

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE:**  
**INFECTOLOGIA E MEDICINA TROPICAL**

**AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADES FÍSICAS E TRANSTORNOS**  
**PSICOSSOCIAIS EM PACIENTES COM HANSENÍASE EM**  
**CENTRO DE REFERÊNCIA DE MINAS GERAIS**

**SILVIA HELENA LYON DE MOURA**

**Belo Horizonte**  
**2010**

SILVIA HELENA LYON DE MOURA

AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADES FÍSICAS E TRANSTORNOS  
PSICOSSOCIAIS EM PACIENTES COM HANSENÍASE EM  
CENTRO DE REFERÊNCIA DE MINAS GERAIS

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Medicina.

Orientador: Professor Doutor Manoel Otávio da Costa Rocha

Coorientadora: Dra. Maria Aparecida de Faria Grossi

Belo Horizonte

2010

M865 a Moura, Silvia Helena Lyon

Avaliação de incapacidades físicas e transtornos psicossociais em pacientes com hanseníase em Centro de Referência de Minas Gerais / Silvia Helena Lyon de Moura. Belo Horizonte, 2010.

196 Fls.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical). Escola de Medicina da UFMG.

Orientador: Manoel Otávio da Costa Rocha

1. Hanseníase. 2. Incapacidades. 3. Qualidade de vida. I Rocha, Manoel Otávio da Costa. II. Título.



FACULDADE DE MEDICINA  
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO  
Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533  
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100  
Fone: (031) 34099640 FAX: (31) 34099641



ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de **SILVIA HELENA LYON DE MOURA**, nº de registro 2009658390. Às treze horas e trinta minutos do dia vinte do mês de dezembro de dois mil e dez, reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG, a Comissão Examinadora de dissertação indicada pelo Colegiado do Programa, para julgar o trabalho final intitulado: **“AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADES FÍSICAS E TRANSTORNOS PSICOSSOCIAIS EM PACIENTES COM HANSENÍASE EM CENTRO DE REFERÊNCIA DE MINAS GERAIS”**, requisito final para a obtenção do grau de mestre em Medicina, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical. Abrindo a sessão, o Presidente da Comissão, Prof. Manoel Otávio da Costa Rocha, após dar a conhecer aos presentes o teor das normas regulamentares do trabalho final, passou a palavra à candidata, para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Prof. Manoel Otávio da Costa Rocha/Orientador	Intituição: UFMG	Indicação: <u>aprovada.</u>
Profa. Maria Aparecida de Faria Grossi/ Coorientadora	Intituição: Ministério da Saúde	Indicação: <u>aprovada</u>
Profa. Mariângela Carneiro	Intituição: UFMG	Indicação: <u>aprovada</u>
Profa. Rozana Castorina da Silva	Intituição: FASEH	Indicação: <u>aprovada</u>

Pelas indicações, a candidata foi considerada: aprovada.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pelo Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 20 de dezembro de 2010.

Prof. Manoel Otávio da Costa Rocha Manoel Otávio da Costa Rocha  
 Profa. Mariângela Carneiro Mariângela Carneiro  
 Profa. Rozana Castorina da Silva Rozana Castorina da Silva  
 Profa. Maria Aparecida de Faria Grossi Maria Aparecida de Faria Grossi  
 Prof. Vandack Alencar Nobre Junior/Coordenador Vandack Alencar Nobre Jr.

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical Faculdade de Medicina - UFMG

**CONFERE COM O ORIGINAL**  
Centro de Pós-Graduação



FACULDADE DE MEDICINA  
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO  
Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533  
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100  
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640



## DECLARAÇÃO

Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos professores doutores: Manoel Otávio da Costa Rocha, Mariângela Carneiro, Rozana Castorina da Silva e Maria Aparecida de Faria Grossi, aprovou a defesa de dissertação intitulada: **“AVALIAÇÃO E INCAPACIDADES FÍSICAS E TRANSTORNOS PSICOSSOCIAIS EM PACIENTES COM HANSENÍASE EM CENTRO DE REFERÊNCIA DE MINAS GERAIS”** apresentada pela mestrandia **SILVIA HELENA LYON DE MOURA** para obtenção do título de Mestre em Medicina, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em 20 de dezembro de 2010.

Prof. Manoel Otávio da Costa Rocha  
Orientador

Prof. Mariângela Carneiro

Prof. Rozana Castorina da Silva

Prof. Maria Aparecida de Faria Grossi

# **UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

## **Reitor**

Prof. Clélio Campolina Diniz

## **Vice-Reitora**

Profa. Rocksane de Carvalho Norton

## **Pró-Reitor de Pós-Graduação**

Prof. Ricardo Santiago Gomez

## **Pró-Reitor de Pesquisa**

Prof. Renato de Lima dos Santos

## **FACULDADE DE MEDICINA**

### **Diretor da Faculdade de Medicina**

Prof. Francisco José Penna

### **Vice-Diretor da Faculdade de Medicina**

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

### **Coordenador do Centro de Pós-Graduação**

Prof. Manoel Otávio da Costa Rocha

### **Subcoordenadora do Centro de Pós-Graduação**

Profa. Teresa Cristina de Abreu Ferrari

### **Chefe do Departamento de Clínica Médica**

Profa. Anelise Impelziere Nogueira

### **Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical**

Prof. Vandack Alencar Nobre Jr.

**Sub-coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde:  
Infectologia e Medicina Tropical**

Prof. Manoel Otávio da Costa Rocha

**Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde  
Infectologia e Medicina Tropical**

Prof. Vandack Alencar Nobre Jr

Prof. Manoel Otávio da Costa Rocha

Prof. Antônio Luiz Pinho Ribeiro

Prof. José Roberto Lambertucci

Prof. Ricardo de Amorim Corrêa

Stella Sala Soares Lima – Representante Discente

Aos meus pais, Angelina e Marcos, por todo carinho e apoio.

Aos meus irmãos, Ana e Luís, por serem sempre dignos de admiração.

Ao Hebert, por todo amor e companheirismo e à sua família, por ser tão especial.

Aos meus amigos, pelo carinho e alegria.

A Deus e à espiritualidade, por estarem presentes em todos os momentos.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Professor Manoel Otávio, querido amigo, pela orientação, disponibilidade, dedicação e conhecimento e por ser um exemplo de pessoa e profissional, que me estimula a querer ser cada vez melhor.

Ao Professor Vandack, por esta grande oportunidade e pela dedicação e compromisso com o Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical.

.

À Dra. Maria Aparecida de Faria Grossi, por me indicar o caminho a ser trilhado neste trabalho.

À Dra. Sandra Lyon, tia querida, por todo estímulo e confiança em mim e por ser um exemplo de dedicação aos pacientes e ao ensino.

À Linda Faye Lehman, por ser sempre tão prestativa e me auxiliar muito na adaptação das escalas e questionários utilizados neste trabalho.

Ao Dr. Win Van Brakel, por disponibilizar artigos e escalas para este trabalho.

À equipe do Ambulatório de Dermatologia do Hospital Eduardo de Menezes: à Dra. Dagmar Toledo Lyon, Aliene Cristina Gomes, Evany Dulcinéia dos Santos, Juliana Abreu, Soraya Diniz Gonçalves, Isabel Cristina Saad das Chagas, Luiz Fernando Diniz França, Cláudia Márcia de Paula, Maria da Conceição Mundim e

demais funcionários do Hospital Eduardo de Menezes, pelo auxílio na execução deste estudo.

Às bolsistas de iniciação científica da FAPEMIG, Carolina Alágia de Almeida e Stephanie Pimenta Salgado, pela colaboração no levantamento e coleta dos dados.

Aos colegas médicos preceptores da Residência Médica em Dermatologia do Hospital Eduardo de Menezes, médicos residentes e estagiários em Dermatologia pela colaboração na seleção dos pacientes.

À Luciana Paione de Carvalho, pelo compromisso na condução e bom andamento do Ambulatório de Dermatologia do Hospital Eduardo de Menezes.

À Raquel Gontijo Fernandes, do Núcleo de Ensino e Pesquisa do Hospital Eduardo de Menezes, pelo apoio dado ao Serviço de Dermatologia do Centro de Referência Macro Regional em Hanseníase e Estadual em Dermatologia Sanitária.

A Felipe Batista Lima Barbosa, por toda a ajuda na confecção do banco de dados e cálculo do tamanho amostral.

A José Luiz Padilha da Silva, Paulo Cerqueira dos Santos Jr. e Rodrigo Citton Padilha dos Reis, pelo apoio técnico na análise estatística dos dados.

À Maria de Lourdes Azevedo Pereira Estefani, pela dedicação à revisão e normalização do texto.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical, por todo o conhecimento transmitido, e aos amigos que fiz durante o mestrado - Aline, Lílian, Renata, Thais e Stanley.

À Cíntia da Silva Maciel, Danielle Souza de Oliveira, Jussara Magalhães, Maricrislei Rocha Torres e Valéria Aparecida dos Santos Cabral Solar, funcionárias da Pós-Graduação, pela atenção e apoio.

Aos funcionários do Serviço de Arquivo Médico do Hospital Eduardo de Menezes, em especial Sueli Régio, pela disponibilidade em conceder o acesso aos prontuários do pacientes.

À Maria Helena Azevedo, Eliana de Aguiar Santos e Maryane de Cássia Ribeiro Brandão, recepcionistas do Ambulatório de Dermatologia do Hospital Eduardo de Menezes, responsáveis pelo bom acolhimento dos pacientes.

