

Denise Ortiz Hering Fernandes^{1,2}
Susilene Maria Tonelli Nardi³
Stéfanie Ferreira Teles^{2,4}
Giovana Andrade Frederico⁵
Heloísa Cristina Quatrini Carvalho Passos Guimarães⁶
Mônica Antar Gamba²

Physical disabilities due to leprosy during drug treatment

Ocorrência das incapacidades físicas na hanseníase durante o tratamento medicamentoso

ABSTRACT | Introduction: *Leprosy is an important public health issue, it is part of a group of diseases seen as neglected. Preventing and monitoring physical disabilities of neglected leprosy patients is essential to improve their quality of life, to reduce their physical disability and to minimize their psychological distress and stigma. Objective:* Identifying the occurrence of physical disabilities in diagnosed patients and the discharge from treatment with leprosy drugs. **Method:** Cross-sectional study to analyze clinical and socio-demographic characteristics and physical disability levels of leprosy individuals treated in São Paulo City between 2008 and 2011, according to reports by the Health Surveillance. **Results:** In total, 130 individuals were identified, 52% were men, 46% were brown, 54.6% were employed, 36.9% had completed elementary school and 77.7% were under some sort of clinical therapy. Physical disability degrees identified during diagnosis were zero (46%), one (34%) and two (16%). Physical disabilities were significant among multibacillary patients ($p < 0.0001$) under follow-up in the primary care unit, i.e., in the unit lacking a multidisciplinary team ($p = 0.0215$) – this outcome appeared to be associated with elderlies ($p = 0.053$). **Conclusion:** Physical disabilities in leprosy cases are frequent at diagnosis time, even after treatment conclusion. Based on the results, rigorous control of information in the notification and monitoring sheets of patients at risk of developing physical disabilities due to leprosy is essential.

Keywords | Leprosy; Epidemiology, Disabled Persons; Public Health; Nursing.

RESUMO | Introdução: A hanseníase constitui um relevante problema de saúde pública, constituindo parte das doenças consideradas negligenciadas. Prevenir e monitorar as incapacidades físicas de pessoas acometidas pela hanseníase é essencial para promoção da qualidade de vida, redução de incapacidades e minimização do sofrimento psicológico e estigma dos acometidos. **Objetivo:** Identificar a ocorrência das incapacidades físicas no diagnóstico e na alta medicamentosa da hanseníase. **Método:** Estudo transversal que analisou as características clínicas, sociodemográficas e os graus de incapacidades físicas — os casos de hanseníase — num município, entre 2008 a 2011. **Resultados:** Foram identificadas 130 pessoas, sendo 52% do sexo masculino, 46% pardos, 54,6% ocupados, 36,9% com escolaridade até o ensino fundamental completo, 77,7% diagnosticados com formas clínicas transmissíveis. No diagnóstico, os graus de incapacidade física foram: zero (46%), um (34%) e dois (16%). As incapacidades físicas foram significativas entre multibacilares ($p < 0,0001$), quando são acompanhados na unidade básica de saúde, ou seja, na unidade sem equipe multidisciplinar ($p = 0,0215$) e parece estar associada em pessoas com mais idade ($p = 0,0543$). **Conclusão:** As incapacidades físicas são frequentes no diagnóstico e após a conclusão do tratamento apontando para necessidade de controle das informações contidas nas fichas de notificação e maior monitoramento nos pacientes com risco para desenvolver incapacidades.

Palavras-chave: Hanseníase; Epidemiologia; Pessoas com Deficiência; Saúde Pública; Enfermagem.

¹Centro de Dermatologia Sanitária do Estado de São Paulo. São Paulo/SP, Brasil.

²Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo/SP, Brasil.

³Instituto Adolfo Lutz. São José do Rio Preto/SP, Brasil.

⁴Universidade Federal do Acre. Cruzeiro do Sul/AC, Brasil.

⁵Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo/SP, Brasil.

⁶Instituto Lauro de Souza Lima. Bauru/SP, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A distribuição espacial da hanseníase no Brasil a caracteriza como um agravo endêmico, de alta magnitude correlacionada às condições climáticas, socioeconômicas e culturais, de acesso às informações e aos serviços de saúde. Constitui um relevante problema de saúde pública, fazendo parte das doenças tropicais consideradas negligenciadas (DTNs)¹.

Apesar de a endemia apresentar tendência de estabilização dos coeficientes de incidência no Brasil, no ano de 2017, a detecção de casos novos foi de 11,13/100.000 habitantes (hab.) com 22.940 casos novos, indicando que o país não atingiu o parâmetro de eliminação estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que estabelece menos de 10 casos para cada cem mil habitantes. A despeito dessa tendência, a incidência de hanseníase ainda se encontra em patamares elevados nas regiões Nordeste (17,73/100.000 hab.), Centro-Oeste (29,71/100.000 hab.), Norte (26,03/100.000 hab.), correspondendo a 84,40% dos casos detectados na população brasileira^{2,3}, e isso indica a necessidade de ações públicas de promoção à saúde, conscientização da população e dos profissionais da saúde, com o controle e prevenção da hanseníase.

