



Avaliação do grau de incapacidade dos pacientes com diagnóstico de hanseníase em Serviço de Dermatologia do Estado de São Paulo

Evaluation of the degree of incapacity of patients with a diagnosis of leprosy at a dermatology service in the State of São Paulo

Cinthia Janine Meira Alves¹, Jaison Antônio Barreto¹, Leticia Fogagnolo¹, Leticia Arsie Contin¹ e Priscila Wolf Nassif¹

RESUMO

Introdução: Hanseníase é doença infecciosa crônica que pode levar a incapacidade física. **Métodos:** Avaliou-se 167 prontuários de pacientes com diagnóstico de hanseníase, no período de 2003 a 2007, para investigação do grau de incapacidade no momento do diagnóstico. **Resultados:** A maioria (60%) dos pacientes apresentava incapacidade física no momento do diagnóstico; 34% grau I e 26% grau II. Observou-se que há relação direta entre a duração da doença e o grau de incapacidade. **Conclusões:** O diagnóstico da hanseníase ainda é tardio e isto pode contribuir para a manutenção da endemia.

Palavras-chaves: Epidemiologia. Incapacidades físicas. Hanseníase.

ABSTRACT

Introduction: Leprosy is a chronic infectious disease that can lead to physical incapacity. **Methods:** The medical records of 167 patients diagnosed with leprosy between 2003 and 2007 were reviewed. **Results:** Most of the patients (60%) presented physical incapacity at the time of diagnosis: 34% with grade I and 26% with grade II. It was observed that the degree of incapacity had a direct correlation with the duration of the disease. **Conclusions:** Leprosy is still diagnosed late, which may contribute towards maintaining this endemic disease.

Key-words: Epidemiology. Physical incapacity. Leprosy.

A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa essencialmente dermatoneurológica causada pelo *Mycobacterium leprae*.

No Brasil, até o início da década de 90, os dados registrados de hanseníase mostram uma alta prevalência da doença e um aumento da sua incidência em todo o território nacional¹. Em 2007, no Brasil, o coeficiente de detecção de novos casos alcançou o valor de 21,08/100.000 habitantes e o coeficiente de prevalência de 21,94/100.000 habitantes². As regiões Norte e Centro-Oeste apresentam as mais elevadas taxas, seguidas da região Nordeste, e foi considerada eliminada como problema de saúde pública no Estado de São Paulo, em 2005¹⁻³. Apesar da redução na taxa de prevalência observada nesse período a hanseníase ainda constitui um problema de saúde pública no Brasil⁴.

1. Serviço de Dermatologia, Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru, SP.

Endereço para correspondência: Dra. Cinthia Janine Meira Alves. Serviço de Dermatologia do Instituto Lauro de Souza Lima. Rod. Comandante João Ribeiro de Barros, Km 225/226, 17034-971 Bauru, SP.

Tel: 14 3103-5900; Fax: 14 3103-5914

e-mail: cinthiameira@yahoo.com.br

Recebido para publicação em 03/11/2009

Aceito em 12/03/2010

Os distúrbios de sensibilidade decorrentes da ação do *Mycobacterium leprae* são caracterizados pela ausência ou diminuição das sensibilidades térmica, dolorosa e tátil e podem comprometer a pele, mucosas, nervos periféricos e, em pacientes extremamente bacilíferos, o aparelho visual, causando deformidades^{5,6}.

Incapacidade foi definida em 1973, por Gonçalves, como toda alteração anatômica ou fisiológica num indivíduo, que impede ou dificulta, total ou parcialmente, de modo permanente ou temporário, uma atividade e/ou convivência social normais, conforme a idade, padrão cultural, renda econômica e grau de instrução. Quando não diagnosticada e tratada precocemente, a hanseníase pode evoluir com diferentes tipos e graus de incapacidades físicas⁷.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1961, padronizou um instrumento de avaliação das incapacidades proposto por Bechelli & Dominguez, considerando como incapacidade somente as lesões em mãos, pés e olhos, por serem mais severas para as atividades cotidianas e de diagnóstico mais simples. Assim, as lesões incapacitantes dessas regiões anatômicas são graduadas, conforme sua gravidade, em leve (1), moderada (2) e grave (3). Em 2002, o Ministério da Saúde implantou a atual classificação dos graus de incapacidade, unindo os casos anteriormente classificados como grau III ao grau II de incapacidade com o objetivo de facilitar a avaliação nos centros de atenção básica¹.