À Administração do Hospital Eduardo de Menezes: Paulo Sérgio Dias Araújo, Tânia Maria Marcial, Patrícia Sette Câmara e Maria Luiza Silveira, pelo empenho na melhoria da atenção à saúde pública.

Aos pacientes, razão deste trabalho, por toda a disponibilidade.

*“As palavras **purifiquem os leprosos** terão no futuro o mesmo significado que tiveram nos dias de Jesus, quando Ele as pronunciou. Numa paráfrase ampliada, talvez elas possam ser expressas assim: ‘ Procurem os excluídos, os desprivilegiados, e todos aqueles que sofrem por causas de atitudes da sociedade. Ajudem-nos a se manterem sobre suas próprias pernas e tragam-nos de volta à sociedade que os desprezou e os lançou no ostracismo.’”*

*Stanley George Browne, 2003.*

## RESUMO

Trata-se de um estudo epidemiológico, de natureza descritiva, do tipo transversal, envolvendo pacientes com hanseníase ao diagnóstico. O estudo propôs descrever as características sócio-demográficas, clínicas e os domínios físicos e psicossociais de casos novos de hanseníase atendidos no Centro de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, no período de janeiro de 2009 a outubro de 2010. Foram avaliados 56 pacientes com o Grau de Incapacidade, escore Olho-Mão-Pé (escore OMP), Protocolo Resumido de Incapacidades adaptado (PRIa), escalas SALSA, *Green Pastures*, de Participação, de Estigma Jacoby, questionário sobre Discriminação e escala de Avaliação de Depressão de Hamilton. A porcentagem de 58,9% de casos novos de hanseníase apresentou grau de incapacidade 1 ou 2 ao diagnóstico e 61% dos casos, escore OMP maior que 0; 46,5% apresentaram algum grau de limitação de atividade pela escala SALSA e 48,2%, pela escala *Green Pastures*; 30,2% possuíam algum grau de restrição na participação social; 32,1% de positividade na escala de Estigma Jacoby; e 58,9%, na escala de depressão de Hamilton; 25% dos casos novos sofreram alguma situação de discriminação. O Grau de Incapacidade juntamente com o escore OMP devem ser utilizados na rotina de atendimentos para a avaliação de incapacidades físicas de pacientes com hanseníase. Para pacientes moradores da zona urbana e rural, a escala *Green Pastures* é uma alternativa à escala SALSA para avaliação de limitações nas atividades diárias das pessoas com hanseníase. A escala de Participação apresentou associação com o escore OMP na avaliação da participação social dos pacientes com hanseníase. As escalas de Estigma Jacoby e de Avaliação de Depressão de Hamilton não apresentaram associação significativa com o Grau de Incapacidade e escore OMP. Propõe-se, a partir deste trabalho, a implementação de programas de reabilitação e reinserção social de pacientes com hanseníase a partir dos dados obtidos dos formulários de avaliação de incapacidades físicas e transtornos psicossociais.

Palavras-chave: hanseníase, *Mycobacterium leprae*, avaliação de incapacidades, CIF, atividades de vida diária, depressão, qualidade de vida.

## ABSTRACT

This is an epidemiological study, descriptive, cross-sectional involving patients with leprosy at diagnosis. The study aimed to describe the socio-demographic, clinical, physical and psychosocial domains of new leprosy cases treated at the Reference Center in Sanitary Dermatology Hospital Eduardo de Menezes - Hospital Foundation of Minas Gerais - FHEMIG, Belo Horizonte from January 2009 to October 2010. We evaluated 56 patients with Impairment Grade (IG) score Eye-Hand-Foot (score EHF), an adapted version of Impairment Summary Form (ISFa), SALSA, Green Pastures Activity, Participation and Stigma Jacoby scales, Discrimination questionnaire and Hamilton Rating Scale for Depression. The percentage of 58.9% of new leprosy cases had WHO-IG 1 or 2 at diagnosis and 61%, positivity in EHF score, 46.5% showed some degree of limitation of activity by the SALSA scale and 48.2% by the Green Pastures scale, 30.2% had restriction in social participation, 32.1% had positivity Stigma Jacoby scale, 58.9% in the Hamilton Rating Scale for Depression and 25% of new cases have experienced a situation of discrimination. The Impairment Grade with the score EHF should be used in routine care for the physical disability evaluation of patients with leprosy. For patients living in the urban and rural areas, the scale Green Pastures is an alternative to the SALSA scale for assessment of limitations in daily activities of people with leprosy. The scale of participation was associated with the EHF score in the evaluation of social participation of patients with leprosy. Stigma Jacoby and Hamilton Depression Rating scales were not significantly associated with the Impairment Degree and score EHF. It is proposed from this work the implementation of rehabilitation programs and the social reintegration of leprosy patients from the data obtained from the evaluation forms of physical disability and psychosocial disorders

Key-words: leprosy, *Mycobacterium leprae*, disability evaluation, IFC, dayling life activities, depression, quality of life.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Grau de Incapacidade .....	<b>48</b>
<b>Figura 2</b> - Protocolo Resumido de Incapacidades.....	<b>52</b>
<b>Figura 3</b> - Regiões de Planejamento de Minas Gerais.....	<b>74</b>
<b>Figura 4</b> - Tabela de Snellen.....	<b>80</b>
<b>Figura 5</b> - Escala de Daniels.....	<b>81</b>
<b>Figura 6</b> - Divisão da mão para avaliação de perda óssea.....	<b>83</b>
<b>Figura 7</b> - Divisão do pé para avaliação de perda óssea.....	<b>85</b>
<b>Figura 8</b> - Frequência de <b>alteração no nariz segundo o Protocolo Resumido de Incapacidades adaptado</b> , de casos novos de hanseníase atendidos no Centro de Referência em Dermatologia Sanitária, do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, janeiro de 2009 a outubro de 2010.....	<b>99</b>
<b>Figura 9</b> - Frequência de <b>alterações no olho segundo o Protocolo Resumido de Incapacidades adaptado</b> , de casos novos de hanseníase atendidos no Centro de Referência em Dermatologia Sanitária, do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, janeiro de 2009 a outubro de 2010.....	<b>100</b>
<b>Figura 10</b> - Frequência de <b>alteração nas mãos segundo o Protocolo Resumido de Incapacidades adaptado</b> , de casos novos de hanseníase atendidos no Centro de Referência em Dermatologia Sanitária, do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, janeiro de 2009 a outubro de 2010.....	<b>102</b>
<b>Figura 11</b> - Frequência de <b>alteração nos pés segundo o Protocolo Resumido de Incapacidades adaptado</b> , de casos novos de hanseníase atendidos no Centro de Referência em Dermatologia Sanitária, do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, janeiro de 2009 a outubro de 2010.....	<b>104</b>
<b>Figura 12</b> - Frequência de <b>respostas afirmativas às questões sobre discriminação</b> dos casos novos de hanseníase atendidos no Centro de Referência em Dermatologia Sanitária, do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, janeiro de 2009 a outubro de 2010.....	<b>107</b>
<b>Figura 13</b> - Curva ROC - Comparação da equivalência entre os instrumentos de avaliação de incapacidade física: Grau de Incapacidade e escore OMP.....	<b>109</b>
<b>Figura 14</b> - Curva ROC - Comparação da equivalência entre os instrumentos de avaliação de incapacidade física, SALSA e <i>Green Pastures</i> , considerando como padrão o Grau de Incapacidade.....	<b>110</b>

## LISTA DE TABELAS

<p><b>Tabela 1</b> - Distribuição de frequências das características <b>sócio-demográficas</b> de 56 casos novos de hanseníase atendidos no Centro de Referência em Dermatologia Sanitária, do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, janeiro de 2009 a outubro de 2010.....</p>	<b>92</b>
<p><b>Tabela 2</b> - Frequência das características <b>sócio-demográficas, segundo o gênero</b>, de 56 casos novos de hanseníase atendidos no Centro de Referência em Dermatologia Sanitária, do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, janeiro de 2009 a outubro de 2010.....</p>	<b>94</b>
<p><b>Tabela 3</b> - Distribuição de frequências das características <b>clínicas</b> dos 56 casos novos de hanseníase atendidos no Centro de Referência em Dermatologia Sanitária, do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, janeiro de 2009 a outubro de 2010.....</p>	<b>96</b>
<p><b>Tabela 4</b> - Distribuição de frequências das características <b>relacionadas às incapacidades físicas</b> dos 56 casos novos de hanseníase atendidos no Centro de Referência em Dermatologia Sanitária, do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, janeiro de 2009 a outubro de 2010.....</p>	<b>97</b>
<p><b>Tabela 5</b> - Distribuição de frequências das características relacionadas aos <b>transtornos psicossociais</b> dos 56 casos novos de hanseníase atendidos no Centro de Referência em Dermatologia Sanitária, do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, janeiro de 2009 a outubro de 2010.....</p>	<b>104</b>
<p><b>Tabela 6</b> - Frequência dos <b>domínios físicos e psicossociais, segundo o gênero</b>, de 56 casos novos de hanseníase atendidos no Centro de Referência em Dermatologia Sanitária, do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, janeiro de 2009 a outubro de 2010.....</p>	<b>105</b>
<p><b>Tabela 7</b> - Tabela de contingência comparando os <b>domínios físicos e psicossociais</b> de 56 casos novos de hanseníase atendidos no Centro de Referência em Dermatologia Sanitária, do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, janeiro de 2009 a outubro de 2010.....</p>	<b>108</b>

