

INCAPACIDADES EM SUJEITOS COM HANSENÍASE EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DO CENTRO-OESTE BRASILEIRO ENTRE 2000-2002*

Célia Maria de Jesus Corrêa¹

Maria Lúcia Ivo²

Michael Robin Honer³

Disability in leprosy patients in a Central-Western Brazilian Reference Center in the period of 2000-2002

RESUMO:

Estudo descritivo-retrospectivo de dados recolhidos dos prontuários de 282 sujeitos com hanseníase para investigação da ocorrência de incapacidades, fazendo associação com idade, classificação operacional e local de residência, assistidos no Hospital São Julião, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, no período de 2000 a 2002. Os dados foram tabulados e freqüências calculadas. Os investigados encontravam-se no intervalo etário de 20 a 80 anos 52,1% eram naturais de Mato Grosso do Sul, 70,6% residiam em Campo Grande, 63% eram homens e 53,0% apresentavam algum grau de incapacidade física. Constatou-se que 55,7% foram classificados como multibacilares, 50% vieram encaminhados para o Hospital São Julião, 22,0% eram contactantes e 11,7% procuraram o hospital por demanda espontânea. O grau de incapacidade física 2 foi maior em indivíduos provenientes do interior do Estado (29,8%) que na capital (10,5%). Pacientes multibacilares apresentaram maior incidência de incapacidades (Grau de Incapacidades Físicas 1 ou 2). Os resultados evidenciaram a boa qualidade do atendimento no Hospital São Julião, com altas taxas de administração da poliquimioterapia (100%) e de execução da Avaliação Sensitiva e Motora (92,55%).

Corrêa C M J, Ivo M L, Honer M R. Incapacidades em sujeitos com hanseníase em um centro de referência do centro-oeste brasileiro entre 2000-2002. *Hansen int* 2006; 31 (2): 21-8.

Palavras-chave: hanseníase; epidemiologia; complicações; incapacidades físicas

ABSTRACT:

A descriptive and retrospective study was carried out with data collected from clinical files of 282 citizens with leprosy attended in the Hospital São Julião, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brazil during 2000 and 2002. The study aim was to verify the occurrence of disability and associate it with age, operational classification and place of residence. The data was tabulated and the frequencies calculated. Ages from the patients investigated ranged from 20 to 80 years, 52.1% were born in Mato Grosso do Sul, 70.6% lived in Campo Grande; 63% were males and 53% had some degree of disability. Multidrug therapy was given to 56% of the patients, 50% were referred to São Julião Hospital, 22.0% were contacts and only 11.7% looked for the São Julião Hospital by spontaneous de-

Recebido em 15/01/07.
Última correção em 21/07/2007.
Aceito em 23/07/2007.

* Este documento é parte da Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Federal de Mato Grosso do Sul como exigência para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, sob orientação da Prof^a. Dr.^a Maria Lúcia Ivo e co-orientação do Prof. Dr. Michael Robin Honer. Resultados apresentados na sessão de dissertações do VII Congresso Médico-Científico Internacional Brasil – Itália, de 02 a 06 de dezembro de 2006, em Campo Grande – MS

1 Célia Maria de Jesus Corrêa. Av. Marquês de Pombal, 1851 BL D aptº01 – Cep: 79 041 080. (67) 3341 8233 e (67) 3324 1217. celiamjc@terra.com.br. Fisioterapeuta, Mestre em Saúde coletiva, Professora do Curso de Fisioterapia da UCDB – Campo Grande – MS.

2 Doutora em Enfermagem pela USP; Professora da UFMS.

3 Doutor em Epidemiologia, Professor da UFMS.

mand. Degree of disability 2 was higher within the state of Mato Grosso do Sul (29,8%) than in the capital (10,5%). Patients who received multidrug therapy showed greater degrees of disability 1 or 2 (GIF 1 or 2) at the time of admission. The results indicate that the treatment offered at the Hospital was considered good, based on number of patients under multidrug therapy (100%), a high rate of motor and sensitive assessment (92.55%).