O Brasil responde por mais de 92,3% dos casos de hanseníase no continente americano e se mantém como o segundo país em número absoluto de casos detectados, superado apenas pela Índia⁴.

A hanseníase é uma doença infecciosa potencialmente incapacitante, causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae*, parasita intracelular obrigatório, que tem tropismo pelos nervos periféricos, especialmente as células de Schwann, atingindo desde as terminações da derme aos troncos nervosos. Esse comprometimento neural é responsável pelas incapacidades físicas (IF) que podem surgir antes do diagnóstico, durante o tratamento e, ou após a alta medicamentosa⁵.

A OMS classifica a incapacidade física por grau: zero (grau 0) para os pacientes sem deficiência em olhos, mãos e ou pés; Grau um (grau 1) para os pacientes que apresentam perda da sensibilidade protetora e diminuição da força muscular em olhos, mãos e ou pés; e, Grau dois (grau 2) quando há deformidades visíveis em olhos, mãos e ou pés. Os olhos, mãos e pés são avaliados, totalizando a avaliação de seis locais. O grau máximo é registrado como o Grau de Incapacidade Física (GIF) do paciente no diagnóstico e/ou na alta⁶.

O GIF é um indicador epidemiológico que colabora na verificação da precocidade do diagnóstico, na análise da melhora e piora do quadro clínico, em especial quando se compara o GIF no início do tratamento e na alta medicamentosa. No caso de piora, pressupõe falhas no acompanhamento da pessoa no serviço de saúde^{5,6}.

A avaliação neurológica simplificada que intenciona prevenir incapacidades físicas resultantes da hanseníase é realizada por meio do diagnóstico e do tratamento precoce, assim como no monitoramento e manejo adequado dos episódios de neuropatia e reações hansênicas^{5,6}.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁷, cabe à Atenção Básica (AB), onde os casos de hanseníase devem ser tratados e acompanhados prioritariamente, coordenar e ordenar os cuidados à saúde na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Para tanto, a implementação e consolidação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Estratégia Saúde da Família (ESF) proporciona a maior vinculação dos usuários ao serviço, facilita o acesso face ao território adstrito e, conseqüentemente, proporciona maior adesão e resolutividade aos cuidados e tratamentos⁸.

Para a redução e controle dos casos de hanseníase, o alcance da cura e a prevenção de incapacidades, faz-se necessária a atuação integrada e engajada dos profissionais da UBS com as Unidades Especializadas. Implementar a educação continuada dos profissionais e a educação em saúde da comunidade, avaliação clínica, tratamento e monitoramento dos casos novos e dos que receberam alta medicamentosa é imprescindível⁶.

Assim, para elucidar essa questão, o estudo teve como objetivo identificar a ocorrência das incapacidades físicas no diagnóstico e na alta do tratamento medicamentoso para a hanseníase, analisando os possíveis fatores sociodemográficos e clínicos interferentes.

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo descritivo do tipo transversal. Na pesquisa foram incluídos todos os casos com o diagnóstico confirmado de hanseníase e notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) registrados pela Supervisão de Vigilância em Saúde (SUVIS) do Distrito Regional de Saúde, localizado no Município de São Paulo/

SP, no período de 02 de janeiro de 2008 a 30 de dezembro de 2011. A coleta dos dados foi realizada após anuência da Coordenadoria de Saúde Sudeste da Secretaria Municipal de Saúde e disponibilização do banco de dados do SINAN/NET/Hanseníase/SP, pela SUVIS do Distrito do Jabaquara.

A coleta foi realizada de junho de 2014 a fevereiro de 2015, motivada pela presença e experiência profissional da pesquisadora principal, no setor de Vigilância Epidemiológica, em uma Unidade de Referência para tratamento de hanseníase, em que notava alterações no GIF nas pessoas no momento do diagnóstico médico à alta medicamentosa, trazendo o interesse em compreender os fatores que poderiam ocasionar o desenvolvimento das IF's. Nesse período, o Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) do município de São Paulo notificou muitos casos decorrentes da hanseníase, fomentando interesse nessa investigação.

Foram excluídos da pesquisa os casos de erro diagnóstico, óbitos, abandonos de tratamento e transferências, além dos casos com anotações incompletas, letra ilegível em fichas do SINAN impressas e falta de anotações das variáveis de interesse nos prontuários e no sistema.

Foram identificadas variáveis sociodemográficas como gênero, idade, escolaridade, cor/raça, ocupação formal ou informal e segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), área de atuação profissional, unidade de atendimento, a região de domicílio e a distância entre o domicílio e o serviço de saúde. Assumiu o ponto de corte de 8 Km, pois as pesquisadoras consideraram que é uma distância razoável para que a pessoa seja capaz de chegar até a unidade de saúde sem necessitar de condução. Acrescido, foi estabelecida esta distância com base em alguns estudos que realizaram a ferramenta de geoprocessamento, porém ainda sem consenso. Distância acima desta, torna necessário condução e indica que provavelmente a pessoa, não é atendida na unidade mais próxima de domicílio, estratégia para o cuidado integral e longitudinal, com fluxo de referência e contrarreferência na Rede de Atenção à Saúde⁹.