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
D	Dimorfa
DD	Dimorfa-Dimorfa
DECs	Descritores em Ciências da Saúde
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DT	Dimorfa-Tuberculóide
DV	Dimorfa-Virchowiana
EHF	<i>Eye-Hand-Foot</i>
ELISA	<i>Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay</i>
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
GI	Grau de incapacidade
Hab.	Habitantes
HEM	Hospital Eduardo de Menezes
I	Indeterminada
IB	Índice Baciloscópico
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILEP	Federação Internacional de Associações Anti-Hanseníase
LILACs	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MB	Multibacilar
MESH	<i>Medical Subject Headings</i>
<i>M. leprae</i>	<i>Mycobacterium leprae</i>
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PB	Paucibacilar
PCR	Reação de Cadeia de Polimerase
PNCH	Programa Nacional de Controle da Hanseníase
PNEH	Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase

PQT	Poliquimioterapia
PQT/MB	Poliquimioterapia para multibacilares
PQT/PB	Poliquimioterapia para paucibacilares
PRia	Protocolo Resumido de Incapacidades adaptado
QV	Qualidade de Vida
SALSA	<i>Screening of Activity Limitation &amp; Safety Awareness</i>
SINAN	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SPSS	Statistical Package for the Social Science
SVS-SAS	Secretaria de Vigilância em Saúde – Secretaria de Atenção à Saúde
T	Tuberculóide
TT	Tuberculóide polar
TTS	Tuberculóide subpolar
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
V	Virchowiana
VV	Virchowiano polar
WHO	<i>World Health Organization</i>
WHO-SEARO	Escritório Regional do Sudeste da Ásia da Organização Mundial da Saúde
WHOQOL-bref	<i>World Health Organization Quality of Life Assessment</i> abreviado

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>21</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>24</b>
<b>2.1 HANSENÍASE.....</b>	<b>24</b>
<b>2.1.1 Histórico .....</b>	<b>24</b>
<b>2.1.2 Fatores de infecção e transmissão.....</b>	<b>25</b>
<b>2.1.3 Etiologia.....</b>	<b>27</b>
<b>2.1.4 Epidemiologia.....</b>	<b>27</b>
2.1.4.1 Perfil Epidemiológico dos pacientes com hanseníase.....	<b>29</b>
2.1.4.1.1 <u>Gênero</u> .....	29
2.1.4.1.2 <u>Idade</u> .....	30
2.1.4.1.3 <u>Raça/cor</u> .....	31
2.1.4.1.4 <u>Estado civil</u> .....	32
2.1.4.1.5 <u>Procedência</u> .....	32
2.1.4.1.6 <u>Escolaridade</u> .....	34
2.1.4.1.7 <u>Ocupação</u> .....	36
2.1.4.2 Perfil clínico dos pacientes com hanseníase.....	37
2.1.4.2.1 <u>Modo de detecção</u> .....	37
2.1.4.2.2 <u>Data do início dos sinais/sintomas</u> .....	38
2.1.4.2.3 <u>Número de lesões cutâneas</u> .....	39
2.1.4.2.4 <u>Baciloscopia</u> .....	39
2.1.4.2.5 <u>Classificação</u> .....	40
2.1.4.2.6 <u>Forma clínica</u> .....	41
2.1.4.2.7 <u>Esquema terapêutico</u> .....	41
2.1.4.2.8 <u>Episódios reacionais</u> .....	42
<b>2.1.5 Diagnóstico.....</b>	<b>44</b>
<b>2.1.6 Classificação.....</b>	<b>45</b>
<b>2.1.7 Tratamento.....</b>	<b>46</b>
<b>2.1.8 Incapacidades na hanseníase.....</b>	<b>48</b>
2.1.8.1 Instrumentos de avaliação de incapacidades físicas.....	50
2.1.8.1.1 <u>Grau de incapacidade</u> .....	50

2.1.8.1.2 <u>Escore OMP (Olho-Mão-Pé)</u> .....	51
2.1.8.1.3 <u>Protocolo Resumido de Incapacidades adaptado (PRla)</u> .....	51
2.1.8.1.4 <u>SALSA (Screening of Activity Limitation and Safety Awareness – Triagem de Limitação de Atividade e Consciência de Risco)</u> .....	53
2.1.8.1.5 <u>Escala de Atividade Green Pastures</u> .....	56
<b>2.2 QUALIDADE DE VIDA</b> .....	<b>57</b>
<b>2.2.1 O estigma</b> .....	<b>59</b>
<b>2.2.2 O estigma e a hanseníase</b> .....	<b>60</b>
<b>2.2.3 A importância de se mensurar a qualidade de vida</b> .....	<b>61</b>
<b>2.2.4 Instrumentos de avaliação de transtornos psicossociais</b> .....	<b>61</b>
2.2.4.1 Escala de Participação.....	62
2.2.4.2 Escala de Estigma Jacoby.....	63
2.2.4.3 Questionário sobre discriminação.....	64
2.2.4.4 Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton.....	65
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	<b>67</b>
<b>3.1 OBJETIVO GERAL</b> .....	<b>67</b>
<b>3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> .....	<b>67</b>
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>69</b>
<b>4.1 TIPO DE ESTUDO</b> .....	<b>69</b>
<b>4.2 PACIENTES</b> .....	<b>69</b>
<b>4.2.1 População estudada</b> .....	<b>69</b>
<b>4.2.2 Cálculo do tamanho amostral</b> .....	<b>70</b>
<b>4.2.3 Critérios de inclusão</b> .....	<b>70</b>
<b>4.2.4 Critérios de exclusão</b> .....	<b>70</b>
<b>4.3 MÉTODOS</b> .....	<b>71</b>
<b>4.3.1 Instrumentos para coleta de dados</b> .....	<b>71</b>
<b>4.3.2 Procedimento de coleta de dados</b> .....	<b>72</b>
<b>4.3.3 Fonte de informação</b> .....	<b>72</b>
<b>4.3.4 Variáveis</b> .....	<b>73</b>
4.3.4.1 Variáveis sócio-demográficas.....	73

4.3.4.2 Variáveis clínicas.....	76
4.3.4.3 Variáveis relacionadas às incapacidades físicas.....	78
4.3.4.4 Variáveis relacionadas aos transtornos psicossociais.....	87
<b>4.4 ANÁLISE DE DADOS.....</b>	<b>88</b>
<b>4.4.1 Testes estatísticos.....</b>	<b>88</b>
4.4.1.1 Teste Qui-quadrado de Pearson.....	88
4.1.1.2 Teste Exato de Fisher.....	88
4.1.1.3 Curva ROC (Receiver Operating Characteristic).....	89
<b>4.5 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA</b>	<b>89</b>
<b>4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS</b>	<b>90</b>
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>91</b>
<b>5.1 ANÁLISE DESCRITIVA E EXPLORATÓRIA DOS DADOS.....</b>	<b>91</b>
5.1.1 Distribuição sócio-demográfica.....	91
5.1.2 Distribuição clínica.....	95
5.1.3 Distribuição das características relacionadas às incapacidades físicas e transtornos psicossociais.....	96
<b>5.2 ANÁLISE UNIVARIADA ENTRE AS VARIÁVEIS DOS DOMÍNIOS FÍSICO E PSICOSSOCIAL.....</b>	<b>108</b>
<b>5.3 ANÁLISE COM A CURVA ROC (RECEIVER OPERATING CHARACTERISTIC).....</b>	<b>109</b>
<b>6 DISCUSSÃO.....</b>	<b>111</b>
<b>6.1 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DA POPULAÇÃO ESTUDADA.....</b>	<b>111</b>
6.1.1 Gênero.....	111
6.1.2 Idade.....	112
6.1.3 Raça/cor.....	113
6.1.4 Estado civil.....	113
6.1.5 Procedência.....	114
6.1.6 Escolaridade.....	114
6.1.7 Ocupação.....	115
<b>6.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA POULAÇÃO ESTUDADA....</b>	<b>116</b>