Key-words: leprosy; epidemiology; complications; disability

INTRODUÇÃO:

A hanseníase é uma doença crônica, infecciosa e contagiosa, causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae*, que atinge principalmente a pele e os nervos periféricos, podendo desencadear distúrbios sensitivos, motores e autônomos^{1,2}.

No Brasil, até o ano de 2004, o coeficiente de prevalência era composto por casos em abandono de tratamento e casos que recebiam medicação além do tempo preconizado para cura da doença, resultando em uma das mais altas prevalências no mundo. Com a correção do cálculo de prevalência, que deve ser composto apenas pelos casos em tratamento, como adota outros países, em 2002 observou-se uma diferença de 1,19 entre a prevalência declarada pelo Governo do Brasil e a padronizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (4,17 contra 2,98) o que a inflacionava em mais de 28%³.

Em 2004, o Ministério da Saúde (MS) apontou prevalência nacional de 1,71/10000, indicando que nosso país está próximo de atingir a meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública estabelecida pela OMS, que é de menos de um caso por 10 mil habitantes. Essa taxa decresceu para 1,48/10000 (27.313 casos em cursos de tratamento), com coeficiente de detecção de 2,09/10000 (38.410 casos novos em dezembro de 2005) ao final de 2005⁴.

No Mato Grosso do Sul (MS) a prevalência de ponto em 2006 é de 1,7/10000 e em Campo Grande este mesmo indicador é de 1,1/10000⁵. Em Campo Grande, o Centro de Referência Estadual é o Hospital São Julião (HSJ)⁶.

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 saúde⁷.

Com a melhora das informações sobre a situação da hanseníase por meio do DATASUS, CONASEMS e Sistema de Gestão Municipal, observa-se uma tendência decrescente de casos novos de 1991 a 2000 que se manteve a partir de 2001. Os dados confirmam que a taxa de cura

no MS foi de 77,06% mostrando que ainda se fazem necessários esforços para atingir a eliminação. Entretanto, o indicador número de lesões em relação aos casos novos, nos últimos cinco anos, assinala significativo aumento do diagnóstico na fase inicial da doença⁸.

Ações do Ministério da Saúde em colaboração com as Organizações Não Governamentais (ONGs) da ILEP (International Federation of Anti-Leprosy Associations) e o compromisso dos gestores de saúde contribuíram com aumento importante do diagnóstico e tratamento da hanseníase, resultando em aumento da cobertura para 86,26% em 2005⁸, no MS.

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 neural⁹.

Apesar do esquema terapêutico possibilitar a cura a hanseníase pode ocasionar ao 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 incapacidades¹⁰.

A descentralização do diagnóstico e da oferta de tratamento adequado inclui a reabilitação com aplicação de técnicas simples de prevenção e tratamento das incapacidades físicas. Entretanto, observam-se dificuldades relacionadas ao despreparo dos profissionais da área de saúde, de maneira talvez decorrente da própria história da doença: segregada, afastada e isolada¹¹.

As seqüelas deixadas pela hanseníase criam limitações laborais que repercutem nas esferas econômica, familiar e social, levando a prejuízos biopsicossociais que demandam assistência, por programas eficazes de reabilitação. Rotineiramente, no HSJ, a equipe multiprofissional enfrenta problemas ao encaminhar os sujeitos com hanseníase para fisioterapia em outras unidades de saúde (US), já que a maioria não possui equipe de reabilitação.

O HSJ, antigo asilo-colônia, tem como objetivo a diagnose precoce e o tratamento da hanseníase, a prevenção de incapacidades, a pesquisa, o treinamento e a prestação de auxílio às US do Estado¹².

Para tanto, o hospital possui equipe apta a identificar e tratar as incapacidades físicas em seus diferentes estágios. Conta com centro cirúrgico moderno, com infra-estrutura adequada e equipe de cirurgiões especializados. Realiza cirurgias delicadas que podem devolver a função motora, perdida ao longo da evolução da doença, quando não é possível recuperá-las com técnicas convencionais de reabilitação assistidas por fisioterapeuta.

Pesquisa alerta sobre o risco que se corre ao se preocupar com baciloscopia, estatísticas e classificações da do-

ença, em detrimento das incapacidades, ressaltando que nos Programas de Controle de Hanseníase (PCH) estas não devem ser ignoradas, pois podem resultar em perda da credibilidade quanto à eficiência do tratamento¹³.