As características clínicas identificadas foram: forma clínica, classificação operacional, número de lesões, quantidade de nervos afetados e número de episódios reacionais e resultado da baciloscopia ao diagnóstico.

Para a coleta dos dados, o GIF, as datas do diagnóstico e da alta medicamentosa também foram consideradas. Consideraram-se para análise sem deficiências/incapacidades, os casos

que apresentaram Grau zero e, com deficiências, os casos que apresentavam Grau 1 e 2. Considerou-se como não agravamento/inalterado GIF zero no diagnóstico e não evoluiu para G1 ou G2, ou que se manteve no mesmo grau ao longo do tratamento e na alta medicamentosa; e considerado como agravamento caso de pessoa com GIF zero ou G1 no diagnóstico e que durante o tratamento evoluiu para G1 e G2, respectivamente. A melhora do quadro foi considerada quando houve GIF maior no diagnóstico e menor na alta medicamentosa.

Os dados categóricos e ordinais foram apresentados com frequência absoluta e relativa. Por não haver nenhuma variável com distribuição normal dos seus dados, optou-se por utilizar estatísticas não paramétricas nas análises inferenciais, e considerou resultado significante valores de $p < 0,05$.

Os dados foram inseridos em planilha *Excel* e analisados no *EPI INFO 7*. O teste de Mann-Whitney e o Fisher-s test foram utilizados para o teste de hipóteses e análise das variáveis.

O estudo seguiu as premissas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, sob o parecer de nº 422.689, de 04 de outubro de 2013.

Os resultados apresentados neste artigo compõem a dissertação de mestrado intitulada: "Ocorrência de incapacidades físicas em hanseníase: uma análise epidemiológica".

RESULTADOS |

Esta investigação permitiu reconhecer 130 pessoas com o diagnóstico de hanseníase identificadas pela notificação compulsória, acompanhadas em UBS e Unidade de Referência/Especializada para o tratamento da doença, no período de quatro anos e que nos registros continham os seus respectivos GIF.

Predominou o sexo masculino (51,5%), e pardos (46,9%). A média de idade foi de 43,4 (DP 19,4). Dentre todos os casos analisados, 36,9% tinham o ensino fundamental completo, e 54,6% exerciam alguma atividade profissional. Quanto ao atendimento, a maior parte foi atendida na Unidade Especializada (55,4%) e na UBS (43,8%), sendo que a maioria residia a mais de 8 km de distância entre domicílio e unidade de saúde (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas de pessoas com diagnóstico de hanseníase e incapacidades físicas, São Paulo/SP, Brasil, 2008-2011

Variáveis (N=130)	N	%
GÊNERO		
Masculino	67	51,5
Feminino	63	48,5
IDADE		
< 15 anos	8	6,1
≥ 15 e <60	96	73,9
≥ 60	26	20,0
ESCOLARIDADE		
Analfabetos (≤um ano de estudo)	7	5,4
Ensino fundamental	41	31,5
Ensino médio (incompleto e completo)	40	30,8
Superior (incompleto e completo)	22	16,9
Ignorado	20	15,4
COR/RAÇA		
Parda	61	46,9
Branca	48	36,9
Negra	8	6,2
Ignorado	13	10,0
UNIDADE DE ATENDIMENTO		
Unidade de Referência/Especializada**	72	55,4
Unidade Básica de Saúde*	57	43,8
Ignorado	1	0,8
OCUPAÇÃO		
Com trabalho formal	71	54,6
Sem trabalho formal	41	31,6
Não informado	18	13,8
ÁREA DE ATUAÇÃO (CBO)		
Construção civil	57	43,9
Serviços gerais	12	9,2
Vendas e prestação de serviços comerciais	6	4,6
Outros***	25	19,2
Não informado	30	23,1
DISTÂNCIA ENTRE O DOMICÍLIO DO USUÁRIO E UBS		
Até 8 km	8	6,2
>8 km	121	93,1
Ignorado	1	0,8
REGIÃO DE DOMICÍLIO		
Norte	44	33,8
Sul	8	6,2
Leste	16	12,3
Oeste	11	8,5
Centro	19	14,6
Centro-sul	20	15,4
Ignorado	12	9,2

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. SMS-SP.

*Centro de Saúde (Vila Mariana). **Ambulatório de Especialidades, distrito zona sul de São Paulo. *** Áreas: transversal, ciências biológicas e da saúde, ciências jurídicas, técnicas físicas, químicas e afins, indústrias, escriturária, mecânica, produção pecuária, eletrônica, atendimento ao público, professores.

