

Perfil dos pacientes com hanseníase em área hiperendêmica da Amazônia do Maranhão, Brasil

Profile of the leprosy patients of hiperendemic area Amazonian Maranhão, Brazil

Dorlene Maria Cardoso de Aquino¹, Arlene de Jesus Mendes Caldas¹, Antônio Augusto Moura da Silva² e Jackson Mauricio Lopes Costa³

Resumo Estudo transversal, realizado de agosto/1998 a novembro/2000, envolvendo 207 pacientes hansenianos com o objetivo de analisar o perfil socioeconômico, demográfico e ambiental e as incapacidades físicas em decorrência da doença. O estudo foi desenvolvido em Buriticupu, área hiperendêmica em hanseníase, localizado na Amazônia do Maranhão. O grau de incapacidade foi determinado de acordo com o Ministério da Saúde do Brasil. A avaliação clínica e os resultados do exame físico foram registrados em uma ficha padronizada. Observou-se predomínio de pessoas casadas (45,9%), com escolaridade de 1º grau (56%), lavradores (40,1%), com renda familiar inferior a um salário mínimo (76,3%), na faixa etária de 14 a 44 anos (63,3%), do gênero masculino (60,9%) e da cor parda (67,6%). 44% residiam em casa de taipa, 82,6% destinavam os dejetos em fossa negra, 63,8% lançavam o lixo a céu aberto, 58% utilizavam água proveniente de poço e 51,7% não tratavam a água utilizada para ingestão. A maioria (75,4%) apresentava algum grau de incapacidade física, sendo predominante o Grau I (67,6%). Os segmentos mais afetados foram pés (62,3%), olhos (51,2%) e mãos (7,2%), sendo o maior percentual de incapacidades físicas observado entre os da forma dimorfa (93%) principalmente em mãos e pés, e na forma virchowiana maior freqüência de incapacidades oculares. Conclui-se que a hiperendemicidade associada a precárias condições socioeconômicas e ao elevado índice de incapacidades físicas podem interferir na qualidade de vida dos pacientes.

Palavras-chaves: Hanseníase. Perfil do paciente. Incapacidades físicas. Estado do Maranhão.

Abstract An epidemiological cross-sectional study of 207 patients with leprosy disease, was undertaken between August 1998 to november 2000, aiming at evaluating the socioeconomic, demographic and ambiental profiles of the patients as well as physical incapacity due to the disease. The study was performed in the municipality of Buriticupu-Maranhão state, a hiperendemic leprosy area in the Amazonian Maranhão. The level of incapacity was assessed from parameters established by the Brazilian Health Minister. The clinical evaluation and the results of the physical tests were registered in a standardized form. It was observed a predominance of married people (45,9%), with low level of education (56%), being lend workers (40,1%), with familiar income to the minimum wage (76,3%), aged from 14 to 44 years (63,3%), males (60,9%) and brown (67,6%); 44% living in mud huts, 82,6% deposited their excrements in cesspits and 63,8% do not treat the drinking water, 58% utilized well-water and 51,7% do not use treated water for ingestion. The most affected segments of the body were the feet (62,3%), eyes (51,2%) end hands (7,2%), being the higher percentage of physical incapacities found among the patients bearing the borderline form of the disease (93%) mainly hands and feet, and in the virchowian form greatest frequency of eyes incapacities. It is concluded that the hiperendemicity associated with the precarious socioeconomic conditions and with a high level of physical incapacities may be involved with the living quality of the patients.

Key-words: Leprosy. Patient profile. Physical incapacity. Maranhão state.

1. Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA. 2. Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA. 3. Núcleo de Patologia Tropical e Medicina Social do Departamento de Patologia da Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA.

Auxílio financeiro da Associação Alemã de Apoio aos Portadores de Hanseníase (DAHW).

Endereço para correspondência: Profª Dorlene Maria Cardoso de Aquino. Deptº de Patologia/Núcleo de Patologia e Medicina Tropical/UFMA. Praça Madre Deus 2, Bairro Madre Deus, 65025-560 São Luís, MA, Brasil.

Telefax: 98 222-5135

e-mail: dorlene@elo.com.br

Recebido para publicação em 10/12/2001.

A hanseníase caracteriza-se como uma doença infecto-contagiosa de longa duração, causada pelo *Mycobacterium leprae* e transmitida de pessoa a pessoa através de contato prolongado com doentes bacilíferos das formas dimorfa e virchowiana sem tratamento^{21 39 43}.

As condições individuais e socioeconômicas como estado nutricional, situação de higiene e, principalmente, as de moradia da população parecem influenciar a transmissão, o que dificulta o controle da endemia^{4 28 39 43}.