Diante do exposto torna-se relevante o conhecimento da distribuição do grau de incapacidades físicas (GIF), período de duração da doença, tratamento de escolha para hanseníase e origem dos sujeitos com hanseníase assistidos na instituição pesquisada.

OBJETIVO GERAL:

Investigar a ocorrência de incapacidades em sujeitos com hanseníase assistidos no Hospital São Julião de Campo Grande-MS, no período de 2000 a 2002.

OBJETIVO ESPECÍFICO:

Associar o grau de incapacidade com o modo de entrada, idade, classificação operacional e local de residência na população pesquisada.

MATERIAL E MÉTODOS:

Este é um estudo descritivo e retrospectivo de dados colhidos nos prontuários de 282 sujeitos com hanseníase registrados no Hospital São Julião no período de 2000 a 2002, intervalo selecionado devido à organização correta dos dados pela equipe multiprofissional. A coleta e análise aconteceram em 2003.

Os critérios para inclusão dos sujeitos compreendiam confirmação do diagnóstico; notificação no período do estudo; ter sido encaminhado para avaliação sensitivo-motora (ASM) com fisioterapeuta, para classificação do grau de incapacidades.

Utilizou-se um formulário contemplando variáveis relacionadas aos dados pessoais do paciente (idade, sexo, residência); e aos aspectos e situação clínica dos pacientes (GIF, classificação operacional, modo de entrada). As variáveis grau de instrução, situação conjugal, abandono e regularidade do tratamento foram categorizadas de acordo com os registros nos prontuários, não podendo ser correlacionadas ao GIF devido ao tamanho da amostra.

Os achados foram transcritos para uma Planilha Excel[®]. O registro da residência avaliou a procura pelo tratamento oferecido pelo HSJ, por sujeitos não residentes em Campo Grande.

O intervalo de classe escolhido para categorizar a variável idade (em faixa etária) deu-se pelo fato de encontrar na população dois sujeitos menores de 10 anos de idade.

Todos os casos foram categorizados conforme recomendações estabelecidas no formulário para classificação do GIF, e aqueles que receberam durante a

notificação grau 3 para incapacidade, foram unificados como grau 2 de acordo com a recomendação do Guia para o Controle da Hanseníase¹⁴.

A categorização da classificação operacional e do modo de entrada seguiu recomendações do Guia para o Controle da Hanseníase, com administração de 06 doses de PQT para os casos paucibacilares (PB) e 12 doses para os multibacilares (MB), com clara definição dos termos: *encaminhado, recidiva, demanda espontânea, contactante e transferido*¹⁴.

Foi feita a análise descritiva dos dados, com indicação de frequência, cálculo percentual, testes estatísticos, correlacionando-se as variáveis. Para o estudo estatístico foi utilizado o Minitab versão 13.1¹⁵. A fim de observar a significância das associações utilizou-se o teste Qui-quadrado, sendo que o nível de significância adotado foi de 5%.

O estudo teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/PROPP/UFMS), em 18 de setembro de 2003, e recebeu termo de ciência do Hospital São Julião. Os dados foram obtidos a partir dos prontuários, preservando-se a identidade destes, de acordo com as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Nos 282 sujeitos registrados no período de 2000 a 2002 não houve uma faixa etária específica estatisticamente superior às demais, no intervalo de 20 a 80 anos, entre os sujeitos pesquisados (medido através de diferença de proporções; p -valor $> 0,20$). Observa-se distribuição discretamente maior, embora não significativa, na faixa de 40 a 60 anos, e frequência mínima em menores de 15 anos. Resultados semelhantes mostram que apenas 3,24%, encontram em faixa etária inferior a 15 anos; inferindo que a endemia poupa faixas etárias menores, sendo observado aumento da prevalência entre adultos e idosos, com pequena queda na faixa que compreende 60 a 69 anos; sugerindo que a doença se manifesta vários anos após exposição, entre outros fatores de risco¹⁶.