No período de 2001 a 2006, o Brasil registrou valor médio referente ao grau I de incapacidade de 18%, e ao grau II de 5,8%. Em termos dos padrões definidos pelo Programa Nacional de Controle da Hanseníase, os percentuais de incapacidades observados nesse período são considerados de média magnitude para o grau II². O grau de incapacidade está relacionado com o tempo de doença; assim, esse indicador permite uma avaliação indireta da efetividade das atividades de detecção precoce e tratamento adequado dos casos.

Segundo o Ministério da Saúde, os serviços de saúde devem realizar a avaliação e a determinação do grau de incapacidade dos doentes com hanseníase no momento do diagnóstico, durante o tratamento no mínimo uma vez ao ano e no momento da alta¹⁻³. O presente trabalho tem por objetivo determinar o grau de incapacidade física nos doentes diagnosticados com hanseníase em um Serviço de Dermatologia do Estado de São Paulo, no período de 2003 a 2007.

Foram revisados os prontuários dos pacientes diagnosticados com hanseníase no ambulatório de Dermatologia do Instituto Lauro de Souza Lima, no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2007.

Os critérios de exclusão foram: pacientes previamente diagnosticados, pacientes em tratamento e aqueles provenientes de outros estados. O grau de incapacidade antes do tratamento foi determinado por meio da anamnese, teste de sensibilidade com monofilamentos (Semmes-Weinstein) e pela avaliação motora e ocular. Os pacientes foram classificados segundo as normas do Guia para Controle da Hanseníase.

Neste período, foram diagnosticados 167 novos casos de hanseníase, sendo em sua maioria (58%) homens, com faixa etária entre 45 e 60 anos, e idade média de 49 anos. Foram encontrados, ainda, 5 casos de pacientes com menos de 15 anos. Todos os pacientes eram provenientes do Estado de São Paulo. A média de tempo de evolução dos sintomas antes do diagnóstico foi de 12 meses, variando de 1 mês a 10 anos.

O grau de incapacidade antes do tratamento foi de zero (ausência de incapacidades relacionadas à hanseníase) em 35% dos pacientes, de I em 34%, e de II em 26% dos pacientes. Em 5% dos casos, não foram encontrados dados satisfatórios para avaliação (**Tabela 1**).

Verificou-se que o tempo de evolução da doença antes do diagnóstico apresentou relação direta com o grau de incapacidade encontrado (**Tabela 2**). Os pacientes que apresentaram alto grau de incapacidade (grau II) apesar do pouco tempo de evolução da doença antes do diagnóstico apresentaram formas multibacilares, e provavelmente esse tempo não foi quantificado corretamente pelos pacientes pelas manifestações clínicas muitas vezes discretas e não percebidas.

TABELA 1 - Distribuição de novos casos de hanseníase segundo o sexo e o grau de incapacidade.

	Grau 0	Grau 1	Grau 2
Masculino	27	34	30
Feminino	31	23	13
Total	58	57	43

TABELA 2 - Grau de incapacidade apresentado pelos pacientes segundo o tempo de evolução antes do diagnóstico.

	< 6 meses	6 meses a 1 ano	1 a 3 anos	3 a 5 anos	>5 anos
Grau 0	15	15	14	4	3
Grau 1	17	12	16	5	3
Grau 2	7	10	9	5	10

Desses pacientes, 73% foram classificados como multibacilar (MB), ou seja, formas dimorfa e virchoviana (Classificação de Madrid - 1953), e 45 pacientes foram classificados como hanseníase paucibacilar (PB), isto é, indeterminada e tuberculóide, e neste último grupo foi diagnosticado um caso de hanseníase nodular da infância e quatro casos classificados como hanseníase neural pura.