Entre os 11 países considerados de maior endemicidade pela Organização Mundial de Saúde (OMS)⁴⁴, a Índia ocupa o 1º e o Brasil, o 2º lugar em números de casos detectados. Em nosso País, os dados de notificação do ano de 1998, em relação à prevalência, classificaram o Estado do Maranhão como o segundo do Brasil e o primeiro da região Nordeste, com 16,13 casos/10000 habitantes¹².

Em 1998, no Estado do Maranhão, 32 (14,7%) dos municípios apresentaram um coeficiente de prevalência

(CP) maior que 20 casos/10.000 habitantes, o que lhes conferiu um caráter hiperendêmico. O município de Buriticupu, de acordo com os dados de 1998, ocupou o terceiro lugar com um CP de 49,5 casos/10000 habitantes, o que faz da hanseníase um sério problema de saúde pública no Município³⁴.

A problemática da hanseníase não se limita apenas ao grande número de casos devendo ser considerado também o seu alto potencial incapacitante, que pode interferir no trabalho e na vida social do paciente, além de perdas econômicas e traumas psicológicos. Essas incapacidades têm sido responsáveis pelo estigma e discriminação dos doentes^{23 33 39}.

A situação de hiperendemicidade de Buriticupu-MA e a necessidade de conhecer o perfil relacionado às condições socioeconômicas, demográficas, ambientais e às incapacidades físicas dos portadores de hanseníase, que pudessem fornecer subsídios para a implementação de medidas de controle da endemia em questão, justificaram a realização do presente estudo.

MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se um estudo transversal com pacientes portadores de hanseníase, atendidos pelo Programa de Controle da Hanseníase na Unidade de Saúde da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), no Município de Buriticupu/Amazônia do Maranhão, a 430km da capital do Estado, interligado à mesma através de rodovia asfaltada e ferrovia. Apresenta uma área territorial de 2.899km² e uma população de 31.942 habitantes distribuídos em 110 localidades, sendo 14.015 na zona urbana e 17.923 na rural¹⁴. As principais atividades econômicas são a produção extrativa vegetal, pecuária e fruticultura^{6 25 37}.

A população do estudo foi constituída por 207 casos de hanseníase, dos 229 em registro ativo, diagnosticados no período de agosto de 1998 a novembro de 2000, a partir de demanda espontânea. Trata-se de um estudo de base populacional onde foram investigados 90% dos casos de hanseníase do referido Município. Os pacientes eram cadastrados pelo agente de saúde devidamente treinado e diagnosticados por médicos e enfermeiros da UFMA.

Para a análise das formas clínicas de hanseníase adotou-se a classificação de Madri (1953) definida no VI Congresso Internacional de Leprologia que orienta como formas clínicas: indeterminada (I), tuberculóide (T), dimorfa (D) e virchowiana (V). A definição das formas clínicas foi feita a partir das características relacionadas

pela OMS e adotada pelo Ministério da Saúde do Brasil (MS), que considera para classificação operacional as formas paucibacilares (indeterminada e tuberculóide) e multibacilares (dimorfa e virchowiana)^{11 43}.

Para a coleta dos dados referentes às condições socioeconômicas, demográficas, ambientais e clínicas, utilizou-se um questionário específico contendo questões abertas e fechadas. A identificação das incapacidades físicas e a determinação do grau das mesmas foram realizadas a partir do exame físico dos olhos, mãos e pés. Tais exames seguiram os parâmetros adotados pelo MS do Brasil^{11 30}.

Realizou-se o exame dos olhos conforme técnica descrita por Vieth et al⁴²; e das mãos e pés, pela técnica de Lehman et al¹⁶ e Rodrigues et al³⁰. Para a pesquisa da sensibilidade das mãos e pés utilizou-se o estesiômetro (KIT com monofilamentos para testes de sensibilidade de Semmes-Weinstein monofilamentos).

Antes do início da realização dos exames foram esclarecidos os procedimentos realizados, enfatizada a importância dos mesmos e solicitada ao participante a assinatura do termo de consentimento. Os dados foram analisados utilizando-se o Programa EPI-INFO, versão 6.04b, do CDC-Atlanta-EUA⁸. Na análise estatística foram utilizados intervalos de confiança de 95% para proporção e teste Qui-quadrado.

