

DESENVOLVIMENTO DE INCAPACIDADES FÍSICAS DECORRENTES DA HANSENÍASE NO VALE DO JEQUITINHONHA, MG¹

Francisco Carlos Félix Lana²

Evaldo Pinheiro Amaral³

Fernanda Moura Lanza³

Andrigo Neves e Silva Lopes de Saldanha⁴

A hanseníase é doença potencialmente incapacitante. Objetivou-se descrever e analisar a ocorrência de incapacidades físicas nos casos de hanseníase da população residente no Vale do Jequitinhonha, MG, no período de 1998-2006. Trata-se de estudo epidemiológico descritivo. Os dados foram coletados das Fichas de Notificação de Hanseníase. As informações foram processadas no software EPI-INFO, analisadas tendo como referência os indicadores recomendados pelo Ministério da Saúde e a força de associação entre as variáveis (razão de prevalências). Dos 1 461 casos notificados no período, 46,2% foram diagnosticados com alguma incapacidade física (12,1% no grau II). Desses, 59,1% eram do sexo masculino; 96,9% em maiores de 15 anos e 93,2% eram multibacilares (valor de $p < 0,001$). Estimou-se prevalência oculta de 433 casos no período de 2002 a 2006. Os resultados evidenciam que o diagnóstico da hanseníase nessa região está sendo tardio e apontam para a necessidade de intensificação das estratégias de prevenção e controle.

DESCRITORES: hanseníase; epidemiologia; estatísticas de seqüelas e incapacidade

PHYSICAL DISABILITIES RESULTING FROM HANSEN'S DISEASE IN VALE DO JEQUITINHONHA/STATE OF MINAS GERAIS, BRAZIL

Leprosy is potentially debilitating. The present study aims at describing and assessing the occurrence of physical disabilities in cases of leprosy in the population of the Vale do Jequitinhonha/MG, in the period 1998-2006. It is an epidemiological descriptive study and the data were collected from the Leprosy Notification Forms. This information was processed using EPI-INFO and analyzed, based on the indicators recommended by the Ministry of Health and the force of association between variables. Of the 1461 cases notified, 46.2% were diagnosed with some kind of physical disability (12.1% degree II). Of these, 59.1% were male; 96.9% of the people were over 15 years old, and 93.2% were multibacillary ($p < 0.001$). A hidden prevalence of 433 cases was estimated in the period 2002-2006. The results show that the diagnosis of Hansen's disease in the region is late, revealing the need to intensify prevention and control.

DESCRIPTORS: leprosy; epidemiology; statistics on sequelae and disability

DESARROLLO DE INCAPACIDADES FÍSICAS RESULTANTES DE LA ENFERMEDAD DE HANSEN EN EL VALLE DE JEQUITIÑOÑA, MG

La lepra, enfermedad de Hansen, es conocida por producir, potencialmente, incapacidades. Se tuvo como objetivo describir y analizar la ocurrencia de incapacidades físicas en los casos de lepra de la población residente en el Valle del Jequitíñoña, MG, en el período de 1998-2006. Se trata de un estudio epidemiológico descriptivo. Los datos fueron recolectados de las Fichas de Notificación de Lepra. Las informaciones fueron procesadas en el software EPI-INFO, analizadas usando como referencia los indicadores recomendados por el Ministerio de la Salud y la fuerza de asociación entre las variables (razón de prevalencias). De los 1.461 casos notificados en el período, 46,2% fueron diagnosticados con alguna incapacidad física (12,1% en el grado II). De esos, 59,1% eran del sexo masculino; 96,9% mayores de 15 años y 93,2% eran multibacilares (valor de $p < 0,001$). Se estimó una prevalencia oculta de 433 casos en el período de 2002 a 2006. Los resultados ponen en evidencia que el diagnóstico de la lepra en esa región está siendo tardío y apuntan para la necesidad de intensificar las estrategias de prevención y control.