<b>6.2.1 Modo de detecção.....</b>	<b>116</b>
<b>6.2.2 Número de lesões cutâneas e classificação operacional.....</b>	<b>117</b>
<b>6.2.3 Baciloscopia.....</b>	<b>118</b>
<b>6.2.4 Forma clínica</b>	<b>118</b>
<b>6.3 FATORES ASSOCIADOS AOS DOMÍNIOS FÍSICO E PSICOSSOCIAL.....</b>	<b>118</b>
<b>6.4 ASSOCIAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS DOS DOMÍNIOS FÍSICO E PSICOSSOCIAL.....</b>	<b>123</b>
<b>7 CONCLUSÕES.....</b>	<b>126</b>
<b>8 PROPOSIÇÕES.....</b>	<b>127</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>128</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>143</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>144</b>
<b>ANEXO 1: PORTARIA Nº 3.125, DE 7 DE OUTUBRO DE 2010.....</b>	<b>144</b>
<b>ANEXO 2: GRAU DE INCAPACIDADE E ESCORE OLHO-MÃO-PÉ.....</b>	<b>179</b>
<b>ANEXO 3: PROTOCOLO RESUMIDO DE INCAPACIDADES ADAPTADO.....</b>	<b>180</b>
<b>ANEXO 4: SALSA (SCREENING OF ACTIVITY LIMITATION AND SAFETY AWARENESS – TRIAGEM DE LIMITAÇÃO DE ATIVIDADE E CONSCIÊNCIA DE RISCO) .....</b>	<b>182</b>
<b>ANEXO 5: ESCALA DE ATIVIDADE <i>GREEN PASTURES</i>.....</b>	<b>183</b>
<b>ANEXO 6: ESCALA DE PARTICIPAÇÃO.....</b>	<b>184</b>
<b>ANEXO 7: ESCALA DE ESTIGMA JACOBY.....</b>	<b>186</b>
<b>ANEXO 8: QUESTIONÁRIO SOBRE DISCRIMINAÇÃO.....</b>	<b>187</b>
<b>ANEXO 9: ESCALA DE AVALIAÇÃO PARA DEPRESSÃO HAMILTON.....</b>	<b>188</b>
<b>ANEXO 10: SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO - FICHA DE NOTIFICAÇÃO.....</b>	<b>190</b>
<b>ANEXO 11: APROVAÇÃO DO ESTUDO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL EDUARDO DE MENEZES – FHEMIG..</b>	<b>191</b>
<b>ANEXO 12: APROVAÇÃO DO ESTUDO PELO CENTRO DE PÓS-</b>	<b>194</b>

<b>GRADUAÇÃO DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG.....</b>	
<b>ANEXO 13: APROVAÇÃO DO ESTUDO PELO DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA DA UFMG.....</b>	<b>195</b>
<b>ANEXO 14: APROVAÇÃO DO ESTUDO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFMG.....</b>	<b>196</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa, crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*) que se manifesta por sinais e sintomas dermatoneurológicos: lesões de pele e nervos periféricos, principalmente de olhos, mãos e pés (BRASIL, 2002).

A preferência do *M. leprae* pelo acometimento de nervos periféricos pode gerar alterações motoras e sensoriais com impactos significativos do ponto de vista físico, social e econômico (ANDRADE, 1996; BRITTON, LOCKWOOD, 2004).

A hanseníase constitui um processo crônico de natureza incapacitante, com reconhecido estigma, o que faz com que pessoas por ela acometidas apresentem necessidades marcantes com vistas à reabilitação ao longo de suas vidas (LOCKWOOD, SUNEETHA, 2005; WHO, 2008).

As incapacidades e deformidades podem acarretar inúmeros problemas, tais como a diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e alterações psicológicas, agravadas pelo estigma contra a doença ao longo da história (GROSSI, 1985; 1987).

As incapacidades na hanseníase podem ser físicas, psicológicas e sociais, mas reconhece-se que as físicas podem contribuir decisivamente para a ocorrência das demais, sendo a grande responsável pela manutenção do estigma que acompanha a hanseníase (REES, YOUNG, 1985; LOMBARDI *et al.*, 1990).

A partir de 1960, a Organização Mundial da Saúde - OMS preconizou o uso de um esquema de classificação de incapacidades para a hanseníase, o grau de incapacidade (GI-OMS) (WHO, 1960; BRANDSMA *et al.*, 2004). Posteriormente, duas outras versões desse sistema de classificação foram publicadas (WHO, 1979, 1988) objetivando facilitar as atividades operacionais (BRANDSMA *et al.*, 2003).

A escala atualmente preconizada pela OMS é simplificada em três graus (0, 1 e 2). O grau de incapacidade é empregado como indicador epidemiológico para avaliação do programa de controle da hanseníase; ademais, ele permite avaliar a precocidade de diagnóstico e monitorar o acompanhamento do paciente durante o curso do tratamento (BRASIL, 2001).

Sabe-se que grande parte das incapacidades ocorre por falha dos programas de controle de hanseníase, no que se refere ao diagnóstico e tratamentos adequados. A presença de incapacidades, no momento do diagnóstico, pode indicar diagnóstico tardio e, conseqüentemente, controle ineficaz da doença, pois as incapacidades só se desenvolvem mais tardiamente. (RAPOSO *et al.*, 2009).

As incapacidades físicas e as deformidades representam características das mais evidenciadas dentre os fatores determinantes do estigma associado à doença (RAPOSO, 2005).

A hanseníase causa, pois, grande impacto na vida dos pacientes. Assim, nos últimos anos, têm sido desenvolvidos instrumentos para aferir, de forma objetiva, a qualidade de vida de pessoas portadoras de doenças crônicas, entre as quais, a hanseníase. Questões como deficiência, limitação de atividade e restrição na participação social são fundamentais e devem ser consideradas. Essas dimensões estão definidas na Classificação Internacional de

Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como componentes fundamentais do estado de saúde de uma pessoa (NOORDEEN, 1985; ARAÚJO, 2003).

Nesse contexto, o objetivo deste estudo foi caracterizar e interrelacionar a incapacidade física, limitação de atividade, restrição à participação social, estigma, discriminação e transtornos psicossociais em pessoas com hanseníase no momento do diagnóstico.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 HANSENÍASE

A hanseníase, doença infecciosa causada pelo *Mycobacterium leprae*, compromete locais como a pele, mucosas e sistema nervoso periférico. A gravidade da doença não é só avaliada pelo número de doentes existentes, ou pela sua contagiosidade, mas também pelas incapacidades que produz, pelos problemas psicossociais e pela longa duração do tratamento (NARDI *et al.*, 2006).

A hanseníase constitui uma das endemias mais antigas de que se tem notícia, tendo sido relatados casos desde os tempos bíblicos, com o nome de lepra, como era conhecida antigamente. A importância médico-social da hanseníase endêmica, e de sua abordagem, não se limita apenas à detecção de casos, devendo ser considerado ainda o alto potencial incapacitante da doença, que pode interferir no trabalho e na vida social, acarretando perdas econômicas e traumas psicológicos (OPAS, 1995).

#### 2.1.1 Histórico

A hanseníase é conhecida desde os tempos bíblicos como lepra e sua existência é referida na Índia em 1500 a.C. Na China, há relatos muito antigos sobre essa doença em tratados médicos que datam de 2698 a 2598 a.C.. Fliess sugere a possibilidade de a doença ter se originado na Índia e, de lá, ter seguido

para o leste, gerando focos na China e Japão (FLIESS, 1999). O Império Persa, pelo contato de seus soldados com a doença na Índia, acabou levando a hanseníase para a Grécia, em 480 a.C. A partir de 300 a.C., as tropas de Alexandre, o Grande, trouxeram soldados contaminados que disseminaram a doença por toda a Europa. Os colonizadores espanhóis e portugueses, além de escravos africanos, representaram importante papel na disseminação da doença nas Américas (OPROMOLLA, 2000).

No Brasil, os primeiros registros da doença datam de 1696, na cidade do Rio de Janeiro, onde foi criado o primeiro “Lazareto” (OPROMOLLA, 2000; GALVAN, 2003).

Em Minas Gerais, como em outros estados do Brasil, no início do século passado, adotou-se a política do isolamento compulsório dos doentes em asilos-colônia, já que não existia tratamento para a doença (OPROMOLLA, 2002) conforme consta no regulamento de 1920 do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Nessa época, o isolamento era considerado o único método sanitário eficaz para o controle de transmissão da doença (CAVALIERE, 2008).

A política de isolamento compulsório foi abolida oficialmente em 1962, mas acabou de fato em 1986. Algumas dessas instituições, remanescentes da política de isolamento, apesar de não serem mais colônias, foram mantidas para abrigo de ex-pacientes e suas famílias, muitos sem casa e sem condições de trabalho (CAVALIERE, GRYNSPAN, 2008).

### **2.1.2 Fatores de infecção e transmissão**

O homem é considerado o único reservatório natural do bacilo de Hansen. Foi relatada a presença de animais silvestres naturalmente infectados, como

tatus, chimpanzés e macacos, embora esses animais não pareçam desempenhar papel importante na cadeia de transmissão (VISSCHEDIJK *et al.*, 2000). Tatus infectados podem ter algum papel na transmissão da hanseníase, disseminando bacilos no meio ambiente, tornando mais difícil a interrupção da cadeia de transmissão e redução do número de casos novos da doença. A técnica de ELISA (*Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay*) é eficiente método para a investigação soroepidemiológica da presença do *M. leprae* em tatus. (DEPS, 2008).

Os pacientes portadores das formas multibacilares da hanseníase são considerados a principal fonte de infecção (ANDRADE, 1996; ARAÚJO, 2003). Há relatos da existência de portadores saudáveis, detectados pela técnica da reação de cadeia da polimerase (PCR), que podem ser fonte de disseminação da doença, mas o papel desses indivíduos ainda não está bem definido. (BRITTON, 2004; LOCKWOOD, 2005).

A transmissão da hanseníase se dá por contato íntimo e prolongado de indivíduos susceptíveis com pacientes bacilíferos não tratados (NORDEEN, 1985; GROSSI, 1985, 1987).

As vias aéreas são a principal porta de entrada e a via de eliminação do bacilo (NORDEEN, 1985; GROSSI, 1985, 1987; LOMBARDI, 1990; OPROMOLLA, 2000).

O tratamento poliquimioterápico é eficaz na interrupção da cadeia de transmissão, sendo que a primeira dose de rifampicina é capaz de diminuir em até 99,9% as cepas viáveis do *M. leprae* de um indivíduo infectado (NORDEEN, 1985; OPROMOLLA, 1990, 1994, 2000).