RESULTADOS

Foram avaliados 207 pacientes portadores de hanseníase, sendo 46 (22,2%) da forma indeterminada, 56 (27,1%) da tuberculóide, 58 (28%) da dimorfa e 46 (22,7%) da virchowiana (Tabela 1). Com relação ao município de origem, 171 (82,6%) eram de Buriticupu,

26 (12,6%) de Bom Jesus das Selvas, 5 (2,4%) de Bom Jardim e 5 (2,4%) de Santa Luzia, todos pertencentes à Amazônia do Maranhão.

As características socioeconômicas mostraram predomínio de pessoas casadas (45,9%), com

escolaridade de 1º Grau (56%) e analfabetas (39,6%). Quanto à ocupação, as mais freqüentes foram lavrador (40,1%), domésticas/do lar (18,4%) e estudante (14%). A maioria (76,3%) recebia menos que 1 (um) salário mínimo (Tabela 2).

Houve predomínio do gênero masculino (60,9%), faixa etária de 14 a 44 anos (63,3%) e cor parda (67,6%). Em relação à moradia, 44% dos pacientes residia em casa de taipa; a maioria utilizava fossa negra para o destino dos dejetos (82,6%) e lançava o lixo a céu aberto

Tabela 1 - Casos de hanseníase por forma clínica. Município de Buriticupu-MA, Brasil, 2001.

Forma clínica	Nº	%	IC 95%
Indeterminada	46	22,2	16,8 - 28,5
Tuberculóide	56	27,1	21,1 - 33,6
Dimorfa	58	28,0	22,0 - 34,7
Virchoviana	47	22,7	17,2 - 29,0
Total	207	100,0	

IC= Intervalo de Confiança
n= número de observações

Tabela 2 - Características socioeconômicas dos pacientes com hanseníase. Município de Buriticupu-MA, Brasil, 2001.

Características	Nº	%	IC 95%
Situação conjugal			
casado	95	45,9	39,0 - 52,9
solteiro	68	32,9	26,5 - 39,7
mora junto	31	15,0	10,4 - 20,6
viúvo	7	3,4	1,4 - 6,8
separado	6	2,9	1,1 - 6,2
Escolaridade			
analfabeto	82	39,6	32,9 - 46,6
1.º Grau	116	56,0	49,0 - 62,9
2.º Grau	9	4,3	2,0 - 8,1
Ocupação			
lavrador	83	40,1	33,4 - 47,1
doméstica/Do lar	38	18,4	13,3 - 24,3
estudante	29	14,0	9,6 - 19,5
outras	28	13,5	9,2 - 19,0
comerciante	9	4,3	2,0 - 8,1
aposentado	5	2,4	0,8 - 5,5
sem ocupação	3	1,4	0,3 - 4,2
vendedor	3	1,4	0,3 - 4,2
professora	3	1,4	0,3 - 4,2
cofrador	3	1,4	0,3 - 4,2
ajudante de serralha	3	1,4	0,3 - 4,2
Renda familiar (salário mínimo)			
< 1	158	76,3	69,9 - 81,9
1 - 3	41	19,8	14,6 - 25,9
≥ 4	8	3,9	1,7 - 7,5
Total	207	100,0	

IC= Intervalo de Confiança
n= número de observações

(63,8%). Ao indagarmos sobre a água utilizada para o consumo, 58% informaram ser a mesma proveniente de poço e 51,7% não usavam nenhum método de tratamento adequado (Tabela 3).

A incapacidade física foi observada em 75,4% dos pacientes examinados. Destes, 7,8% já apresentavam deformidades em decorrência da doença (4,8% Grau II e 3% Grau III). Ao considerar-se os segmentos examinados observou-se que em todos foram identificadas incapacidades físicas, sendo o grau I predominante na avaliação final (67,6%). Os maiores percentuais de incapacidades físicas foram observados nos pés (62,7%) e no olhos (51,2%) (Tabela 4).

Houve associação entre presença de incapacidade física e forma clínica. As formas dimorfa (93,1%) e virchowiana (89,4%) apresentaram maior prevalência de incapacidade e a forma indeterminada, a menor (Tabela 5).

Separadamente por segmento, em relação aos olhos as incapacidades físicas foram mais frequentes entre os pacientes da forma virchowiana (66% Grau I e 4,2% Grau III). Entre os portadores da forma dimorfa, observou-se maior frequência de incapacidades físicas nas mãos (10,3% Grau I e 5,2% Grau II) e nos pés (69% Grau I, 6,9% Grau II e 1,7% Grau II) (Tabela 5).

Tabela 3 - Características demográficas e ambientais dos pacientes com hanseníase. Município de Buriticupu-MA, Brasil, 2001.