DESCRIPTORES: lepra; epidemiologia; estadísticas de secuelas y discapacidad

Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil:

¹Pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq; ²Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Professor Associado, e-mail: xicolana@enf.ufmg.br; ³Enfermeiro, Mestrando, e-mail: evaldoamaral01@yahoo.com.br, fmlanza@yahoo.com.br; ⁴Aluno do curso de graduação em Enfermagem, e-mail: andrigoneves@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é doença infecciosa sistêmica potencialmente incapacitante, causada por bacilo denominado *Mycobacterium leprae*. Esse parasita, ao se alojar nos tecidos da pele e dos nervos periféricos humanos, induz o desenvolvimento de resposta imunológica. A ação do bacilo no organismo, somada ao processo inflamatório, é responsável por neurites que repercutem sobre a função neural autônoma, sensitiva e/ou motora. Quando as neurites acometem o indivíduo, que permanece sem o tratamento apropriado, o processo pode se cronicar, produzindo, assim, as incapacidades físicas características da doença⁽¹⁾.

O ser humano é considerado a única fonte de infecção da hanseníase, admitindo-se as vias aéreas superiores como seu principal foco de transmissão⁽¹⁾. A doença incide sobre pessoas independentemente da idade ou sexo, entretanto, considera-se que o principal grupo de risco é o adulto jovem pobre, que relata outro caso de hanseníase em seu lar e que, quanto mais íntimo e prolongado é o contato, maior a possibilidade de transmissão da hanseníase⁽²⁻³⁾. Contudo, ainda existem atualmente grandes lacunas no conhecimento que se refere a aspectos cruciais da cadeia epidemiológica da transmissão da doença⁽⁴⁾.

Ao final do século 20, a hanseníase ainda era considerada endêmica em muitos países em desenvolvimento, afetando particularmente as camadas mais pobres da população⁽⁴⁾. O indicador utilizado para determinar a eliminação da doença é a prevalência, e foi estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como valores inferiores a 1 caso por 10 000 habitantes, sendo que os países endêmicos deverão alcançar essa meta até o ano 2010. Segundo relatório da OMS, o Brasil apresentava, no início de 2007, taxa de prevalência de 3,2 casos/10 000 habitantes, sendo que em 2006 a taxa de detecção foi de 2,35 casos/10 000 habitantes⁽⁵⁾.

Minas Gerais (MG), em 2006, notificou 2 547 casos, representando taxa de detecção de 1,31 casos/10 000. No final desse mesmo ano, contava com 3 756 casos em registro ativo, resultando em prevalência de 1,9 casos/10 000 habitantes⁽⁶⁾. Segundo dados da SES/MG, dentre os casos novos detectados em 2006, 62,8% eram multibacilares e 10,2% apresentavam grau II de incapacidade física, índices considerados altos e indicativos de que o

diagnóstico tem sido realizado tardiamente. Entre os casos diagnosticados com grau II no Estado, 66,9% eram homens⁽⁶⁾.

O comportamento epidemiológico da hanseníase está relacionado tanto a fatores que podem aumentar o número de indivíduos susceptíveis à infecção pelo *M.leprae* como condições precárias de habitação, alimentação deficiente, baixa escolaridade e, ainda, movimentos migratórios que facilitam a difusão da doença⁽⁷⁾, quanto aos aspectos operacionais dos serviços na implementação de ações de prevenção e controle⁽⁸⁾.

Considerando que a hanseníase é amplamente influenciada pelos padrões de ocupação do espaço, distribuindo-se desigualmente e concentrando-se nos locais de maior pobreza⁽⁹⁾, enquadra-se nesse perfil o Vale do Jequitinhonha – região com os piores indicadores socioeconômicos do Estado de Minas Gerais. Em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), 58,8% de seus municípios detêm valores entre 0,57 e 0,65 para esse indicador, o que representa variação de 74 a 85% da média nacional (0,766). Ao se analisar a taxa de mortalidade infantil, outro indicador classicamente utilizado para se avaliar o nível de desenvolvimento de uma região, observa-se que 51% dos municípios têm taxas superiores a 40 óbitos para cada 1 000 nascidos vivos. Esses valores se assemelham àqueles observados em municípios das Regiões Norte e Nordeste do país⁽¹⁰⁾.

