML. The dynamics of stigma in leprosy. *International Journal of Leprosy* 2004; 72 (4): 437-447.
- 25 Kumar A, Girdhar A, Girdhar BK. Nerve thickening in leprosy patients and risk of paralytic deformities: a field based study in Agra, India. *Leprosy Review* 2004; 75: 135-142.
- 26 Berlinguer G. *Medicina e Política*. São Paulo: CEBES/HUCITEC; 1978.
- 27 Brasil. Manual de prevenção de incapacidades. Brasília, Brasil: Coordenação de Comunicação, Educação e Documentação-COMED/ASPLAN/FNS, 2001. 107 p.
- 28 Queiroz M, Carrasco MAP. O doente de Hanseníase em Campinas: uma perspectiva antropológica. *Cadernos Saúde Pública* 1995; 11(3): 479-490.
- 29 Pimentel MIF, Nery JAC, Borges E, Gonçalves RR, Sarno EN et al. 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* 2003; 78 (5): 561-568.
- 30 Smith WCS. Review of current research in the prevention of nerve damage in leprosy. *Leprosy Review* 2000; 71 Suppl: S138-S144.
- 31 Croft RP, Richardus JH, Nicholls PG, Smith WC et al. Nerve function impairment in leprosy: design, methodology and intake status of a prospective cohort study of 2664 new leprosy cases in Bangladesh (The Bangladesh Acute Nerve Damage Study). *Leprosy Review* 1999; 70: 140-159.
- 32 Smith WCS et al. Steroid prophylaxis for prevention of nerve function impairment in leprosy: randomised placebo controlled trial (TRIPOD 1). *British Medical Journal* 2004; 328(7454): 1459-1462.
- 33 Ramos Jr ANR, Heukelbach J, Gomide M, Hinders DC, Schreuder PAM. Investigações em sistemas de serviços de saúde como ferramenta para o alcance de programas de controle da hanseníase mais efetivos no Brasil. *Cadernos de Saúde Coletiva* 2008; 16 (2): 147-168.
- 34 Pereira AJ, Helene LMF, Pedrazani ES, Martins CL, Vieira CSCA. Atenção básica de saúde e a assistência em hanseníase em serviços de saúde de um município do Estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2008; 61(esp): 718-726.