Características	Nº	%	IC 95%
Idade (ano)			
0 - 14	17	8,2	4,9 - 12,8
15 - 44	131	63,3	56,3 - 69,9
≥45	59	28,5	22,5 - 35,2
Gênero			
masculino	126	60,9	32,4 - 46,1
feminino	81	39,1	53,9 - 67,6
Cor			
parda	140	67,6	60,8 - 74,0
branca	37	17,9	12,9 - 23,8
negra	30	14,5	10,0 - 20,0
Moradia			
taipa	91	44,0	37,1 - 51,0
madeira	71	34,3	27,9 - 41,2
tijolo/Adobe	44	21,3	15,9 - 27,5
palha	1	0,5	0,0 - 2,7
Destino dos dejetos			
fossa negra	171	82,6	76,7 - 87,5
mato	31	15,0	10,4 - 20,6
vale	5	2,4	0,8 - 5,5
Destino do lixo			
céu aberto	132	63,8	56,8 - 70,3
queima	41	19,8	14,6 - 25,9
coleta	28	13,5	9,2 - 19,0
enterrado	6	2,9	1,1 - 6,2
Abastecimento de água			
poço	120	58,0	50,9 - 64,8
rede/chafariz	87	42,0	35,2 - 49,1
Tratamento da água			
não tratada (nenhum método ou coada)	107	51,7	44,7 - 58,7
tratada (filtração, fervura ou cloração)	100	48,3	41,3 - 55,3
Total	207	100,0	

IC= Intervalo de Confiança

n= número de observações

Tabela 4 - Percentual do grau de incapacidade física nos pacientes examinados.

Grau de incapacidade	Segmentos examinados											
	olhos			mãos			Pés			todos		
	Nº	%	IC 95%	Nº	%	IC 95%	Nº	%	IC 95%	Nº	%	IC 95%
0	101	48,8	41,8 - 55,8	192	92,8	88,3 - 95,9	78	37,3	33,1 - 44,7	51	24,6	18,9 - 31,1
I	101	48,8	41,8 - 55,8	9	4,3	2,0 - 8,1	122	58,9	51,9 - 65,7	140	67,6	60,8 - 74,0
II	1	0,5	0,0 - 2,7	5	2,4	0,8 - 5,5	6	2,9	1,1 - 6,2	10	4,8	2,3 - 8,7
III	4	1,9	0,5 - 4,9	1	0,5	0,0 - 2,7	1	0,5	0,0 - 2,7	6	3,0	1,1 - 6,2
Total	207	100,0		207	100,0		207	100,0		207	100,0	

IC= Intervalo de Confiança
n= número de observações

Tabela 5 - Incapacidade física por forma clínica e segmento examinados nos pacientes com hanseníase. Município de Buriticupu-MA, Brasil, 2001.

Segmento e forma clínica	Incapacidade física				x ²	Valor de p
	Não		Sim			
	n	%	n	%		
Olhos					26,63	< 0,001
Indeterminada	37	84,4	9	19,6		
Tuberculóide	26	46,4	30	56,6		
Dimorfa	24	41,4	34	58,6		
Virchowiana	14	29,8	33	70,2		
Mãos					*	*
Indeterminada	46	100,0	-	-		
Tuberculóide	56	100,0	-	-		
Dimorfa	49	84,5	9	15,5		
Virchowiana	41	87,2	6	12,8		
Pés					28,63	< 0,001
Indeterminada	32	69,6	14	30,4		
Tuberculóide	21	37,5	35	62,5		
Dimorfa	13	22,4	45	77,6		
Virchowiana	12	25,5	35	74,5		
Todos					51,40	< 0,001
Indeterminada	29	63,0	17	37,0		
Tuberculóide	13	23,2	43	76,8		
Dimorfa	4	6,9	54	93,1		
Virchowiana	5	10,6	42	89,4		

* Qui-quadrado não pode ser calculado devido a caselas vazias.

n= número de observações

DISCUSSÃO

No presente estudo observou-se que, em relação às formas clínicas, o maior percentual foi de pacientes portadores da forma dimorfa. Ao agrupa-las por classificação operacional, os resultados apontaram para um predomínio das multibacilares (50,7%) acompanhando o panorama estadual e nacional. Em 1998, excetuando-se o Estado de Pernambuco, nas demais Unidades Federadas do Brasil, houve um predomínio de casos multibacilares da doença, demonstrando que o diagnóstico, na maioria dos casos, está sendo feito após a evolução da fase inicial (indeterminada) da doença para as formas virchowiana ou dimorfa^{12 35}.