Estudos anteriores⁽¹¹⁻¹²⁾ mostraram que o Vale do Jequitinhonha tem apresentado problemas em relação à prevenção e controle da hanseníase, sendo que os serviços de saúde locais não estão sendo capazes de captar precocemente todos os casos existentes na região, resultando em altos percentuais de casos diagnosticados nas formas clínicas multibacilares e já com alguma incapacidade física⁽¹²⁾.

Essas incapacidades e deformidades podem acarretar alguns problemas tais como diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos. São responsáveis também pelo estigma e preconceito que recaem sobre seus portadores⁽¹⁾. Por essa razão, além da sua magnitude, a hanseníase deve ser pensada também pela sua transcendência, em função do sofrimento humano, discriminação social e prejuízos econômicos que vêm sempre associados à doença, principalmente se não for oportunamente diagnosticada e tratada^(11,13).

Este estudo tem como objetivos descrever e analisar a ocorrência de incapacidades físicas nos casos de hanseníase da população residente no Vale do Jequitinhonha, MG, no período de 1998-2006.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo epidemiológico descritivo, que tem como cenário de estudo o Vale do Jequitinhonha, MG, composto por cinco microrregiões (Almenara, Araçuaí, Capelinha, Diamantina e Pedra Azul). O local de estudo foi escolhido devido à sua relevância epidemiológica expressa em relatórios da SES/MG e também já enfatizada em outros trabalhos^(6,11-12).

Optou-se por analisar uma série de nove anos, pois se entende que esse constitui período de tempo relativamente longo, no qual as variações operacionais, que por ventura ocorreram, estariam diluídas, proporcionando condições para melhor aproximação da realidade da endemia, já que a confiabilidade dos resultados é diretamente proporcional ao número de casos e ao tempo⁽²⁾.

Como a hanseníase é doença de notificação compulsória e de investigação obrigatória em todo Brasil, foram utilizadas para coleta dos dados as fichas de notificação de hanseníase, disponíveis na Coordenadoria Estadual de Dermatologia Sanitária da SES/MG, do período de 1998 a 2006. Todos os casos analisados na pesquisa referem-se a sujeitos residentes no Vale do Jequitinhonha. Para o processamento e análise estatística dos dados, foi criado um banco de dados no *software* Epi-Info (versão 6.04b). Após a eliminação das inconsistências existentes nesse banco (duplo registro, erros de digitação etc.), obteve-se 1 461 notificações.

Para avaliação dos indicadores epidemiológicos e operacionais foram usados parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde⁽¹⁾. Foram feitas análises das forças de associação entre a presença e ausência de incapacidades físicas no momento do diagnóstico (grau 0/graus I e II) e as variáveis sexo, faixa etária, classificação operacional e forma de descoberta. Foram consideradas associações estatisticamente significativas aquelas em que o valor de *p* era menor que 0,05.

Cabe lembrar que as incapacidades físicas em hanseníase podem ser classificadas em grau 0, 1 ou 2, o que varia de acordo com o comprometimento

neural. Para o grau 0 classifica-se os pacientes que não têm qualquer tipo de incapacidade funcional; o grau 1 abrange aqueles que apresentam perda da sensibilidade protetora e o grau 2 os pacientes que, além da perda da sensibilidade, apresentam complicações tais como: úlceras tróficas, garras, reabsorções ósseas em mãos e/ou pés ou, ainda, lesões oculares diversas⁽¹⁾.

Para o cálculo da prevalência oculta utilizou-se metodologia proposta pela OPAS/OMS^(12,14).

RESULTADOS

Durante os nove anos do período de estudo foram notificados 1 461 casos novos de hanseníase no Vale do Jequitinhonha, sendo que 99,7% dos casos (n=1456) foram avaliados em relação ao grau de incapacidade física no momento do diagnóstico. A avaliação da incapacidade, medida capaz de estimar a transcendência da hanseníase, é considerada importante indicador de controle da doença e da capacidade operacional do serviço de saúde. Entre esses casos avaliados, 34,1% (n=496) foram diagnosticados com grau I de incapacidade física e 12,1% (n=176) como grau II.

Os resultados encontrados neste estudo estão resumidos na Tabela 1.