Nos resultados dessa pesquisa a maioria dos sujeitos estudados (p -valor $< 0,001$) é do sexo masculino, residentes em Campo Grande (p -valor $< 0,001$).

Quanto à maioria masculina, verifica-se que grande parte das doenças transmissíveis predomina nesse sexo¹⁷.

O HSJ tem atendido nesse período em sua maioria estatística (p -valor $< 0,001$) pessoas de Campo Grande (67,0%) e do Estado de Mato Grosso do Sul (28,3%), sendo que, estes quantitativos não diferem estatisticamente ao longo do período estudado.

Observa-se que 23,45% dos sujeitos da amostra são moradores do interior do Mato Grosso do Sul. Acredi-

ta-se que os sujeitos se deslocaram por encontrarem dificuldades para confirmação do diagnóstico da hanseníase ou por apresentarem surto reacional com dificuldade de manejo em unidades de tratamento no interior do Estado, procurando assim uma unidade de referência nessa área.

No entanto, o correto para esses casos seria a notificação e o tratamento na cidade de domicílio, em US com PCH implantado e equipes capacitadas, já que a assistência requer tratamento contínuo e visitas regulares.

Com relação à naturalidade dos sujeitos estudados, metade deles, (p -valor = 0,23) nasceu no Estado de Mato Grosso do Sul. A maioria é natural da região Centro-Oeste (em especial de MS) seguida das regiões Sudeste e Nordeste do país, fato talvez decorrente da diversidade na composição da população que vive no Mato Grosso do Sul e, em especial, em Campo Grande.

A maioria (p -valor < 0,001) dos sujeitos tem, no máximo, 1º grau incompleto. Esse resultado torna-se fator limitador para ações de orientação de prevenção de incapacidades e colocação profissional do indivíduo, sujeitando-o, na maioria das vezes, a atividades braçais e restringindo atividades laborais que requeiram aptidões de cunho intelectual.

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 precária de aproximadamente três salários mínimos. Destes, 20 eram chefes de família¹⁸.

Resultados semelhantes são encontrados em estudo descritivo em que utiliza uma amostra multicêntrica, em nível nacional, com objetivo de mostrar a freqüência de incapacidades em nosso meio, onde no tocante à escolaridade predomina o 1º Grau Incompleto, com renda familiar de um a três salários mínimos¹⁹.

A compreensão da necessidade e eficiência do tratamento e da prevenção está relacionada diretamente, nos países endêmicos, com as condições sanitárias e de informação, que não são as melhores²⁰.

A baixa escolaridade associada à complexidade das orientações fornecidas ao sujeito com hanseníase e suas dúvidas sobre a eficácia do tratamento são fatores a considerar²¹.

Estudo sobre a evolução do índice de incapacidades aponta piora em analfabetos, e relata que quanto maior o grau de escolaridade, maior o grau de melhora, comprovando que a escolaridade é fator decisório para a evolução das categorias estudadas²². Assim, a educação e a conscientização são fatores de transformação e refletem as atitudes da população frente ao problema²³.

Constata-se que a maioria dos sujeitos (72,7% - p -valor < 0,001) teve, ao longo de sua vida, uma relação conjugal, excetuando-se os solteiros. Por tratar-se de uma doença

estigmatizante, a situação conjugal é fator de análise devido à importância do apoio da família durante o diagnóstico e tratamento da hanseníase. A doença traz transtornos para a vida pública e privada, assim como conseqüências negativas para a vida afetiva e sexual²⁴.

Observa-se que 39,0% não dispunham de qualquer seguridade ou por estarem desempregados ou por declararem-se "Não Segurados". Esse fato é preocupante, pois o indivíduo com hanseníase está sujeito a surtos reacionais que podem afastá-lo da atividade laboral e, durante esse período, ele pode ficar sem renda, necessitando de assistência previdenciária. Constata-se ainda que 18,4% são autônomos, o que não assegura o recolhimento de algum benefício.

No tocante à função laboral, uma das recomendações da equipe do HSJ ao sujeito de hanseníase é que ele não deixe a doença impedi-lo de trabalhar, mesmo que signifique adaptação em outra função.