Silva et al³⁸ documentaram uma série histórica de 215 casos de hanseníase diagnosticados no período

de 1978 a 1993 em Buriticupu, relatando a predominância das formas paucibacilares (59,6%) e um aumento do número de casos diagnosticados por demanda espontânea, após a realização de busca ativa em 1981. Comparando-se esses resultados com os do presente estudo, observou-se uma inversão em relação às formas clínicas, levando-nos a crer que os pacientes só estão procurando o serviço de saúde após a polarização para as formas mais graves e contagiosas da doença, o que pode contribuir para a manutenção do ciclo de transmissão.

Quanto à procedência dos pacientes, observou-se que, apesar do maior número ser residente em Buriticupu, o programa atendeu a pacientes de outros

municípios, fato também já relatado por Silva et al³⁸. Em Ribeirão Preto (SP), Oliveira²⁰ referiu fenômeno semelhante, quando 9,6% dos pacientes atendidos foram provenientes de outras cidades. Sendo a hanseníase uma doença estigmatizante, o medo de ser descoberto na condição de doente, leva o paciente à procura de tratamento em locais distantes da sua residência. Este fato também foi observado por Costa et al⁷ (dados não publicados) quando avaliaram pacientes com a associação hanseníase e leishmaniose tegumentar americana (LTA) na mesma região estudada.

Quanto à situação conjugal, houve uma frequência maior de pessoas casadas, embora tenha sido registrado um número considerável de solteiras. Essas observações assemelharam-se às de Oliveira²⁰, que, ao estudar pacientes portadores de hanseníase, observou que 57,3% e 22,9% eram respectivamente de pessoas casadas e solteiras.

Em relação à escolaridade, apesar de 39,6% serem analfabetos, observou-se um predomínio de pacientes com algum grau de escolaridade, fato similar aos relatos de Pedroso et al²⁶ e Parra²⁴. No entanto, o percentual de pacientes analfabetos (39,6%) foi superior ao registrado por esses autores e ao da região Nordeste, onde a taxa de analfabetismo foi de 26,6%, a mais alta do Brasil¹⁵.

Os tipos de atividades ocupacionais mais observadas foram as de lavrador, doméstica e estudante, assemelhando-se às observações de Fonseca et al¹⁰. No tocante à renda familiar, 76,3% dos pacientes recebiam menos de um salário mínimo, percentual similar ao de Serruya³⁶, no Rio de Janeiro, Brasil.

Com relação à idade, apesar do predomínio da hanseníase dos 15 a 44 anos, evidenciaram-se indivíduos menores de 15 anos acometidos pela doença, sugerindo o contágio nos primeiros anos de vida, comum em regiões onde a transmissão ocorre de forma intensa. De acordo com Silva et al³⁸, 55,8% dos portadores de hanseníase atendidos em Buriticupu encontravam-se entre 15 a 44 anos. No presente estudo, houve ampliação dessa faixa etária, passando para 63,3% dos casos registrados, sugerindo um maior acometimento de indivíduos na fase produtiva de vida. Resultado semelhante foi encontrado por Saha³² em Salvador-Bahia, nordeste brasileiro.

O gênero masculino destacou-se no estudo (60,9%), numa proporção de 1,6/1 em relação ao feminino, enquanto que no estudo de Silva et al³⁸ esta relação foi de 2,8/1, sugerindo um aumento de casos no gênero feminino na região, o mesmo aconteceu com Figueiredo⁹, que ao estudar a expansão da hanseníase em São Luís-MA, constatou um aumento do número de casos no sexo feminino. O predomínio do gênero masculino também foi observado em outros estudos nas várias regiões do Brasil^{1 2 3 10 24 27}.

No tocante à cor, os resultados foram idênticos aos de Fonseca et al¹⁰ que, ao analisarem 5.274 casos de hanseníase no Estado do Maranhão, verificaram o

predomínio da cor parda. Deve-se levar em consideração que no Nordeste brasileiro, a cor parda (64,5%), devido à forte miscigenação, tem predomínio em relação as demais^{15 40}.

Em nosso estudo, as condições de saneamento básico foram pouco inferiores aos dados regionais do IBGE(2000)¹⁵ no tocante à presença de esgoto e fossa séptica (22,6%), e coleta de lixo (59,7%) nos domicílios nordestinos. Observou-se que, entre os domicílios dos pacientes estudados, nenhum possuía fossa séptica e apenas 13,5% mencionaram coleta pública de lixo. Verificou-se ainda que 58% da população estudada utilizava água proveniente de poço e que a metade não realizava nenhum tratamento da mesma, predispondo-a à aquisição de doenças por veiculação hídrica.