### 2.1.3 Etiologia

O agente etiológico da hanseníase, o *M. leprae*, foi descrito pelo médico norueguês Gerhard Armauer Hansen, em 1873, tendo sido a primeira bactéria relacionada a uma doença humana (REES, YOUNG, 1985; JOPLING *et al.*, 2002). A descoberta do bacilo descartou a teoria hereditária da hanseníase (REES, YOUNG, 1985).

O *M. leprae* é um bacilo álcool-ácido resistente, parasita intracelular obrigatório, com predileção por células de Schwann e macrófagos (REES, YOUNG, 1985; SCOLLARD *et al.*, 2006).

Apresenta-se sob a forma de bastonete reto ou ligeiramente encurvado, medindo de 1,5 a 8,0 micra de comprimento por 0,2 a 0,5 micra de largura (REES, YOUNG, 1985; OPROMOLLA, 2000).

O bacilo multiplica-se lentamente por divisão binária, a cada 11 a 13 dias (REES, 1985). Entre as micobactérias, é a que apresenta tempo de multiplicação mais lento, o que resulta no longo período de incubação e na cronicidade da doença (REES, YOUNG, 1985; OPROMOLLA, 2000; GOULART *et al.*, 2002).

Embora ainda não se consiga cultivar o *M. leprae* em meios de cultura, consegue-se a sua multiplicação pela inoculação da bactéria em coxim plantar de camundongos (SHEPARD, 1960).

### 2.1.4 Epidemiologia

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa de evolução crônica, endêmica em vários países do mundo e no Brasil. É mais comum em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, e atinge muitos países de clima

tropical, embora não esteja associada à temperatura e, sim, aos níveis de endemia e às condições sócio-econômicas de vida e de saúde desfavoráveis, bem como a um elevado número de pessoas convivendo em um mesmo ambiente. (WHO, 2002; BRITTON, LOCKWOOD, 2004).

As estratégias de controle da doença vêm passando por várias reformulações nos últimos cinquenta anos e, após o advento da poliquimioterapia, na década de 80, ampliou-se a possibilidade de sua eliminação. A partir de 1991, a meta proposta pela OMS passou a ser a eliminação da doença como problema de saúde pública, tendo como objetivo atingir a taxa de prevalência de menos de um caso em cada 10.000 habitantes (WHA, 1991; BRASIL, 1994; 2001; WHO, 2006).

Ao longo das últimas décadas, as taxas de prevalência global têm declinado ano a ano, como resultado da consolidação do tratamento poliquimioterápico e da meta de eliminação, que vêm sendo alcançadas em vários países. (MOSCHELLA, 2004; WHO, 2006).

Em 1985, 122 países no mundo exibiam uma prevalência de mais que um caso por 10.000 habitantes. Esse número caiu para 24 países em 2000, 15 em 2001 e 12 em 2002. No entanto, o maior número de casos estava concentrado em sete países: Brasil, Índia, Madagascar, Moçambique, Myanmar, Nepal e República Unida da Tanzânia (OPAS, 2000).

Entre 1982 e 2002, mais de 13 milhões de casos foram detectados e tratados com o esquema de poliquimioterapia (WHO, 2002).

Em 2004, nove países ainda não haviam cumprido a meta proposta pela OMS e, por essa razão, o prazo foi revisto e adiado para 2010. Dessa forma, no final de 2006, eram quatro os países que ainda não haviam alcançado a meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública: Brasil, República

Democrática do Congo, Moçambique e Nepal (WHO, 2006). O Brasil apresentou prevalência de 2,4 casos por 10.000 habitantes e detecção de 23,4 casos novos por 100.000 habitantes em 2006. (BRASIL, 2010c). O Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase (PNEH) teve como objetivo o redirecionamento da política de eliminação da doença, visando à sua eliminação como problema de saúde pública até 2010 (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) propõe novas metas para o controle da hanseníase no Brasil, não se limitando às metas da eliminação da doença como problema de saúde pública. Segundo a coordenação do programa, o trabalho de controle desta doença consiste em garantir a efetividade do modelo de atenção baseado no diagnóstico precoce e tratamento oportuno, buscando evitar qualquer desinserção dos doentes da sociedade, mediante o fortalecimento da gestão descentralizada, porém integrada, dos governos federal, estadual e municipal (BRASIL, 2009a).

#### 2.1.4.1 Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase

##### 2.1.4.1.1 Gênero

Em estudo realizado em Minas Gerais, a distribuição dos casos novos de hanseníase, por sexo, identificou maior predomínio em pacientes masculinos (CASTORINA-SILVA, 2008), o que encontra respaldo em outros relatos da literatura, nos quais se observa discreto predomínio da doença nos homens (CASTORINA-SILVA, 2003; GROSSI, 2005; LYON, 2005).

Embora estudos do Ministério da Saúde afirmem que existe incidência maior da hanseníase nos homens do que nas mulheres, Fausto (2007) constatou que, na maioria das regiões do mundo, há maior prevalência entre os homens. De acordo com esse estudo, os números mantiveram-se em elevação tanto no sexo masculino como no feminino, embora não houvesse diferença expressiva entre os sexos (FAUSTO, 2007). Já se aventou a hipótese de a maior prevalência da infecção no sexo masculino poder estar relacionada à maior exposição do homem ao agente da doença em função de diferenças no comportamento sócio-cultural entre os gêneros (CASTORINA-SILVA, 2008).

#### 2.1.4.1.2 Idade

De acordo com o Ministério da Saúde, a hanseníase pode atingir todas as idades e ambos os sexos. No entanto, os números referentes aos menores de 15 anos são considerados indicadores de alta endemicidade da doença (BRASIL, 2009b, 2010b).

Há referências de que a hanseníase atinge predominantemente pessoas com média de idade variando de 42 a 44 anos (GROSSI, 2005; LYON, 2005; CASTORINA-SILVA, 2008).

A hanseníase é considerada uma doença do adulto (JOPLING, MCDOUGAL, 1991), sendo observado maior número de casos na faixa etária de 20 a 50 anos (LANA *et al.*, 2000). Um estudo sobre a situação epidemiológica da hanseníase no período de 2000 a 2006, na região de saúde de Francisco Beltrão – Paraná, evidenciou que a faixa etária mais acometida era de 35 a 65 anos. Os autores atribuíram o fato à característica lenta da doença em apresentar sinais e sintomas e, conseqüentemente, diagnóstico tardio (FAUSTO, 2007).

O surgimento da hanseníase em menores de 15 anos indica a precocidade da exposição ao agente etiológico, determinada pelo maior nível de endemicidade (GROSSI, 2005). O Brasil manteve no período de 2001 a 2006 uma média de 4000 casos novos detectados em menores de quinze anos (ALENCAR, 2008). Em 2009, o Brasil apresentou 5,43 casos novos da doença por 100 mil habitantes em menores de 15 anos, valor considerado muito alto segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010c).

Um outro problema relevante advindo da doença neste grupo etário é o impacto psicossocial acarretado ao menor doente e à sua família, em virtude de seu caráter potencialmente incapacitante, o que provoca estigmas e gera incômodos, tornando necessária a participação de equipe multidisciplinar. (FERREIRA, 2003; 2008).

#### 2.1.4.1.3 Raça/Cor

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa que atinge pessoas de todas as raças e cores. Estudo realizado no período de 1983 a 1988, no município de São Carlos, verificou maior proporção de casos entre os brancos, e menor entre os negros. Apesar disso, segundo os autores, não se pode inferir que a hanseníase seja mais incidente na raça branca que na negra, uma vez que não se conhecia a composição racial da região estudada (KANEKO *et al.*, 1990).

Já Lima e colaboradores (2009), em estudo realizado no Maranhão, verificaram predomínio da cor parda. Os autores consideraram o fato de que, no nordeste brasileiro, a cor parda, devido à forte miscigenação, tem predomínio em relação às demais. (LIMA, 2009).

Em outro estudo sobre o perfil epidemiológico dos doentes de hanseníase no município de Anápolis - Goiás, os autores encontraram predomínio da cor parda. Contudo, observou-se grande número de casos sem informação ou ignorados (NASCIMENTO, 2007). A prevalência em pessoas pardas não tem sido considerada, em geral, fator de predisposição à infecção (MARGARIDO, RIVITTI, 2005).

#### 2.1.4.1.4 Estado civil

Costa (2009) constatou que pacientes casados têm maior chance de ter melhor qualidade de vida que os solteiros no domínio relações sociais. A situação conjugal é fator preponderante no apoio ao doente, durante o diagnóstico e tratamento da hanseníase (CORRÊA *et al.*, 2006).

Mendes (2004) e Nunes (2004) observaram que a aliança e a participação da família são indispensáveis na evolução da doença, pois o portador da hanseníase busca sempre alguém de confiança que lhe dê apoio. Corrêa e colaboradores (2006) relataram que a hanseníase traz transtornos não só para a vida pública, mas também para a vida afetiva e sexual.

#### 2.1.4.1.5 Procedência

Sabe-se que as condições socioeconômicas e culturais têm grande influência na distribuição e propagação da endemia hanseníase, apresentando estreita relação com as condições precárias de habitação, baixa escolaridade e ainda, com movimentos migratórios que facilitam a difusão da doença. Nos países endêmicos, observam-se diferenças na sua prevalência entre regiões,

estados, microrregiões, municípios e, no caso de grandes cidades, entre espaços intraurbanos, concentrando-se nos locais de maior pobreza (AMARAL, 2008).