Contraopondo de forma rigorosa à reabilitação social, Pedroso *et al.*^{25:117} relatam que "quando o doente encontra um serviço estruturado para atendimento às suas incapacidades, ao invés de caminhar para reintegração à atividade produtiva, obtém aposentadoria de forma expressiva".

Essa política é contrária ao que se procura realizar no HSJ, haja vista que as atitudes da equipe de reabilitação promovem a integração e reintegração do sujeito com hanseníase, através de tratamento clínico e de reabilitação adequados, reabilitando-o socialmente.

No tocante ao modo de entrada a tabela 01 mostra que a metade dos sujeitos estudados (50,0%), foi encaminhada para o HSJ (medido através do teste de uma proporção; p -valor = 0,76), certamente por ser hospital de referência em tratamento da hanseníase. Somente 11,7% dos sujeitos com hanseníase procuraram o hospital por demanda espontânea, e 22,0% eram contactantes.

Nota-se ainda número relativamente expressivo de recidiva (9,6%). Este resultado, não sendo objetivo

Tabela 1. Distribuição da freqüência e percentual, segundo o modo de entrada, dos sujeitos com hanseníase registrados no Hospital São Julião no período de 2000-2002.

Modo de entrada	Freqüência	Percentual
Abandono	4	1,4
Contactante	62	22,0
Demanda espontânea	33	11,7
Encaminhamento	141	50,0
Recidiva	27	9,6
Transferência	9	3,2
Sem Informação	6	2,1
Total	282	100,0

desse estudo, necessita uma análise particularizada futura, uma vez que se trata de hospital de referência. Considera-se recidiva a ocorrência de reaparecimento de sinais de atividade ou novas lesões^{25,26}.

Resultados em pesquisa consideram motivos de abandono o número insuficiente de médicos, dificuldade quanto ao horário de atendimento, ausência de exame clínico na consulta, falta de medicação no serviço de saúde. Além desses fatores são também considerados os efeitos colaterais do medicamento, dificuldade de deambulação e longo tempo de tratamento²⁷.

A alta qualidade do serviço oferecido no Hospital São Julião justifica talvez o baixo percentual de abandono encontrado (1,4%).

O abandono, a irregularidade de tratamento e a auto-medicação, podem ser evitados se a equipe fizer com que o paciente entenda a evolução da doença (sucessos e fracassos terapêuticos, reações, fatores imunitários), para que não atribuam pioras temporárias a insucesso terapêutico²⁸.

Com relação à adesão ao tratamento o Ministério da Saúde define como ideal, para as doses supervisionadas, o comparecimento mensal na unidade de saúde. Quanto ao fenômeno da adesão cabe reflexão sobre a tomada de decisão dos pacientes em tratar-se ou não, decisão essa que depende do tipo da doença, suporte social, crença, recursos cognitivos²⁹.

Na Tabela 02 observa-se que há uma diferença significativa (p-valor = 0,001) na distribuição do grau de incapacidade física (GIF) por faixa etária. Assim, esta variável pode sofrer modificações ao longo do tempo devido à cronicidade da doença com piora do quadro sensitivo e motor. O intervalo escolhido possibilitou a análise estatística descrita, isto inclui o número de sujeitos distribuídos na faixa etária de 0 à 19 anos devido a baixa frequência encontrada nesta amostra. Pesquisadores ao analisarem as incapacidades físicas em hanseníase no momento do diagnóstico, em casos registrados no período de 1983 a 1988 no estado de São Paulo, constatam que estas aumentam com a idade pela cronicidade da doença e são maiores nos homens e nas formas virchoviana (V) e dimorfa (D)³⁰.

Considera-se que a taxa de incapacidade aumenta com a duração da doença³¹.

Dos 282 sujeitos da amostra, 261 se submeteram a ASM, 124 (47,5%, da amostra, p-valor = 0,54) apresentavam algum grau de incapacidade física, sendo que apenas 21 sujeitos (7,4%) não foram avaliados.