O presente estudo encontrou predomínio de pacientes do sexo masculino, e a maioria fazia parte da população economicamente ativa.

Em um estado que conseguiu eliminar a hanseníase como problema de saúde pública, espera-se encontrar um aumento da incidência da doença em idosos e do número de casos virchovianos (mais suscetíveis), apesar da predominância das formas MB (73%). Ao contrário disso, observou-se taxa de acometimento de menores de 15 anos de 3%, frequência de PB (principalmente tuberculóides) de 27% e baixa taxa de diagnóstico da doença em virchovianos, além de grande número de pacientes do grupo dimorfo (55%), que são os

pacientes com maior acometimento e grau de incapacidades devido ao dano neural, principalmente em decorrência das reações.

A fim de se avaliar a severidade das incapacidades, os pacientes foram agrupados segundo o seu grau máximo registrado no prontuário, e observou-se que 60% dos pacientes já apresentavam algum grau de comprometimento funcional, no momento do diagnóstico, sendo que a maioria (57 pacientes) dos incapacitados foi classificada como grau I. Contudo, essas disfunções foram analisadas apenas no momento do diagnóstico, e não sabemos como estes pacientes estarão ao final do tratamento específico, o que será motivo de estudo futuro.

O longo e assintomático período de incubação da doença e seus sintomas insidiosos, associados ao despreparo técnico dos profissionais de saúde, podem levar às dificuldades diagnósticas nos casos iniciais e mesmo mais avançados⁸. A grande porcentagem de pacientes com grau de incapacidade instalada no momento do diagnóstico reforça a hipótese de que existe uma grande prevalência oculta que, além da questão das deformidades e estigmatização dos pacientes, influi na manutenção da cadeia de transmissão. Suárez afirma que a grande maioria dos pacientes de hanseníase não apresenta incapacidades no início da doença, portanto, a porcentagem de pacientes diagnosticados com algum grau de incapacidade pode ser considerada diagnóstico tardio, ou seja, pacientes que deixaram de ser detectados na fase inicial da doença. Portanto, o risco de apresentar deformidades no momento do diagnóstico cresce significativamente à medida que este é atrasado^{9,10}.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram não haver nenhum tipo de conflito de interesse no desenvolvimento do estudo.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Guia de Controle da Hanseníase. 3ª ed. Brasília; 2002.
2. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle de Hanseníase. Informe Epidemiológico. Brasília; 2008.
3. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal 2006-2010. Brasília; 2006.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Guia para utilização de medicamentos e imunobiológicos na área de hanseníase. Brasília; 2000.
5. Opromolla DVA. Noções de Hansenologia. Bauru (SP); 1981.
6. Talhari S, Neves RG. Hansenologia. Manaus: Funcomiz, 1984.
7. Helene LMF, Leão VM, Minakawa MM. Perfis epidemiológicos e a avaliação de incapacidades físicas de hansenianos de uma UBS de São Paulo. Hansen Int 2001; 26:5-13.
8. Pimentel MIF, Nery JAC, Borges E, Gonçalves RR, Samo EN. Influência do tempo de evolução prévio ao diagnóstico inicial incapacidades presentes no exame inicial de pacientes portadores de hanseníase multibacilar. Hansen Int 2002; 27:77-82.
9. Goulart IMB, Dias CM, Oliveira ACS, Silva AA, Alves RR, Quaresimin CR, et al. Grau de Incapacidade: indicador de prevalência oculta e qualidade do programa de controle de hanseníase em um Centro de Saúde – Escola no município de Uberlândia – MG. Hansen Int 2002; 27:5-13.
10. Suárez REG, Lombardi C. Estimado de prevalência de lepra. Hansen Int 1997; 22:31-35.