Na avaliação do grau de incapacidades, constatou-se, através do exame físico, que a maioria (75,4%) dos pacientes apresentava algum grau de incapacidade física, dados semelhantes aos encontrados por Oliveira^{19 20}, Borges et al³, Pedroso et al²⁶, Pedrazzani et al²⁵ e Meima et al¹⁷, todos com níveis superiores a 55%. Divergiram, porém, dos observados por Zambon et al⁴⁵, Saha & Das³¹, Parra²⁴ e Goulart et al¹³, nos quais os relatos de incapacidades físicas foram de 44%, 22,3%, 37% e 24%, respectivamente. Cabe ressaltar que, nos estudos onde houve predomínio de pacientes apresentando algum grau de incapacidade, a determinação do mesmo foi realizado a partir do exame físico pelos próprios pesquisadores. Naqueles, onde o número de pacientes foi inferior a 50%, utilizou-se dados secundários, ou seja: a partir dos registros nos prontuários dos pacientes.

Os dados do Ministério da Saúde¹² são contrários aos achados de outros autores, pois 78% dos casos novos registrados não apresentavam incapacidades físicas, levando-nos a crer que a avaliação do grau de incapacidade não vem sendo realizada de forma cuidadosa e, provavelmente, muitos pacientes que apresentam anestesia na córnea, mãos e pés, deixaram de ser identificados.

Entre os pacientes examinados, foram identificados 7% com Grau II e grau III, que correspondem à deformidades em consequência da doença. Este resultado foi semelhante ao registrado em nível estadual e nacional, e pode ser reflexo de uma procura tardia pelo serviço de saúde por parte do paciente. Na análise do grau de incapacidade por segmentos examinados, verificou-se que os pés (62,3%) foram mais atingidos, seguidos dos olhos (51,2%) e mãos (7,2%). Ao considerar-se a seqüência dos segmentos afetados, observaram-se resultados similares aos de Oliveira²⁰ divergindo, entretanto, dos de Çakiner et al⁵, onde a seqüência foi olhos, pés e mãos.

Ao relacionarmos o grau de incapacidade por forma clínica, verificou-se que em todas as formas foram observadas incapacidades físicas. Estes resultados assemelharam-se aos de outros autores^{3 20 22 26 41}. Considerando que na forma indeterminada não há

comprometimento de troncos nervosos, a identificação de incapacidades físicas, nesta forma clínica, pode ser atribuída a erro de classificação no momento do diagnóstico. Outro aspecto a ser observado é a existência de pacientes com neurite silenciosa, que já apresentam áreas de anestesia nos olhos, mãos ou pés e que estão assintomáticos. Assim, a ausência do exame físico mais acurado, que inclua a avaliação neurológica, no momento do diagnóstico, pode ser responsável por um erro de classificação. Entre os pacientes virchowianos, o percentual de incapacidades em relação ao olhos foi superior (71,2%) ao registrado nas demais formas. Oréfice²², estudando a clínica ocular em pacientes hansenianos, também encontrou resultados semelhantes.

Quando os segmentos analisados passaram a ser mãos e pés, os maiores percentuais de algum grau de incapacidade física foram observados entre os

portadores da forma dimorfa (15,5% e 77,6% respectivamente). Na atribuição do grau de incapacidade final, o percentual também foi elevado (93,1%) entre os portadores da forma dimorfa, concordando com os achados de Borges et al³ e divergindo dos de Pedroso et al²⁶ e Trindade & Nemes⁴¹, onde a maior frequência de incapacidades foi observada entre os pacientes virchowianos.

A situação de hiperendemicidade, associada às baixas condições socioeconômicas e ambientais, agravada pelo elevado percentual de pacientes que apresentavam incapacidades físicas em consequência da doença, podem interferir na qualidade de vida dos mesmos.

Há necessidade urgente de medidas que revelem o lado oculto do "iceberg epidemiológico" da doença, a fim de que se reduza a morbidade e as incapacidades físicas decorrentes da mesma.