Tabela 2 - Características clínicas, laboratoriais e terapêutica medicamentosa de pessoas diagnosticadas com hanseníase: São Paulo/SP, Brasil, 2008-2011

Variáveis (N=130)	N	%
FORMA CLÍNICA		
Dimorfa	57	43,8
Virchowiana	44	33,8
Indeterminada	15	11,6
Tuberculoide	13	10,0
Ignorada	1	0,8
CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL		
Multibacilar	97	74,6
Paucibacilar	31	23,9
Ignorado	2	1,5
Nº LESÕES NA PELE		
Até 5	55	42,3
Mais de 5	71	54,6
Ignorado	4	3,1
NERVOS AFETADOS		
Até 3 nervos	72	55,4
Mais de 3 nervos	32	24,6
Ignorado	26	20,0
EPISÓDIO REACIONAL		
Um	29	22,3
Dois	12	9,2
Três	3	2,3
Quatro	83	63,9
Ignorado	3	2,3
ESQUEMA TERAPÊUTICO		
PQT/MB/12 doses	98	75,4
PQT/PB/6 doses	28	21,5
Esquema alternativo	4	3,1
BACIOSCOPIA		
Negativa	70	53,8
Positiva	41	31,6
Não realizada	19	14,6

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. SMS-SP.

Apresentam-se características clínicas, laboratoriais e terapêutica medicamentosa na Tabela 2. Apresenta-se o GIF no diagnóstico e na alta medicamentosa (Tabela 3).

A análise estatística possibilitou identificar que pessoas com as formas multibacilares (\geq que 5 lesões) da hanseníase (valor-p=0,0028) estiveram mais propensas à ocorrência de incapacidades físicas. As pessoas com mais idade parecem apresentar mais deficiências quando comparadas às mais novas (valor-p=0,054) (Tabela 4).

Obeve-se diferença estatística significativa entre características sociodemográficas e tipo de unidade de atendimento, com o GIF no diagnóstico e na alta, conforme apresentado na Tabela 5.

Tabela 3 - Distribuição das categorias de indicação de GIF durante o tratamento da hanseníase no diagnóstico e na alta medicamentosa, São Paulo/SP, Brasil, 2008-2011

Grau de incapacidade físicas	Diagnóstico		Alta	
	N	%	N	%
Grau 0	60	46,2	61	46,9
Grau 1	45	34,6	34	26,2
Grau 2	25	19,2	25	19,2
Não avaliados	-	-	10	7,7
Comparação entre o GIF apresentado no diagnóstico e na alta medicamentosa				
	N	%		
Melhora	26	20,0		
Inalterado	66	50,8		
Piora	28	21,5		
Não avaliados	10	7,7		

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. SMS-SP.

Tabela 4 - Distribuição das variáveis clínicas e incapacidades físicas por hanseníase, São Paulo/SP, Brasil, 2008-2011

	Sem incapacidades		Com incapacidades (Graus 1 e 2)		p-valor
	N	%	N	%	
Nº de lesões (N=103)					
< 5 lesões (n=45)	30	58,8	15	28,8	0,002*
≥ 5 lesões (n=58)	21	41,2	37	71,2	
Nº Doses Supervisionadas (N=127)					
PQT/PB/ até 6 doses (n= 42)	24	41,4	18	26,1	0,088*
PQT/MB/12 doses ou mais (n=85)	34	58,6	51	73,9	
Episódio reacional (N=113)					
De 01 a 02 episódios (n=36)	14	12,4	22	19,5	0,420*
De 03 a 04 episódios (n=77)	37	32,7	40	35,4	
Nervos Afetados (N= 78)					
De 01 a 03 nervos	21	70,0	25	52,1	0,157*
De 04 ou mais	9	30,0	23	47,9	
Idade (N=130)					
	mediana 38 anos (moda 29 anos)		mediana 46,5 (moda 61 anos)		0,054**

*Fisher-s test. ** Mann- Whitney.

Tabela 5 - Análise das características sociodemográficas e de unidade de atendimento, com os graus de incapacidades físicas por hanseníase no momento do diagnóstico e na alta medicamentosa, São Paulo/SP, Brasil, 2008-2011

	Sem incapacidades		Com incapacidades (Graus 1 e 2)		p-valor
	n	%	n	%	
Gênero (N= 130)					
Masculino	40	58,0	27	44,3	0,1594*
Feminino	29	42,0	34	55,7	
Cor/raça (N=120)					
Branca ou Amarela	26	40,6	25	44,6	0,7131*
Negra ou Parda	38	59,4	31	55,4	
Escolaridade (N=111)					
Baixa escolaridade	24	39,3	18	36,0	0,8433*
Alta escolaridade	37	60,7	32	64,0	
Unidade de Atendimento (N=130)					
Unidade Básica de Saúde (UBS)	37	43,8	41	56,2	0,0215*
Unidade de Referência/Especializada	32	64,9	20	35,1	

*Fisher-s test.

DISCUSSÃO |

A avaliação clínica na atenção básica tem sido um desafio para os profissionais da área da saúde. Essa ação é ainda mais importante na análise das doenças negligenciadas, como a hanseníase, pelo alto impacto epidemiológico produzida¹⁰.