A distribuição dos casos, segundo sexo, demonstrou que 59,1% (n=397) dos casos eram do sexo masculino e esses possuem 1,38 vezes a prevalência de incapacidades físicas decorrentes da hanseníase em relação às mulheres ($p < 0,001$), conforme a Tabela 1.

Em relação à faixa etária, 96,9% dos notificados com grau de incapacidade física eram maiores de 15 anos, sendo que esses possuem 2,61 vezes a prevalência de incapacidades em relação aos menores de 15 anos (valor de $p < 0,001$).

Um indicador operacional relacionado à forma como o serviço de saúde se organiza para prestar a assistência de saúde em hanseníase é o modo de detecção de um caso novo, que pode ser classificado como detecção passiva ou ativa. A detecção passiva abrange os encaminhamentos e a demanda espontânea, já a busca ativa compreende o exame dos contatos do paciente e o de coletividades (escolas, presídios, quartéis etc.). Em relação ao modo de detecção dos casos com algum grau de incapacidade física, 62,6% (n=401) foram

diagnosticados por demanda espontânea; 27,9% (n=179) por encaminhamentos; 7,8% (n=50) por exames de contato e 1,7% (n=11) por exame de coletividade. A detecção passiva abrangeu 90,5% desses casos, porém, a associação entre essas formas de detecção com o desenvolvimento de incapacidade não foi estatisticamente significativo (valor de $p=0,457$).

Tabela 1 - Distribuição dos casos de hanseníase com incapacidades físicas no Vale do Jequitinhonha, segundo sexo, faixa etária, classificação operacional e forma de descoberta, estratificados pelo grau de incapacidades físicas. Período: 1998-2006

Variável	Grau 0		Graus I e II		RP *	p
	N	%	N	%		
Sexo						
Masculino	348	44,4	397	59,1	1,38	<0,001
Feminino	436	55,6	275	40,9		
Faixa etária						
0 a 14 anos	92	11,7	21	3,1	2,61	<0,001
≥15 anos	692	88,3	651	96,9		
Classificação operacional						
Paucibacilar	396	50,6	46	6,8	5,94	<0,001
Multibacilar	387	49,4	626	93,2		
Forma de descoberta						
Ativa	82	10,7	61	9,5	1,08	0,457
Passiva	683	89,3	580	90,5		

Fonte: Fichas de Notificação Hanseníase SES/MG
RP = razão de prevalências

Além de avaliar a detecção de novos casos, é importante analisar o contexto epidemiológico da doença através de outros indicadores que se referem à importância do problema e à velocidade de difusão da endemia. Um indicador que também se relaciona indiretamente com a expansão da doença é a distribuição por formas clínicas⁽²⁾. Dentre os casos com grau de incapacidade I e II, 93,2% (n=626) foram classificados como multibacilares (MB), sendo que esses possuem 5,94 vezes a prevalência de incapacidades físicas em relação aos paucibacilares (PB) (valor de $p<0,001$). A forma dimorfa, responsável por comprometimento neural extenso e intenso⁽¹⁾, foi diagnosticada em 59,5% (n=400) do total de casos com incapacidades físicas grau I e grau II, desses, 55,3% (n=221) no sexo masculino e 44,8% (n=179) no sexo feminino.

A situação vislumbrada no Vale do Jequitinhonha corrobora a existência de prevalência oculta, que é a medida dos casos não diagnosticados

existentes na população. Neste estudo, estimou-se que, de 2002 a 2006, 433 casos deixaram de ser diagnosticados ou não foram registrados na região.

Tabela 2 - Estimativa da prevalência oculta da hanseníase no Vale do Jequitinhonha - período de 1998 a 2006

Indicador	2002	2003	2004	2005	2006	Total
a) casos novos	131	192	161	196	201	881
b) avaliados	131	191	160	195	200	
c) incapacidades I e II	79	83	69	101	101	
d) % de incapacidades	60,3	43,5	43,1	51,8	50,5	
e) estimativa de casos não detectados	79	83	69	101	101	433

Fonte: Fichas de Notificação Hanseníase - SES/MG

DISCUSSÃO

Através do percentual de casos diagnosticados já com alguma incapacidade física decorrente da hanseníase, é possível avaliar tanto o componente operacional quanto o epidemiológico, visto que o diagnóstico tardio favorece a manutenção de fontes de infecção⁽¹⁴⁾.