Outro estudo demonstrou que a distribuição de casos e as mais altas taxas de detecção da hanseníase coincidem, em parte, com as áreas de maior povoamento, como as capitais e regiões metropolitanas. Observa-se também que as desigualdades regionais do desenvolvimento econômico e social no Brasil têm marcado caráter histórico, sendo que as Regiões Sul e Sudeste localizam-se no extremo favorável e o Nordeste, no mais desfavorável (MARTINS, 2009).

A associação da hanseníase com as condições desfavoráveis de vida, considerando-se os fatores econômicos, higiênicos sanitários e biológicos, alia-se aos fatores ambientais em que, historicamente, várias das principais áreas endêmicas no mundo encontram-se, sob clima tropical, elevadas temperaturas e precipitações pluviométricas. O Brasil, por sua vez, possui uma distribuição geográfica da hanseníase que lhe mantém na situação mais desfavorável na América, agregando todas essas condições e fatores para a endemicidade no país (AMARAL, 2008). Estudos epidemiológicos demonstram que, especialmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, que são as mais afetadas por aquelas condições e fatores, o parâmetro de endemicidade para hanseníase é considerado alto, sendo a prevalência na região Norte de 6.6/10 mil hab. (habitantes), 5.8/10 mil hab. na região Centro-Oeste e de 3.4/10 mil hab. na região Nordeste (ALENCAR *et al.*, 2008).

Costa (2009) observou que moradores do município de Belo Horizonte apresentaram maior chance de ter melhor qualidade de vida no que tange ao meio ambiente, se comparado aos que moram em cidades circunvizinhas. Segundo a autora, isso pode ser justificado pela maior facilidade de acesso e melhor assistência oferecida pelos serviços de referência em dermatologia

sanitária da cidade de Belo Horizonte, para onde são encaminhados os casos de maior complexidade (COSTA, 2009).

Investigar a procedência dos portadores de hanseníase pode contribuir para avaliar tendências epidemiológicas, como extensão da transmissão em uma comunidade, além de apontar a necessidade de investir em ações efetivas para o diagnóstico precoce da doença em determinada região (LOMBARDI, 1990).

#### 2.1.4.1.6 Escolaridade

O Ministério da Saúde levantou e avaliou um grande número de variáveis entre os pacientes portadores de hanseníase, na tentativa de se traçar o perfil desses pacientes. Análise das características socioeconômicas da população brasileira com hanseníase mostra predomínio de pessoas casadas e com baixo grau de escolaridade. Segundo o MS, 56% dessa população têm até o primeiro grau completo e 39,65% não são alfabetizadas (BRASIL, 2008d).

Estudo realizado junto à população da Colônia do Prata (MACKERT, 2008) encontrou população predominantemente jovem e solteira com características heterogêneas quanto ao grau de escolaridade, com desvio em direção aos níveis mais básicos de formação escolar. A taxa de analfabetismo encontrada foi muito alta e nenhum dos habitantes possuía grau de formação superior completo. Para o autor, é possível que a ausência de indivíduos com níveis de formação escolar mais avançados, mesmo em uma população predominantemente jovem, esteja refletindo uma falta de perspectiva de emigração da Colônia para a capital ou outras regiões (MACKERT, 2008).

Outro estudo realizado por Lima e colaboradores (2007) mostrou que, quanto ao grau de instrução dos pacientes, a maioria apresentava nível de

escolaridade baixo, sendo que grande parte era de analfabetos. Os dados de escolaridade estão diretamente relacionados ao nível sócio-econômico da população, podendo-se inferir dessa forma, que a hanseníase predomina nas classes de baixa renda (KANEKO, 1990).

Moschioni (2007) verificou que a falta de escolaridade aumentou 5,6 vezes a chance de ter grau 2 de incapacidade. Observou-se que a variável escolaridade apresentou 27,1% de perda de informações, o que implica a análise crítica da qualidade básica desses dados e, conseqüentemente, do resultado. A autora relata que o grau de incapacidade física na hanseníase foi inversamente proporcional ao nível educacional. No entanto, a autora não encontrou, na literatura pesquisada, trabalhos que quantificaram o impacto da escolaridade como fator de risco para a presença de incapacidade no momento do diagnóstico (MOSCHIONI, 2007).

Segundo Mendes (2004), a escolaridade é um dado relevante que pode afetar diretamente o curso da doença, seu diagnóstico precoce e a boa adesão ao tratamento.

A baixa escolaridade constitui fator limitador para as ações de orientação de prevenção de incapacidades e colocação profissional do indivíduo, sujeitando-o, na maioria das vezes, às atividades braçais e restringindo atividades laborais que requeiram aptidões de cunho intelectual (DUARTE *et al.*, 2007; COSTA, 2009).

#### 2.1.4.1.7 Ocupação

Sabesan e colaboradores (1987) enfatizaram, em seu estudo, as dificuldades enfrentadas pelos pacientes com hanseníase em relação à colocação em empresas, mesmo que já tenham recebido alta do tratamento.

Yamanouchi e colaboradores (1993) consideram fator relevante o alto índice de aposentados por hanseníase, sem nenhuma lesão que lhes diminua a capacidade física, afastando-se o portador da doença do trabalho por preconceito, deixando-se de considerar, além do aspecto humano, o aproveitamento da mão-de-obra, motivo suficiente para se prosseguir nas campanhas ou investir na criação de novas, com o objetivo de se acabar definitivamente com o estigma da doença (COSTA, 2009).

Costa (2009) observou associação significativa entre a ocupação e a interferência da doença nas atividades profissionais. Segundo a autora, o percentual de pacientes que achavam que a doença interferia muito ou completamente nas atividades profissionais foi maior entre os aposentados ou com licença-saúde, quando comparados aos demais grupos ocupacionais (COSTA, 2009).

É consensual entre os autores que a hanseníase ainda seja responsável pela saída dos pacientes que a apresentam do mercado de trabalho, afastamento do convívio social e da participação comunitária, devido ao seu potencial incapacitante, mantendo-se vivo o estigma em relação à doença e comprometendo-se a qualidade de vida (ANDRADE, PELLEGRINI 2001; PIMENTEL, 2002; MONTEIRO, 2004; MENDES, 2004; COSTA, 2009).

## 2.1.4.2 Perfil clínico dos pacientes com hanseníase

### 2.1.4.2.1 Modo de detecção

A descoberta de casos de hanseníase pode ocorrer por detecção passiva ou por detecção ativa (BRASIL, 2002).

A detecção passiva acontece na própria unidade de saúde durante as atividades gerais de atendimento à população (BRASIL, 2002).

Há duas situações onde pode ocorrer a detecção passiva: na demanda espontânea da população para os serviços da unidade de saúde, em que poderá haver casos com sinais e sintomas dermatológicos e/ou neurológicos, e nos encaminhamentos feitos por outras unidades de saúde, para confirmação diagnóstica da doença - casos suspeitos de hanseníase. Nessas duas situações, é realizado o exame dermatoneurológico na pessoa, para confirmar-se, ou não, o diagnóstico da hanseníase (BRASIL, 2002).

Entende-se por detecção ativa de casos de hanseníase, a busca sistemática de doentes pela equipe da unidade de saúde, por meio das seguintes atividades (BRASIL, 2002):

- a) investigação epidemiológica de um caso conhecido (exame de contatos);
- b) exame das pessoas que demandam espontaneamente os serviços gerais da unidade de saúde, por outros motivos que não sinais e sintomas dermatológicos ou neurológicos;
- c) exame de grupos específicos - em prisões, quartéis, escolas, de pessoas que se submetem a exames periódicos, etc.;

d) mobilização da comunidade adstrita à unidade, principalmente em áreas de alta prevalência da doença, para que as pessoas demandem os serviços de saúde sempre que apresentarem sinais e sintomas suspeitos.

Visando ao diagnóstico precoce da doença, deve-se intensificar a busca ativa de doentes, por meio do exame de todos os contatos do caso diagnosticado, e das outras formas de detecção ativa (BRASIL, 2002).

O sucesso da detecção de casos depende da conscientização da população e seus valores podem ser influenciados por uma transmissão mais elevada da doença, pela detecção de casos mais eficaz, pelo acesso ao serviço de saúde e até por diagnóstico incorreto (MARTINS, 2009).

Estudos realizados em centro de referência, em 2005, evidenciaram a prevalência da demanda referenciada. Esse fato poderia ser decorrente da natureza do serviço, para onde são encaminhados pacientes para esclarecimento diagnóstico, avaliação de intercorrência clínica, ou para utilização de esquema terapêutico alternativo (LYON, 2005; CASTORINA-SILVA, 2008).

#### 2.1.4.2.2 Data do início dos sinais/sintomas

A hanseníase tem uma lenta evolução sendo que, após o contágio, o indivíduo leva de dois a sete anos para iniciar os sintomas (BRASIL, 2002).

O diagnóstico clínico da doença é realizado pelo exame físico, em que se procede uma avaliação dermatoneurológica, buscando-se identificar sinais clínicos da doença. Antes, porém, de dar-se início ao exame físico, deve-se fazer a anamnese, colhendo-se informações sobre a história clínica, ou seja, presença de sinais e sintomas dermatoneurológicos característicos da doença e da história epidemiológica, ou seja, sobre a sua fonte de infecção (BRASIL, 2002).