Resultados semelhantes ao presente estudo são encontrados na literatura científica quanto às características sociais, demográficas e clínicas e de classificação operacional predominantes entre as pessoas acometidas pelo *Mycobacterium leprae*, em diferentes regiões brasileiras¹⁰.

Embora o tratamento da hanseníase seja realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) com medicações gratuitas, muitas pessoas apresentam sequelas incapacitantes, mesmo após o término do tratamento medicamentoso¹¹.

A maior idade aponta para pessoas mais propensas à incapacidade física, quando comparadas com faixas etárias inferiores, especialmente em locais mais vulneráveis. Estudo internacional, desenvolvido em país com precárias condições sociais/sanitárias/saúde/vida¹², apresentou resultados nesse sentido, ainda mais alarmantes, indicando que as pessoas jovens foram diagnosticadas tardiamente, culminando em cronicidade importante e no maior comprometimento das terminações neurais, por vezes irreversíveis, apesar de abordagem adequada. O diagnóstico precoce e oportuno dos casos suspeitos e contatos e o monitoramento intensivo em qualquer faixa etária são fundamentais. Indicam-se maiores investigações para elucidação desses resultados.

A cor/raça mais prevalente das pessoas se assemelha à dos estudos de base populacional, que demonstram a maior proporção de pardos, em função da miscigenação da população brasileira^{13,14}.

Quanto à escolaridade dos participantes da pesquisa, os resultados são semelhantes aos de outros estudos, os quais apontam que 30,0% dos investigados possuem menos de oito anos de estudo, ou seja, maior probabilidade de ocorrência de hanseníase em pessoas de menor escolaridade^{15,16}.

Um estudo verificou que as informações sobre a ocupação dos pacientes raramente são preenchidas nos formulários¹⁵, e quando é descrita pelos dados do SINAN, é categorizada em consonância com a CBO e não com as informações

referidas pelo paciente, carecendo, portanto, de melhores evidências a este respeito. O destaque para essa variável se dá quando a doença assola os jovens em fase produtiva, no auge de suas potencialidades laborais e com a ocorrência das incapacidades agrava ainda mais as disparidades sociais entre os acometidos pela doença.

A maioria das pessoas que informou a ocupação exercia algum tipo de atividade na construção civil (57%), um percentual considerável, o que pode potencializar o risco de acidentes e complicações neuromotoras, podendo agravar as incapacidades funcionais e agravar o grau de dependência física e psíquica. Outros autores apontam esse aspecto desvelando o prejuízo à vida social, familiar e econômica dessa população^{16,17,18,19}.

Esse enfoque pode merecer atenção porque os trabalhadores da construção civil, área de expansão imobiliária, conferem um aumento na concentração de pessoas que vivem em habitações coletivas, precárias, sem ventilação adequada, fatores que podem elevar risco da transmissão da doença^{13,14}.

As buscas por tratamentos em locais mais distantes de suas residências são ressaltadas em estudos sobre a temática, indicando que pessoas com hanseníase percorrem um itinerário terapêutico longo, muitas vezes transitando por muitos serviços de saúde até a efetivação do diagnóstico e início do tratamento adequado^{20,21,22}.

Importante marcador de avaliação para o tratamento da hanseníase é o local de moradia, e neste estudo, a maior parte da população investigada reside na região norte da cidade de São Paulo e foram atendidos na unidade especializada, localizada na região sul do município, distante a mais de oito quilômetros da unidade de saúde. Esse resultado pode ter influência de diversos aspectos, tais como o preconceito e estigma que assolam as pessoas em tratamento, e assim o desejo deles de não serem identificados por pessoas próximas, enfrentando obstáculos geográficos e financeiros para manter a invisibilidade e o acompanhamento à saúde²⁰.

Outra possível justificativa para o deslocamento considerável entre o local de domicílio e o serviço de saúde é a falta de qualificação dermatológica dos profissionais da AB para detectar precocemente os sinais da hanseníase. As Unidades Básicas tendem a ser próximas aos domicílios, facilitando assim a acessibilidade e o acesso da população

e devem ser capazes de monitorar e realizar os cuidados e a prevenção de incapacidades físicas para o tratamento^{20,21}.

Diante desses resultados e de estudos semelhantes, apontam-se a possibilidade de que profissionais, especialmente da atenção básica não estejam capacitados ou seguros para fazer o diagnóstico e o acompanhamento dos casos, o que requer referência dos casos para as especialidades clínicas de outros serviços^{20,21,22,23}.

O maior percentual de pessoas com incapacidades, se comparado com o de sem incapacidades, assemelha-se a estudos^{24,25}, que identificaram maior associação entre a forma clínica multibacilar, isso porque é transmissível, com tendência a elevar o risco de reações hansênicas e comprometimentos neurais. Os episódios reacionais são a principal causa de lesões nos nervos e a gênese das incapacidades provocadas pela hanseníase^{19,24,26}. Observaram-se com grande frequência, episódios reacionais após a alta medicamentosa, justificando-se o acompanhamento dessas pessoas após a alta por cura^{19,25}.