AGRADECIMENTOS

Ao Sr. João Sousa Santos, responsável pela Unidade de Saúde da Universidade Federal do Maranhão-UFMA, em Buriticupu e à Enfa. Hannelore Vieth da Associação Alemã de Ajuda aos Hansenianos (DAHW), pelo apoio durante o desenvolvimento do estudo e aos pacientes, sem os quais o estudo não existiria.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aquino DMC, Almeida PH. Avaliação do programa de hanseníase do Hospital Universitário Presidente Dutra. São Luís - MA, 1999. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 33:104-105, 2000.
2. Barreto-Silva ARL, Farias LF, Nóbrega-Filho FT, Rocha LP, Talhari S, Cavalcante FH, Picanço NFL, Talhari A, Orsi AT, Moura MAS. Características epidemiológicas dos casos de hanseníase que concluíram terapia multidroga atendidos na Fundação de Medicina Tropical do Amazonas (1988-2000) *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 34:430, 2001.
3. Borges E, Gallo MEN, Alvim MFS, Bittencourt E. Determinação do grau de incapacidades em hansenianos não tratados. *Cadernos de Saúde Pública* 3:266-271,1987.
4. Cakiner T, Yüksel A, Egit AS, Çagri G, Karaçorlu M, Kültür A. The extent of leprosy-related disabilities in Istanbul Leprosy Hospital, Turkey. *Leprosy Review* 68:43-49,1997.
5. Carrasco MAP, Pedrazzani ES. Situação epidemiológica da hanseníase e dos seus comunicantes em Campinas. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo* 27:214-228,1993.
6. Costa JML, Balby IAT, Rocha EJS, Silva ARS, Rebêlo JMM, Ferreira LA, Gama MEA, Branco MRFC, Soares NJS. Estudo comparativo da leishmaniose tegumentar americana em crianças procedentes das áreas endêmicas de Buriticupu (Maranhão) e Corte de Pedra (Bahia),Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 31:279-288,1998.
7. Costa JML, Melo LS, Silva AR, Ferreira LAF, Rebêlo JMM, Gama MEA, Saldanha ACR, Barral A. Avaliação clínico-epidemiológica da associação entre leishmaniose tegumentar americana (LTA) e hanseníase em área endêmica da Amazônia do Maranhão-Brasil (Dados não publicados).
8. Dean AG, Dean JA, Burton AH, Dicker RC. Epi Info, Versão 6: um sistema de processamento de texto, banco de dados e estatística para computadores. Atlanta-EUA/São Paulo, Centers for Diseases Control and Prevention/Santa Casa de São Paulo, 1994.
9. Figueiredo IA. Detecção da hanseníase em São Luís-Maranhão de 1993 a 1998. Dissertação de Mestrado, Universidade federal do Maranhão, São Luís, MA, 2001.
10. Fonseca PHM, Cutrim Jr RJ, Carneiro SFM. Hanseníase no Estado do Maranhão. Análise de 5.274 casos. *Arquivos Brasileiros de Medicina* 57:175-177,1983.
11. Fundação Nacional de Saúde, Centro Nacional de Epidemiologia, Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária. Guia de controle da hanseníase. 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde,1994.
12. Fundação Nacional de Saúde, Centro Nacional de Epidemiologia, Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária. Dados epidemiológicos de 1998. (Disponível em <Internet: <http://www.who.int/lep/index.html>>. Acesso em 09 mar. 2001). Ministério da Saúde, Brasília, 1998.
13. Goulart IMB, Silva AA, Oliveira ACS, Quarasmin CR, Dias CM, Silva DP, Lopes MRF, Alves RR. Grau de incapacidade: indicador de prevalência oculta e qualidade do programa de controle de hanseníase. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 34:453, 2001.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Contagem Nacional de População. (Disponível em <Internet: <http://www.ibge.gov.br>> Acesso em 17 jan. 2001) , 1996.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa nacional por amostra de domicílios. Microdados. Rio de Janeiro: IBGE. (Disponível em <Internet: <http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 17 jan. 2001, 2000), 1999.