É essencial a divulgação de sinais e sintomas da hanseníase para a população em geral, para que o diagnóstico precoce aconteça (MINAS GERAIS, 2006).

#### 2.1.4.2.3 Número de lesões cutâneas

A Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde do Brasil, visando ao controle da hanseníase por meio do tratamento poliquimioterápico, preconizam considerar somente a contagem do número de lesões cutâneas para a classificação da doença (OPROMOLLA, 2000; WHO, 2007; BRASIL, 2002).

Assim, pacientes com até cinco lesões cutâneas são considerados paucibacilares (PB) e aqueles com mais de cinco lesões cutâneas são classificados como multibacilares (MB), para fins de tratamento (BRASIL, 2010b).

A classificação pelo número de lesões é utilizada em unidades básicas de saúde como único critério classificatório. Em centros de referência, a classificação é clínica e laboratorial, para melhor acurácia (OPROMOLLA, 2000).

#### 2.1.4.2.4 Baciloscopia

Em muitos estudos clínicos, o resultado da baciloscopia tem sido utilizado como padrão-ouro para classificação dos pacientes, devendo-se porém, ressaltarem-se as suas limitações (LYON, 2005). Foi relatado que o uso desse exame isoladamente pode não ser tão sensível quanto seu uso combinado com biópsias de pele ou nervo. Embora o bacilo do *M. leprae* nem sempre seja evidenciado nos sítios de coleta (OPROMOLLA, 2000), a baciloscopia é um

método de boa acurácia para classificar a hanseníase; a despeito disso, é pouco utilizada na prática (OPROMOLLA, 2000).

Lyon (2005), utilizando a técnica de Ziehl-Nielsen em quatro sítios como procedimento padrão para a baciloscopia, encontrou positividade de 35,9%, semelhantemente ao relatado por outros autores, que observaram 27% (GROSSI, 2005), 28,3% (CRIPPA *et al.*, 2004), 31,5% (KEITA *et al.*, 2003), 34,9% (MOSCHIONI, 2007) e 35,9% em estudo realizado na mesma instituição (LYON, 2005), o que demonstra a baixa sensibilidade do exame, conforme referido na literatura (BÜHRER-SÉKULA *et al.*, 2000). Na Índia, a positividade da baciloscopia foi de apenas 8,8% dos 5.165 casos novos de hanseníase registrados no período de 1985 a 2000 (NORMAN *et al.*, 2004). Gallo e colaboradores (2003), entretanto, relataram maior percentual de positividade (77,9%), em centro de referência nacional que, além da demanda primária, atende pacientes referenciados de outros serviços.

#### 2.1.4.2.5 Classificação

Com objetivo de simplificar e facilitar a aplicação dos protocolos terapêuticos, a OMS já propôs diferentes classificações (LYON, 2005). Atualmente, os pacientes são divididos em dois grupos, por meio da contagem de lesões cutâneas. Os casos de hanseníase com até cinco lesões de pele são classificados como PB, e aqueles com seis ou mais lesões cutâneas como MB. A baciloscopia, quando for realizada e positiva, classifica o caso como MB, independente do número de lesões cutâneas (WHO, 2006; BRASIL, 2002, 2010b).

O diagnóstico da doença e a classificação operacional do paciente em pauci ou multibacilar são importantes para que possa ser selecionado o esquema de tratamento quimioterápico adequado ao caso (BRASIL, 2002).

#### 2.1.4.2.6 Forma clínica

Em 1953, o VI Congresso Internacional de Leprologia, realizado em Madrid, estabeleceu a classificação da hanseníase segundo sua tendência de evoluir em direção a um dos seus pólos, encontrando-se duas formas polares e dois grupos: formas tuberculóide e virchowiana, e grupos indeterminado e dimorfo (MADRID, 1953).

Ridley e Jopling, em 1962, propuseram uma classificação baseada em critérios clínicos, histológicos, bacteriológicos e imunológicos, e distinguem cinco formas: tuberculóide polar (TT), virchowiana polar (VV), dimorfa-tuberculóide (DT), dimorfa-virchowiana (DV), dimorfa-dimorfa (DD). A classificação de Ridley e Jopling é a mais precisa, sendo a mais utilizada em pesquisa e não inclui a forma indeterminada no espectro de classificação (RIDLEY, JOPLING, 1962).

#### 2.1.4.2.7 Esquema terapêutico

O tratamento do paciente com hanseníase é fundamental para curá-lo e eliminar a fonte de infecção, interrompendo a cadeia de transmissão da doença, sendo, portanto, estratégico no controle da endemia e para eliminá-la enquanto problema de saúde pública (BRASIL, 2002).

O tratamento integral de um caso de hanseníase compreende: 1) o tratamento quimioterápico específico - a poliquimioterapia (PQT); 2) seu acompanhamento, com vistas a identificar e tratar as possíveis intercorrências e complicações da doença e, 3) a prevenção e o tratamento das incapacidades físicas (BRASIL, 2002).

Costa (2009) verificou que um menor tempo de tratamento da hanseníase associou-se com uma maior chance de se ter uma melhor qualidade de vida no domínio físico, se comparado a um tempo de tratamento maior. A maior proporção dos pacientes estudados apresentou cinco anos ou mais de tratamento do episódio reacional. Paschoal (1998) ressalta que os episódios reacionais são muitas vezes crônicos e recidivantes, e que a gravidade da hanseníase é avaliada especialmente pelas incapacidades que produz, pelos problemas psicossociais que acarreta e pela longa duração do tratamento, o que leva a uma drástica alteração no estilo de vida dos pacientes.

#### 2.1.4.2.8 Episódios reacionais

Eventualmente, o quadro reacional pode ser o motivo que leva o paciente a procurar ajuda médica e, só então, ser diagnosticada a hanseníase (COSTA, 2009).

Os episódios ou surtos reacionais são episódios inflamatórios agudos, de origem imunológica que ocorrem antes, durante ou após o tratamento da hanseníase. Exigem cuidado e tratamento imediato para evitar a instalação de incapacidade e deformidade. Os surtos reacionais podem ser do tipo 1 (reação reversa) e do tipo 2 (MINAS GERAIS, 2006).

Na reação tipo 1, as lesões cutâneas antigas ficam mais eritematosas, edematosas e dolorosas, e podem surgir lesões novas, constituindo o quadro de “exacerbação de lesões”. A neurite (espessamento e dor) é a sua manifestação mais grave, uma vez que o dano neural pode se instalar e ocasionar incapacidade e deformidade. A neurite pode manifestar-se isoladamente ou ser acompanhada de lesões cutâneas (MINAS GERAIS, 2006).

Na reação tipo 2, a manifestação mais comum é o eritema nodoso que pode atingir todo o tegumento cutâneo. Sintomas sistêmicos como febre, mal-estar e anorexia são frequentes. Podem ocorrer outras manifestações, como linfadenopatia, orquite, irite, iridociclite e glomerulonefrite. A neurite na reação tipo 2 é menos dramática que na reação tipo 1 (MINAS GERAIS, 2006).

Os eventos reacionais podem incidir em qualquer uma das formas clínicas, exceto na hanseníase indeterminada (RIDLEY, JOPLING, 1966; JOPLING, MCDOUGALL, 1991), embora sejam mais frequentes em pacientes com as formas V, DV, DD e DT. Considerando-se que os episódios reacionais podem ocorrer em qualquer fase da PQT, o aparecimento das reações está também associado à resposta terapêutica e à capacidade de resposta imunológica do paciente (FOSS, 2003).

De acordo com Nunes (2004), portadores de hanseníase em surto reacional manifestaram diminuição das atividades de lazer e sociais, levando ao isolamento social, não apenas em decorrência das dores incômodas, mas também por opção própria, devido a constrangimentos gerados pelas alterações físicas e até mesmo por terem “medo” da reação das pessoas em geral.

Costa (2009), na avaliação da qualidade de vida de pacientes em surto reacional de hanseníase, tratados em centro de referência, encontrou que o índice mais baixo de qualidade de vida foi observado no domínio “físico”. Índices

baixos de qualidade de vida foram também observados na percepção global da qualidade de vida e da saúde e no domínio “meio ambiente”. Os índices mais altos de qualidade de vida foram observados nos domínios “psicológico” e “relações sociais”.

Segundo Costa (2009), nos pacientes multibacilares, os surtos reacionais são mais frequentes, já que a quantidade de bacilos e, posteriormente, de resíduos bacilares é maior, tornando esses indivíduos mais susceptíveis a danos neurais e possíveis sequelas (COSTA, 2009). A identificação do comprometimento neural e da eventual incapacidade física do paciente são importantes para a orientação de uma prática regular de auto-cuidados pelo paciente e para que possam ser tomadas medidas de prevenção e tratamento de incapacidades e deformidades (BRASIL, 2002).

### **2.1.5 Diagnóstico**

O diagnóstico de caso de hanseníase é essencialmente clínico e epidemiológico e é realizado por meio da análise da história e das condições de vida do paciente e do exame dermatoneurológico para se identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos (sensitivo, motor e/ou autonômico) (BRASIL, 2009b; 2010b)

O exame clínico tem como propósito fazer a avaliação dermatoneurológica do paciente, buscando identificar os sinais e sintomas da doença. A avaliação dermatológica busca identificar as lesões de pele e pesquisar sua sensibilidade e a avaliação neurológica busca identificar neurites, comprometimento de nervos periféricos, incapacidades físicas e deformidades, provocados por essas lesões (BRASIL, 2002).