No HSJ todos os sujeitos com hanseníase são encaminhados para realizar ASM com o fisioterapeuta. No entanto, alguns não comparecem no dia agendado, após notificado no prontuário são reconvocados pelo assistente social. Resultado semelhante é encontrado em estudo publicado com objetivo de identificar o comprometimento sensitivo-motor dos membros superiores e inferiores e da face, na cidade de São Carlos-SP e, subseqüentemente, apontar a necessidade de sistematizar a assistência prestada na unidade sanitária onde a porcentagem de casos sem registro deu-se por impossibilidade de realizar a ASM³².

No tocante ao controle da evolução da doença, realiza-se semestralmente a ASM dos sujeitos que recebem 6 doses de PQT, caso sejam PB, e 12 doses, quando classificados MB. Esse procedimento está de acordo com a legislação de controle da doença e adequa-se às normas do Ministério da Saúde que exige ASM no diagnóstico e na alta¹⁴.

O aumento da frequência dessas ASM objetiva monitorar a evolução da doença, oferecendo melhor atendimento nos centros de saúde³³.

A monitoração através da ASM é importante para o diagnóstico e controle da evolução do dano neural, pois considera-se que a hanseníase pode produzir danos neurais com diferentes tipos e graus de incapacidades se não houver diagnóstico e tratamento precoce¹⁶. Destaca-se que "Sem avaliações periódicas não se pode realizar, eficientemente, a prevenção de seqüelas"¹⁶.

Resultados em pesquisa³⁴ revelam a necessidade de maior atenção aos sujeitos com grau 1 de incapacidade (perda sensitiva), devido à grande chance de evoluírem em seu grau incapacitante. Esses autores³⁵ sugerem, para os achados de casos com grau 2 e 3 (antiga classificação), medidas de tratamento e reabilitação com uma abordagem mais específica, dando maior atenção

Tabela 2. Distribuição de frequência, segundo o grau de incapacidade física por faixa etária, dos sujeitos com hanseníase registrados no Hospital São Julião no período de 2000-2002.

GIF	Faixa etária (em anos)							Total
	0 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 90	
0	8	32	23	30	25	11	8	137
1	2	7	9	21	19	8	16	82
2	0	4	4	6	11	10	7	42
Total	10	43	36	57	55	29	31	261

GIF: Grau de incapacidade física.

a esses sujeitos, evitando agravamentos. Assim, torna-se imprescindível o controle das incapacidades.

A maioria significativa dos sujeitos (55,7%) pesquisados apresenta classificação operacional MB (p-valor = 0,038), podendo-se afirmar que nesta população existe maior número de formas com grande concentração de bacilos.

Tabela 3. Distribuição de número e percentual, segundo o grau de incapacidade física por classificação operacional, dos sujeitos com hanseníase registrados no Hospital São Julião no período de 2000-2002

Classificação operacional	Grau de Incapacidade Física			Total
	0	1	2	
Paucibacilar	68,0	24,0	8,0	100,0
Multibacilar	40,0	37,0	23,0	100,0
Total	52,4%	31,2%	16,4%	100%

Na Tabela 03 nota-se percentual significativamente maior (p-valor < 0,001) de pacientes com algum GIF (1 ou 2) entre os sujeitos que estão em esquema terapêutico MB.

Nos sujeitos dessa classificação os surtos reacionais são mais freqüentes, já que a quantidade de bacilos e, posteriormente, de resíduos bacilares é maior, tornando esses indivíduos mais susceptíveis a danos neurais e possíveis seqüelas. Na hanseníase o estado reacional constitui a principal causa de incapacidades³⁰. Achado semelhante é encontrado em estudo¹⁶ realizado no período de janeiro de 1981 a dezembro de 1983, mostrando maior acometimento neural em pacientes V e D (MB) e menor nos casos tuberculóides (PB).

Na Tabela 04 constata-se diferença significativa (p-valor < 0,001) com relação à distribuição do grau de incapacidade física entre os moradores de Campo Grande e os do interior do Estado de Mato Grosso do

Tabela 4. Distribuição de frequência, segundo o grau de incapacidade física (GIF), por residência, dos sujeitos com hanseníase registrados no Hospital São Julião, no período de 2000-2002.