No cenário deste estudo, esse percentual é muito elevado (46,2%), ao considerar que o Plano de Eliminação da Hanseníase prevê não apenas a diminuição da prevalência, mas também a prevenção e a minimização das incapacidades físicas geradas pela doença⁽⁶⁾.

O percentual de casos de hanseníase notificados com o grau II (12,1%) é considerado alto (e"10%), segundo os parâmetros do Ministério da Saúde⁽¹⁾. Em estudos semelhantes realizados em Minas Gerais, foram encontrados percentuais de 10,6% em Belo Horizonte⁽¹⁵⁾ e de 2,4% em Governador Valadares⁽¹⁶⁾, dois municípios considerados prioritários para o controle da endemia no Estado. Cabe ressaltar que, entre os menores de 15 anos, 18,6% (n=21) já apresentavam alguma incapacidade no momento do diagnóstico. Esse número é preocupante, visto que as repercussões negativas da hanseníase na vida do indivíduo poderão ser piores ao acometê-lo ainda na infância.

A maior ocorrência de incapacidades no sexo masculino pode estar relacionada ao menor acesso aos serviços de saúde já que esses oferecem mais programas voltados para a saúde da mulher, bem como a menor preocupação dos homens em relação ao corpo e à estética, o que propiciaria demora no diagnóstico⁽¹⁶⁾.

No estágio inicial da hanseníase não são evidenciados danos neurais significativos, entretanto, os profissionais de saúde devem estar atentos ao potencial incapacitante da doença, que é causado pelo comprometimento dos nervos periféricos. Assim, a forma ideal de prevenção das incapacidades físicas é o diagnóstico precoce.

Embora não tenham sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o modo de detecção e a presença de incapacidades, é preconizado pelo MS que, em situações de endemia, se intensifique a busca ativa dos casos, de forma que se realize o diagnóstico precoce evitando tanto os efeitos negativos da hanseníase sobre o indivíduo quanto o acúmulo de casos. Além disso, a busca ativa, através de vigilância de contatos, ou exame de coletividades, tem o objetivo de romper a cadeia de transmissão da doença, procurando, através de trabalho sistemático e organizado, identificar fontes de contágio e prevenir a contaminação de outras pessoas⁽¹⁻²⁾. É importante considerar que muitos dos casos que chegam aos serviços espontaneamente, na verdade, são casos que podem ser considerados como contatos de hanseníase que deixam de ser referidos por ocasião da notificação do caso-índice. Esse fato é comum principalmente em regiões endêmicas, em que o ideal seria considerar toda a população como contato de hanseníase, não cabendo a clássica diferenciação de contato intradomiciliar e extradomiciliar⁽¹⁶⁾. A vigilância de contatos se reveste de extrema importância, já que essa é o principal determinante para a incidência de um novo caso de hanseníase, causando, assim, implicações para o futuro controle endêmico da doença⁽³⁾.

Por outro lado, a menor proporção de casos detectados por exame de coletividades e de contatos sugere passividade dos serviços de saúde. Acredita-se que a baixa proporção de casos diagnosticados, através da busca ativa, seja indicativa de que os serviços de saúde locais não têm se mostrado atentos à relevância dessa forma de detecção dos casos de hanseníase.

O predomínio das formas clínicas multibacilares, entre os casos notificados com alguma incapacidade física, é mais um indicativo de que o diagnóstico tem ocorrido tardiamente, colaborando para a manutenção da cadeia de transmissão da doença, já que essas são consideradas as principais fontes de infecção da hanseníase⁽²⁾.

A prevalência oculta provavelmente está contribuindo para o surgimento de novos casos, além de gerar incapacidade e deformidades nos indivíduos residentes na região.