Neste estudo, 59% dos pacientes tiveram até três nervos afetados, e 67,4% apresentaram quatro ou mais episódios reacionais. Salienta-se que todas as pessoas em tratamento para hanseníase devem ser acompanhadas, minimamente a cada trimestre, por avaliação neurológica simplificada para detecção de neurites silenciosas ou de perdas funcionais por dano neural^{5,19,25} porque o diagnóstico precoce e a terapia específica para cada episódio reacional são de grande importância para a prevenção das incapacidades físicas.

É consenso que o GIF zero no início do tratamento, é sinalizador de diagnóstico oportuno e representa ausência de incapacidade⁵. A avaliação e a prevenção de incapacidades não podem ser ações dissociadas do tratamento poliquimioterápico, assim como o preenchimento correto da ficha de notificação do SINAN, já que essas ações mostram uma parcela da magnitude do controle e monitoramento de casos da hanseníase.

A piora das incapacidades atingiu 21,5% e, em metade dos casos avaliados, o quadro permaneceu inalterado. Tais resultados são preocupantes visto que, as pessoas apesar de serem acompanhadas em serviços de saúde, não melhoraram sua incapacidade e ainda pioraram. Estudo em municípios do interior de São Paulo, que alcançaram meta de eliminação da hanseníase²⁵ também identificou predomínio na manutenção

do GIF, contudo obteve maior porcentagem de pessoas com agravamento das incapacidades.

Estudos sobre fatores preditivos de incapacidades em hanseníase apresentam concordância e demonstram que as intervenções não medicamentosas, provavelmente mais frequentes na unidade especializada, contribuem para a não evolução do GIF, assim como a utilização das técnicas de prevenção que devem ser realizadas periodicamente, incluindo cuidados com a pele, monitoramento neural, orientações, exercícios e adaptação de órteses, quando necessários^{22,25,26}.

A atuação multi/interdisciplinar, composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, dentre outros, é fundamental para todo o processo terapêutico; e quanto mais capacitadas forem as equipes, melhor será o atendimento à população e melhor o controle da doença^{5,22}.

As ações desenvolvidas pelo enfermeiro devem ser destaque e não se limitar àquelas preconizadas em protocolos. A integração entre outros membros da equipe, fomentada muitas vezes pelo enfermeiro, colabora na adoção de atenção e cuidados desde o diagnóstico até a recuperação do paciente/usuário²⁷.

Apesar de apresentar limitações dos desenhos transversais realizados com base em dados secundários, obtidos por sistema de informações epidemiológica, principalmente no que tange à não eficácia do preenchimento do impresso preconizados nacionalmente, estudo aponta para a necessidade de um maior critério no controle da avaliação do grau de incapacidade física, monitoramento, adoção de prevenção de incapacidades, principalmente no final do tratamento e na alta por cura.

A não identificação de avaliação do GIF (7,7%) na alta pode indicar a possibilidade de que o paciente não tenha sido avaliado ou orientado adequadamente em relação à prevenção e às manifestações das incapacidades, em especial no pós-alta, ou representar a ausência do GIF nos registros nos serviços de saúde investigados.

A utilização do protocolo de avaliação simplificada das funções neurais e complicações em todas as pessoas com hanseníase e o registro do GIF da OMS são recomendados como indicadores importantes para o planejamento das ações de prevenção de incapacidades²⁸. Em razão disso, é

necessária uma abordagem diferencial para a padronização dos procedimentos para coletar e transcrever os resultados, com adoção de treinamento e acompanhamento dos profissionais da saúde nessa atividade.

A enfermagem historicamente assume o cuidado das pessoas, da famílias e da coletividade, desde a promoção até a reabilitação da saúde. Porém, com a hierarquização das ações e o aumento das especialidades na área da saúde, possibilita ao enfermeiro assumir diferentes papéis no gerenciamento dos serviços de saúde. A ampliação das ações e competências do enfermeiro pode influenciar na atenção direta a população.

Com isso, é necessário que o enfermeiro, como agente educador e gestor do cuidado, consiga conciliar ações gerenciais e assistenciais com o olhar para a promoção da saúde e prevenção de agravos e complicações, por meio da educação em saúde, orientando os usuários e equipes para o conhecimento da doença, promovendo reflexões e desmitificando tabus; a prevenção de incapacidade físicas, o autocuidado e a preservação da função motora são essenciais durante e após o tratamento para hanseníase^{26,29,30}.

Este estudo permite apontar a lacuna no que tange à avaliação do grau de incapacidades físicas dos pacientes e na prevenção destas, demonstrando a necessidade de investigação, monitoramento e análise das manifestações emocionais e físicas entre eles, que até hoje mantém indicadores de importante magnitude no cenário nacional.

Importante se faz desvelar o que de fato se observa na prática clínica que é a manutenção das sequelas ocasionadas pela hanseníase e, que perpetuam o estigma que assola a pessoa.

CONCLUSÃO

As incapacidades físicas foram frequentes desde o diagnóstico até a alta medicamentosa, e metade dos pacientes avaliados manteve o quadro de incapacidade inalterado. As incapacidades estiveram significativamente mais presentes nas pessoas de maior idade e nas formas multibacilares da hanseníase.