Residência	Grau de Incapacidade Física			Total
	0	1	2	
Campo Grande	112	59	20	191
Interior do MS	21	19	17	57
Outros estados	2	2	4	8
Total	135	80	41	256

Sul. Nessa associação excluiu-se 5 sujeitos por não informarem o local de residência. O percentual de sujeitos com GIF 2 é maior no interior do Estado (29,8%) que na capital (10,5%).

Pesquisa aponta, em estudo analítico, epidemiológico e retrospectivo, realizado no período de janeiro de 1995 a julho de 2000, utilizando 138 prontuários, que em 79,35% dos casos avaliados, não há especificação do GIF³³.

Considerando os resultados encontrados, GIF 2 ser maior no interior do Estado, cabe as autoridades competentes providenciar o encaminhamento dos sujeitos de tais localidades para serviços que ofereçam reabilitação assistida por fisioterapeutas, pois se registra a falta da inserção desse profissional no programa das unidades básicas de saúde.

CONCLUSÃO

Nos resultados, dos 282 investigados, a doença atingiu, em sua maioria, homens, residentes em Campo Grande, sem predomínio de faixa etária.

Em relação ao modo de entrada, constatou-se que a metade dos pacientes estudados foi encaminhada ao Hospital São Julião.

A análise do indicador epidemiológico e dos resultados das tabelas permite dizer que o atendimento no Hospital São Julião é de boa qualidade, pois durante o período estudado, foi encontrada alta taxa de PQT (100%), alta taxa de ASM (92,55%) e baixo percentual de abandono (1,4%), mostrando que a equipe tem clara orientação sobre a importância do controle da eficiência do tratamento.

Dos submetidos a ASM, 47,9% apresentaram algum grau de incapacidade física, com predomínio do grau 1 (caracterizado por diminuição ou perda da sensibilidade), sendo a maioria MB.

Os casos com GIF 2 são mais evidentes no interior do Estado de Mato Grosso do Sul (29,8%) que na capital (10,5%), assinalando a necessidade de treinar profissionais, garantindo o acesso ou a continuidade ao tratamento adequado, o que inclui a prevenção e a reabilitação.

Assim, recomenda-se garantir que o programa de prevenção de incapacidades já existente nesse hospital tenha condições permanentes e disponibilidade de recursos para educação, prevenção e reabilitação, possibilitando ainda assessorar outros Programas de Controle da Hanseníase.

Agradecimentos:

Ao Hospital São Julião de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, por permitir a coleta dos dados.

REFERÊNCIAS:

- 1 Jopling WH, McDougall AC. Manual de hanseníase. 4 ed. São Paulo: Atheneu; 1991.
- 2 Talhari S, Neves RG. Hanseníase. 3 ed. Manaus: Gráfica Tropical; 1997.
- 3 Leprosy Elimination Monitoring (LEM) in Brazil; 2003. Disponível em: <<http://www.paho.org>> . Acesso em 27 jul. 2006.
- 4 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase – Plano nacional de eliminação da hanseníase em nível municipal 2006-2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- 5 Ministério da Saúde (BR). Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase. Carta estadual de eliminação da Hanseníase. Campo Grande: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>> . Acesso em 27 jul.2006.
- 6 Ministério da Saúde (BR). Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase. I Carta estadual de eliminação da Hanseníase. Campo Grande: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em 27 jul 2006.
- 7 Moreira TMA. As campanhas de hanseníase no Brasil. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 1997.
- 8 Ministério da Saúde (BR). Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase. V Carta estadual de eliminação da Hanseníase. Campo Grande: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em 27 jul 2006.
- 9 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.
- 10 Opromolla DVA. Manifestações clínicas e reações. In: _____editor. Noções de hansenologia. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato; 2000. p.51-8.
- 11 Velloso AMP, Andrade V. Hanseníase: cura para eliminar. Porto Alegre: Edição das Autoras; 2002.
- 12 HOSPITAL DE REFERÊNCIA. Disponível em: <<http://www.sjliaio.org/hospital.htm>>. Acesso em 10 nov 2003.
- 13 Duerksen F. Porque es necesario hablar hoy de rehabilitación en hanseniasis. Hansen int 2000; 25(1):67-71.
- 14 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia para o Controle da Hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- 15 Daniel WW. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. 6nd ed. New York: Johnwiley&Sons Inc.; 1995.
- 16 Oliveira SN, Hennemann GV, Ferreira FLF, Azevedo AS, Forster AC. Avaliação epidemiológica da hanseníase e dos serviços responsáveis por seu atendimento em Ribeirão Preto no ano 1992. Medicina 1996; 29:114-22.
- 17 Trindade MAB, Lima FD, Almeida RG. Incapacidades físicas no momento do diagnóstico. Hansen int 1987; 12(2).
- 18 Helene LMF, Leão VM, Minakama MM. Perfis epidemiológicos e a avaliação de incapacidades físicas de hansenianos de uma UBS de São Paulo. Hansen Int 2001; 26(1):5-13.
- 19 Pedroso M, Oliveira S, Baccarelli R, Viera PCT, Gonçalves A. Incapacidades físicas em hanseníase: estudo multicêntrico da realidade brasileira. Anais Brasileiros de Dermatologia 1989; 64(6):301-6.
- 20 Nogueira W, Marzliak MLC, Gonçalves OSJ, Brasil MTLRF. Perspectiva de eliminação da hanseníase. HansenInt 2001; 26(1):23-30.
- 21 Bakirtzief Z. Identificando barreiras para aderência ao tratamento da hanseníase. Caderno de Saúde Pública 2001; 12 (4): 497-505.
- 22 Gonçalves A, Padovani CR, Pedroso M, Baccarelli R, Oliveira S. Prevenção e tratamento das incapacidades físicas em hanseníase: estudo da evolução em nosso meio, com ênfase na avaliação de determinantes de sua efetividade. Revista Brasileira de Medicina 1989; 46(7):269-84.
- 23 Virmond, M. A hanseníase como doença de baixa prevalência. Hansen int 1995; 20(2):27-35.
- 24 Oliveira MHP, Romanelli G. Os efeitos da hanseníase em homens e mulheres: um estudo do gênero. Caderno de Saúde Pública 1998; 14(1):51-60.
- 25 Pedroso M, Gonçalves A, Padovani CR, Baccarelli R, Oliveira S. Prevenção e tratamento das incapacidades físicas em hanseníase no Brasil: estudo de risco profissional específico para a doença.. Hansen int 1989; 16(2):112-19.

- 26 Lobo D. Treatment failures with multidrug therapy. *Leprosy Review* 1992; 63(Suppl): S93-98.
- 27 Goulart I, Lopes V, Massuda D. Fatores que interferem no controle da hanseníase na rede básica de assistência à saúde. *Hansen int* 1991; 16(1/2):7-15.
- 28 Mesquita AP. A educação sanitária em hanseníase. *Hansen int* 1993; 8(2):148-9.
- 29 Fogos AR, Oliveira ERA, Garcia MLT. Análise dos motivos de abandono do tratamento – o caso dos pacientes hansenianos da Unidade de Saúde em Carapina/ES. *Hansen int* 2000; 25(2):147-56.
- 30 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.
- 31 Guocheng Z, Wenzhong L, Liangbin Y, Zhongmin Y, Xiangsheng C, Tisheng Z, Ganyun Y. An epidemiological survey of deformities and disabilities among 14.257 cases of leprosy in 11 countries. *Leprosy Review* 1993; 64:143-9.
- 32 Pedrazzani ES, Maluf SA, Pedroso M, Toyoda CY. Prevenção de incapacidades em hanseníase: realidade numa unidade sanitária. *Hansen int* 1985; 10(1/2):10-22.
- 33 Goulart IMA, Dias CM, Oliveira ACS, Silva AA, Alves RR, Quaresimin CR, Silva DP, Lopes MRF, Faria GA. Grau de incapacidades: 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.
- 34 Carvalho GA, Alvarez RRA. Avaliações de incapacidades físicas neuromúsculo-esqueléticas em pacientes com hanseníase. *Hansen int* 2000; 25(1):39-48.
- 35 Smith WCS. The epidemiology of disability in leprosy including risk factors. *Leprosy Review* 1992; 63(Suppl): S23-30.
- 36 *Leprosy Review* 1992; 63(Suppl): S23-30.