Dessa forma, o resultado encontrado sugere a ocorrência de diagnóstico tardio da doença no Vale do Jequitinhonha. Pelo fato de o grau de incapacidade estar associado à capacidade do serviço de prevenir as deformidades, esse indicador também é considerado relevante para avaliar a qualidade do programa de saúde⁽¹¹⁾.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste estudo evidenciam que o diagnóstico da hanseníase no Vale do Jequitinhonha está sendo tardio e sugerem a passividade dos serviços de saúde da região na implementação das estratégias de prevenção e controle da doença. Esses não estariam sendo capazes de captar e tratar todos os casos existentes na região, contribuindo para a manutenção das fontes de infecção e a continuidade do ciclo de transmissão. Isso aponta para a necessidade de intensificação das ações, principalmente atividades de sensibilização da comunidade e capacitação profissional, visando a eliminação da doença enquanto problema de saúde pública.

É preciso, entretanto, ressaltar que, além de prevenir a ocorrência de novos casos da doença, há outro grande desafio a ser enfrentado na prevenção do desenvolvimento/agravamento das incapacidades a fim de minimizar os impactos negativos da doença.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Guia para o controle da hanseníase. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
2. Lombardi C organizador. Hanseníase: epidemiologia e controle. São Paulo (SP): Imprensa Oficial do Estado / Arquivo do Estado; 1990.

3. Van Beers SM, Hatta M, Klatser PR. Patient contact is the major determinant in incident leprosy: implications for future control. *Int J Lepr* 1999; 67:119-28.
4. Visschedijk J, Van de Broek J, Eggens H, Lever P, Van Beers SM, Klatser P. Mycobacterium leprae – millennium resistant! Leprosy control on the threshold of a new era. *Trop Med Int Health* 2000; 5(6):388-99.

5. World Health Organization. *Wkly Epidemiol Rec* 2007; 82(25):225-32.
6. Secretaria de Estado da Saúde (MG). Encontro Estadual 2007 - Hanseníase: procurar para curar. Belo Horizonte (MG): Coordenadoria Estadual de Dermatologia Sanitária; 2007.
7. Kerr-Pontes LRS, Montenegro ACD, Barreto ML, Werneck GL, Feldmeier H. Inequality and leprosy in Northeast Brazil: an ecological study. *Int J Epidemiol* 2004; 33:262-9.
8. Waldman EA, Silva LJ, Monteiro CA. Trajetória das doenças infecciosas: da eliminação da poliomielite à reintrodução da cólera. *Informe Epidemiológico do SUS* 1999; 8(3): 5-47.
9. Dias MCFS, Dias GH, Nobre ML. Distribuição espacial da hanseníase no município de Mossoró/RN, utilizando o Sistema de Informação Geográfica - SIG. *An Bras Dermatologia* 2005; 80(Suppl 3):289-94.
10. Martins RB, Libânio JC. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil [CD-ROM]. ESM Consultoria; 2003.
11. Lana FCF, Amaral EP, Franco MS, Lanza FM. Detecção da Hanseníase no Vale do Jequitinhonha - Minas Gerais: redução da tendência epidemiológica ou problemas operacionais para o diagnóstico?. *Hansen Int* 2004; 29(2):118-23.
12. Lana FCF, Amaral EP, Franco MS, Lanza FM. Estimativa da prevalência oculta da hanseníase no Vale do Jequitinhonha - Minas Gerais. *REME* 2004; 8(2):295-300.
13. Duarte MTC, Ayres JA, Simonetti JP. Socioeconomic and demographic profile of leprosy carriers attended in nursing consultations. *Rev Latino-am Enfermag* 2007 set-out; 15(esp):774-9.
14. Suárez REG, Lombardi C. Estimado de prevalencia de lepra. *Hansen Int* 1997; 22(2):31-4.
15. Lana FCF, Lima RF, Araújo MG, Fonseca PTS. Situação epidemiológica da hanseníase no município de Belo Horizonte/MG - Período 92/97. *Hansen Int* 2000; 25(2):121-32.
16. Lana FCF, Velásquez-Meléndez JG, Branco AC, Malaquias LC, Teixeira S, Oliveira VA, Rosado V, Lanza FM. Transmissão e controle da hanseníase no município de Governador Valadares/MG - Período de 1990 a 2000. *Hansen Int* 2002; 27(2):83-92.