A estabilização ou melhora do GIF foi diferente entre a unidade de referência e a unidade geral. A presença da equipe multiprofissional pareceu exercer influência para a prevenção de deformidades.

A pesquisa contribui para alertar os profissionais de saúde para a importância de atuar na prevenção e no monitoramento da incapacidade física em pessoas acometidas pela hanseníase, considerada um indicador de avaliação da qualidade da assistência, e suscitar assim maior atenção dos profissionais da área da saúde no cuidado a esse grupo.

REFERÊNCIAS |

1. Organização Mundial da Saúde [Internet]. Neglected tropical diseases [acesso em 25 maio 2019]; 35(91):405-20. Disponível em: URL: <http://www.searo.who.int/entity/vector_borne_tropical_diseases/en/>.
2. Organização Mundial da Saúde [Internet]. Global leprosy strategy (2016-2020): accelerating towards a leprosy free world [acesso em 01 ago 2016]. Disponível em: URL: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/am/10665/250119/5/9789290225256-Eng.pdf?ua=17>>.
3. Departamento de Informática do SUS [Internet]. Acompanhamento da hanseníase: Brasil 2017 [acesso em 10 jun 2019]. Disponível em: URL: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/hanseníase/cnv/hanswuf.def>>
4. Organização Mundial da Saúde. Global leprosy update, 2017: reducing the disease burden due to leprosy. WER [Internet]. 2018 [acesso em 10 jun 2019]; 93(35):445-56. Disponível em: URL: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274289/WER9335.pdf>>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de prevenção de incapacidades: 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
7. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União; 22 set 2017.

8. Fausto MCR, Rizzoto MLF, Giovanella L, Seidl H, Bousquat A, Almeida PF, et al. O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Saúde Debate* [Internet]. 2018 [acesso em 12 jun 2019]; 42(nº esp.1):12-4. Disponível em: URL: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s101>>.
9. Sousa GS, Silva RLF, Xavier MB. Atributos da atenção primária em saúde no controle da hanseníase: ótica do enfermeiro. *Rev Baiana Enferm* [Internet]. 2017 [acesso em 12 jun 2019]; 31(1):e17251. Disponível em: URL:<<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/17251/14067>>
10. Pinheiro MGC, Miranda FAN, Simpson CA, Vitor AF, Lira ALB. Limitações e incapacidades físicas no pós-alta em hanseníase: uma revisão integrativa. *Rev Baiana Enferm* [Internet]. 2016 [acesso em 26 jan 2019]; 30(2):1-11. Disponível em: URL:<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/15669/pdf_59>.
11. Leite SCC, Sampaio CA, Caldeira AP. Como ferrugem em lata velha: o discurso do estigma de pacientes institucionalizados em decorrência da hanseníase. *Physis* [Internet]. 2015 [acesso em 26 jan 2019]; 25(1):121-38. Disponível em: URL: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000100008>>.
12. Shumet T, Demissie M, Bekele Y. Prevalence of disability and associated factors among registered leprosy patients in all Africa tb and leprosy rehabilitation and training centre (ALERT), Addis Ababa, Ethiopia. *Ethiop J Health Sci* [Internet]. 2015 [acesso em 14 abr 2019]; 25(4):313-20. Disponível em: URL: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4762969/>>.
13. Silva MS, Silva EP, Monteiro FF, Teles SF. Perfil clínico epidemiológico da hanseníase no estado do Acre: estudo retrospectivo. *Hansen Int* [Internet]. 2014 [acesso em 24 ago 2017]; 39(2):19-26. Disponível em: URL:<http://www.ilsl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=12345>.
14. Sarmiento APA. Perfil epidemiológico da hanseníase no período de 2009 a 2013 no município de Montes Claros (MG). *Rev Soc Bras Clin Méd.* [Internet]. 2015 [acesso em 24 ago 2017]; 13(3):180-4. Disponível em: URL: <<http://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/152>>.
15. Uchôa REMN. Clinical profile and physical disabilities in patients with leprosy. *Rev Enferm UFPE online* [Internet]. 2017 [acesso em 20 jan 2017]; 11(3):1464-72. Disponível em: URL: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13990>>.
16. Nardi SMT, Ikehara E, Pedro HSP, Paschoal VDA. Characterization of the profession/occupation of individuals affected by leprosy and the relationship with limitations in professional activities. *Indian J Lepr* [Internet]. 2012 [acesso em 03 ago 2016]; 84:1-8. Disponível em: URL: <[http://www.ijl.org.in/2012/jan-mar/1_Nardi_et_al_\(original\).pdf](http://www.ijl.org.in/2012/jan-mar/1_Nardi_et_al_(original).pdf)>
17. Brakel WH, van Sihombing B, Djarir H, Beise K, Kusumawardhani L, et al. Disability in people affected by leprosy: the role of impairment, activity, social participation, stigma and discrimination. *Glob Health Action* [Internet]. 2012 [acesso em 03 ago 2016]; 5:18394. Disponível em: URL: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3402069/?tool=pubmed>>.
18. Lusli M, Marjolein BMZ, Miranda-Galarza B, Peters RMH, Cummings S, Seda FSSE, et al. Dealing with stigma: experiences of persons affected by disabilities and leprosy. *Bio Med Res Int* [Internet]. 2015 [acesso em 20 maio 2017]; 2015(261329):1-9. Disponível em: URL: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4413953/pdf/BMRI2015-261329.pdf>>.
19. Queiroz TA, Carvalho FPB, Simpson CA, Fernandes ACL, Figueiredo DLA, Knackfuss MI. Clinical and epidemiological profile of patients with leprosy-related reactions. *Rev Gaúcha Enferm.* (Online) [Internet]. 2015 [acesso em 20 maio 2017]; 36(nº esp):185-91. Disponível em: URL:<<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.57405>>.
20. Martins PV, Iriart JAB. Itinerários terapêuticos de pacientes com diagnóstico de hanseníase em Salvador, Bahia. *Physis* [Internet]. 2014 [acesso em 04 jun 2019]; 24(1):273-89. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000100273>.
21. Aquino CMF, Rocha EPAA, Guerra MCG, Coriolano MWL, Vasconcelos EMR, Alencar EN. Peregrinação (via crucis) até o diagnóstico da hanseníase. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2015 [acesso em 14 apr 2019]; 23(2):185-190.