16. Lehman LF, Orsini MBP, Fuzikawa PL, Lima RC, Gonçalves SD. Avaliação neurológica simplificada. ALM Internacional, Belo Horizonte, 1997.
17. Meima A, Saunderson PR, Gebre S, Desta K, Oortmarsen GJV, Habbema JDF. Factores associated with impairments in new leprosy patients: that AMFES cohort. *Leprosy Review* 78:189-203,1999.
18. Ministério da Saúde. Doenças e migrações humana. Anais do seminário sobre transmissão e controle de doenças tropicais no processo de migração humana. Brasília: CORAG, 1992
19. Oliveira MHP. Associação entre atividades ocupacionais dos hansenianos e incapacidades físicas. *Revista Brasileira de Enfermagem* 46:279-285,1993.
20. Oliveira MHP. Incapacidades físicas em hanseníase. Tese de doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, SP, 1987.
21. Opromola DVA. Reabilitação em hanseníase. Bauru: Hospital de Souza Lima, 1981.
22. Oréfice F. Estudo da histopatologia e clínica ocular em hansenianos em hospital de dermatologia sanitária. Tese de livre docência, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 1988.
23. Organización Panamericana de La Salud. Hacia la eliminación de la lepra como problema de salud pública. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Washington, DC, EUA, 1995.
24. Parra MC. Caracterización socio-económica de los leproso atendidos en la unidade de dermatologia sanitaria de Maracaibo, Venezuela: un estudio de casos. *Cadernos de Saúde Pública* 12: 225-231,1996.
25. Pedrazzani ES, Maluf AS, Pedroso M, Toyada CY. Prevenção de incapacidades em hanseníase: realidade numa unidade sanitária. *Hanseníase Internationalis* 10:10-22,1985.
26. Pedroso M, Oliveira S, Baccarelli R, Vieira PCT, Gonçalves A. Incapacidades físicas em hanseníase. Estudo multicêntrico da realidade brasileira. *Anais Brasileiros de Dermatologia* 64: 301-306,1989.
27. Petoilho EC, Lima MCM, Pedrazzani ES. Poliquimioterapia da hanseníase: a implantação na unidade de saúde de São Carlos-SP. *Revista Brasileira de Enfermagem* 47:124-133, 1994.
28. Queiroz MS, Puntel M. A endemia hanseniana: uma perspectiva multidisciplinar. Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.
29. Rebêlo JMM, Oliveira ST, Barros VLL, Silva ARS, Costa JML, Ferreira LA. *Plebotominae (Diptera: Psychodidae)* de Lagoas, município de Buriticupu, Amazônia Maranhense. I-Riqueza e abundância relativa das espécies em áreas de colonização recente. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 33:11-19, 2000.
30. Rodrigues AL, Almeida-Sobrinho EF, Dias EP, Traple G, Vieth H, Oliveira IR, Garbini JÁ, Lehman LF, Cristofolini L, Marciano LHSC, Mello LMB, Virmond MCL, Orsini MBP, Moreira MBR, Magalhães MCC, Madalena M, Pedroso M, Baccarelli R, Dorian SED, Moreira TMA, Ferreira TL. Manual de Prevenção de Incapacidade. Brasília, Fundação Nacional de Saúde, 1997.
31. Saha SP, Das KK. Disability pattern amongst leprosy cases in an urban area (Calcutá). *Indian Journal Leprosy* 65:305-315,1993.
32. Saho M. Características epidemiológicas da hanseníase no Município de Salvador. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, 11: 9-18, 1998.
33. Santos S. Em busca da cura da hanseníase. *Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro* 2:77-82,1994.
34. Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão. Hanseníase: indicadores selecionados segundo município-Maranhão. Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, São Luís, MA, 1999.
35. Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão. Hanseníase: avaliação anual. Gerência de Qualidade de Vida do Maranhão, Subgerência de Vigilância Epidemiológica, São Luís, MA, 1999.
36. Serruya J. Hanseníase no município do Rio de Janeiro. *Anais Brasileiros de Dermatologia* 56:251-254,1981.
37. Silva AR, Martins G, Melo JEM, Araújo JP, Mendes ML. Surto epidêmico de leishmaniose tegumentar americana ocorrido na colonização agrícola de Buriticupu (estado do Maranhão), Brasil. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo* 21:43-50,1979.
38. Silva AR, Costa JML, Silva MCP, Rodrigues KCA, Barbosa J, Santos JS, Bastos JRM, Vieira JÁ, Mendes W. Projeto Buriticupu: relatório de 1993. Santa Luzia: UFMA (Documento mimeografado), 1994.
39. Talhari S. Hanseníase: situação atual. *Anais Brasileiros de Dermatologia* 19:209-215,1994.
40. Tavares-Neto J, Costa JM, Marsden PD, Barreto AC, Cuba CC. Composição racial e a avaliação da reação intradérmica de Montenegro em portadores de leishmaniose cutâneo-mucosa. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 19:75-78,1986.
41. 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. *Hanseníase Internationalis* 17:8-14,1992.
42. Vieth H, Saloti SRA, Passearotti S. Guia de prevenção ocular em hanseníase. São Paulo: Talmile, 1995.
43. World Health Organization. Guia para la eliminación de la lepra como problema de salud publica. WHO/Programa de Acción para la Eliminación da la Lepra, Ginebra, 1995.
44. World Health Organization. The most endemic countries in 2000. (Disponível em <Internet: <http://www.who.int/lep/index.html>>. Acesso em 09 abr. 2001), 2000.
45. Zambon VD, Kaneko KA, Pedrazzani ES. Avaliação epidemiológica e operacional do programa de controle da hanseníase na região de São Carlos-SP no período de 1983/1988. *Revista Brasileira de Enfermagem* 43:88-95,1990.