- Disponível em: URL: <<http://dx.doi.org/10.12957/ruerj.2015.12581>>.
22. Carneiro DF, Silva MMB, Palmeira IP, Matos EVM, Ferreira MR. Itinerários terapêuticos em busca do diagnóstico e tratamento da hanseníase. Ver Baiana Enferm [Internet]. 2017 [acesso em 14 abr 2019]; 31(2):e17541. Disponível em: URL: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/17541/1458>>.
23. Vieira NF, Lana FCF, Rodrigues RN, Niitsuma ENA, Lanza FM. Evaluation of primary attention: a comparative between global performance and leprosy actions. ReCOM [Internet]. 2019 [acesso em 10 jun 2019]; 9. Disponível em: URL: <<http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2896/2069>>.
24. Silva JSR, IP Palmeira, Sá AMM, Nogueira LMV, Ferreira AMR. Variáveis clínicas associadas ao grau de incapacidade física na hanseníase. Ver Cuid [Internet]. 2019 [acesso em 26 jan 2019]; 10(1):e618. Disponível em: URL: <<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.618>>.
25. Vieira CSCA, Mariano MLL, Silva EM. Prevalência de deficiências após alta medicamentosa em municípios que atingem meta de eliminação. Hansen Int [Internet]. 2016 [acesso em 11 abr 2019]; 41(1-2):46-54. Disponível em: URL: <http://www.ilsl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=12778#>.
26. Oliveira SB, Ribeiro MDA, Silva JC, Silva LN. Avaliação do nível de informação sobre hanseníase de profissionais da estratégia saúde da família. Rev Pesq Saúde [Internet]. 2016 [acesso em 11 mar 2019]; 41(1-2):46-54. Disponível em: URL: <<http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/8747/5901>>.
27. Faria CRS, Fregonesi CEPT, Corazza DAG, Andrade DM, Mantovani NADT, Silva JR, et al. Grau de incapacidade física de portadores de hanseníase: estudo de coorte retrospectivo. Arq Ciên Saúde (online) [Internet]. 2015 [acesso em 31 ago 2017]; 22(4):58-62. Disponível em: URL: <<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/122/132>>.
28. Souza CDF, Fernandes TRM, Matos TS, Ribeiro Filho JM, Almeida GKA, Lima JCB, et al. Physical disability degree in the elderly population affected by leprosy in the state of Bahia, Brazil. Acta Fisiatr [Internet]. 2017 [acesso em 26 jan 2019]; 24(1):27-32. Disponível em: URL: <http://www.actafisiatr.org.br/detalhe_artigo.asp?id=663>.
29. Carvalho FPB, Miranda FAN, Simpson CA, Queiroz TA, Isoldi DMR. The context of the care of the nursing professional for people with leprosy in family health strategy. J Res: Fundam Care online [Internet]. 2015 [acesso em 26 jan 2019]; 7(Supl.):189-99. Disponível em: URL: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750949019_2.pdf>
30. Rodrigues FF, Calou CGP, Leandro TA, Antezana FJ, Pinheiro AKB, Silva BP, et al. Knowledge and practice of the nurse about leprosy: actions of control and elimination. Rev Bras Enferm [Internet]. [acesso em 26 jan 2019]; 68(2):297-304. Disponível em: URL: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680216i>>.

Correspondência para/Reprint request to:

Giovana Andrade Frederico

Avenida Portugal, 723 apto.101,

Santo André/SP, Brasil.

CEP: 09040-011

E-mail: giovanaafrederico@gmail.com

Recebido em: 24/05/2018

Aceito em: 01/08/2019