A baciloscopia é o exame complementar de maior utilidade, de fácil execução e de baixo custo na identificação do *M. leprae* diretamente de raspado dérmico das lesões hansênicas ou de outros locais de coleta, tais como lóbulos auriculares e cotovelos (BRASIL, 2010a). O exame histopatológico, muitas vezes, não é característico, chegando a ser duvidoso, e, portanto, não é considerado padrão-ouro (MOSCHELLA, 2004). No entanto, os exames histopatológicos são úteis no diagnóstico da hanseníase, na classificação e na caracterização dos fenômenos reacionais (BRITTON, 2004; LOCKWOOD, 2005).

### **2.1.6 Classificação**

Os múltiplos aspectos da hanseníase originaram diversas classificações ao longo da história. Numerosos critérios foram propostos na tentativa de abordar seus aspectos clínicos, evolutivos, terapêuticos e prognósticos. No VI Congresso Internacional de Hanseníase de Madrid, em 1953, foi proposta uma classificação onde são considerados critérios clínicos, compreendendo a morfologia das lesões cutâneas e as manifestações neurológicas, e a baciloscopia (MADRID, 1953). Essa classificação preconiza duas formas polares estáveis, tuberculóide e virchowiana, e duas formas instáveis, indeterminada e dimorfa que, dependendo da imunidade do indivíduo, evoluem para um dos pólos (BRASIL, 2002).

Ridley e Jopling propuseram, em 1962, uma classificação, para fins de pesquisa, baseada na resposta imunológica do hospedeiro ao bacilo e em critérios histopatológicos. A doença é considerada como um espectro que apresenta dois grupos polares estáveis, tuberculóide polar (TT) e virchowiana polar (VV), e os interpolares, imunologicamente instáveis: tuberculóide subpolar

(TTs), dimorfo-tuberculóides (DT), dimorfo-dimorfo (DD) e dimorfo-virchowiano (DV), e, ainda, o virchowiano subpolar (VVs) (RIDLEY, JOPLING, 1962).

A OMS propôs a classificação operacional em PB e MB baseando-se no número de lesões de pele e de nervos acometidos ao exame dermatoneurológico (WHO, 1997a; WHO, 1997b).

Em 2000, a OMS publicou o Guia para Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública, adotando como critério clínico para classificação operacional somente a contagem do número de lesões cutâneas.

Em 2002, o Ministério da Saúde recomendou no Guia de Controle da Hanseníase (Cadernos da Atenção Básica nº 10) a adoção do critério clínico com contagem apenas de lesões cutâneas para a classificação operacional (BRASIL, 2002; 2008a; 2010b).

Costa (2009) destaca que ocorrem mudanças físicas, como alteração da coloração da pele devido à PQT, além de efeitos colaterais dos corticóides, como edema, usados em pacientes com surtos reacionais, trazendo repercussões significativas na auto-estima dos pacientes. Nesse estudo realizado com pacientes em surto reacional, pode-se observar que a maioria relatou apresentar sentimentos negativos, como mau-humor, desespero e depressão (COSTA, 2009).

### **2.1.7 Tratamento**

O tratamento da hanseníase deve ser realizado ambulatorialmente nas unidades básicas de saúde e, quando corretamente instituído, garante a cura do paciente (BRASIL, 2010b).

A poliquimioterapia padronizada pela OMS é constituída pela combinação de medicamentos com administração associada: rifampicina, dapsona e clofazimina (BRASIL, 2010b).

A administração associada da medicação tem como objetivo evitar a resistência medicamentosa do bacilo, comum quando se utiliza somente um medicamento. O esquema padrão de tratamento com a PQT aplica-se a cerca de 95% dos casos e é habitualmente bem tolerado pelos paciente (BRASIL, 2001; CASTORINA-SILVA, 2003).

A PQT é administrada em esquemas-padrão, de acordo com a classificação operacional do doente em PB e MB; assim, tem-se que:

a) o esquema PB padrão utiliza, para pacientes adultos, a combinação de rifampicina e dapsona da seguinte forma: rifampicina com seis doses mensais supervisionadas de 600mg e dapsona em doses diárias auto-administradas de 100mg;

b) o esquema MB padrão utiliza, para pacientes adultos, a combinação de rifampicina, dapsona e clofazimina da seguinte forma: rifampicina, em 12 doses mensais, supervisionadas de 600mg; clofazimina, em doses mensais supervisionadas de 300mg e doses diárias auto-administradas de 50mg; dapsona em doses diárias auto-administradas de 100mg (BRASIL, 2010b).

O critério de alta para os pacientes PB é de seis doses supervisionadas em até nove meses e, para os pacientes MB, é de 12 doses mensais supervisionadas em até 18 meses (BRASIL, 2010b).

Os esquemas substitutivos podem ser necessários quando comprovada a contra-indicação formal à utilização dos esquemas-padrão, ou a intolerância do paciente a um dos medicamentos da PQT, conforme portaria 3.125/GM, de 07 de outubro de 2010 (ANEXO 1) (BRASIL, 2010b).

### 2.1.8 Incapacidade na hanseníase

A hanseníase é conhecida como doença que causa incapacidades, desfigurações e mutilações no corpo (OPROMOLLA, 2000).

A presença de incapacidades, já no momento do diagnóstico, indica detecção tardia da doença, com consequentes prejuízos individuais, sociais e psicológicos. Conforme o critério recomendado pela OMS, a incapacidade física do paciente é avaliada nos olhos, mãos, pés e classificada em três graus (BRASIL, 2002; BRASIL, 2010b).

GRAU	CARACTERÍSTICAS
0	Nenhum problema com os olhos, as mãos e os pés devido à hanseníase.
1	Diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos. Diminuição ou perda da sensibilidade protetora nas mãos e /ou nos pés.
2	Olhos: lagofalmo e/ou ectrópio; triquíase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou incapacidade de contar dedos a 6m de distância. Mãos: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; mão caída. Pés: lesões tróficas e/ou traumáticas; garras; reabsorção; pé caído; contratura do tornozelo.

**Figura 1** - Grau de Incapacidade. Fonte: BRASIL, 2010b.

A presença de qualquer grau de incapacidade no momento do diagnóstico, inclusive grau 1, representa diagnóstico tardio, considerando-se que já ocasiona dificuldades de integração socioeconômica (NOORDEEN, 1985; LOMBARDI, 1990; PIMENTEL *et al.*, 2002).

O risco de apresentar deformidades no momento do diagnóstico cresce significativamente à medida que aumenta o atraso na identificação dos casos (LECHAT, VANDERVEKEN, 1984; GIL SUAREZ, 1997; GIL SUAREZ, LOMBARDI, 1997).

A estimativa da proporção de pacientes com incapacidade física (grau 1 e 2) entre os casos novos é conhecida como prevalência oculta e tem sido proposta como indicador epidemiológico para avaliar o atraso no diagnóstico da hanseníase (GIL SUAREZ, LOMBARDI, 1997; LOCKWOOD, SUNEETHA, 2005). Quanto mais precoce for a detecção da doença, menor será a proporção de pessoas incapacitadas (GIL SURAEZ, LOMBARDI, 1997).

A permanência de casos não diagnosticados é responsável pela manutenção de fontes de contágio na população e constitui fator que influencia negativamente os programas de controle da doença. Indiretamente, é pela prevalência oculta que são avaliados os fatores operacionais que controlam as atividades de detecção dos pacientes (GOULART *et al.*, 2002).

### 2.1.8.1 Instrumentos para avaliação de incapacidades físicas

#### 2.1.8.1.1 Grau de Incapacidade

Uma classificação de incapacidades na hanseníase tem sido preconizada pela OMS desde 1960 (WHO, 1960). Duas revisões desse sistema de classificação foram publicadas: uma escala de quatro itens em 1970 (WHO, 1970) e uma de três itens em 1988 (WHO, 1988).

A Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde preconizam o uso do Grau de Incapacidade para a avaliação das incapacidades físicas dos pacientes com hanseníase. Com o Grau de Incapacidade, registra-se o maior número (0,1 ou 2) encontrado em qualquer uma das partes avaliadas (olho, mão e pé – direito e esquerdo). (ANEXO 2) (EBENSO, EBENSO, 2007).

O objetivo original era registrar um *status* inicial de incapacidade para monitorar mudanças durante o acompanhamento (WHO, 1960). Entretanto, em 1988, o objetivo principal foi modificado para a estimativa do tempo para o diagnóstico dos casos. O quanto mais cedo o paciente iniciar o tratamento, menos incapacidades estarão presentes ao diagnóstico (BRANDSMA, VAN BRAKEL, 2003).

Em vários estudos, o Grau de Incapacidade tem sido usado para avaliar e monitorar as incapacidades dos pacientes antes e após o tratamento, com o objetivo de avaliar em que extensão essas melhoram ou pioram, como resultado ou falta de intervenções no momento adequado (BRANDSMA, VAN BRAKEL, 2003).

#### 2.1.8.1.2 Escore OMP (Olho-Mão-Pé)

O escore OMP (ANEXO 2), determinado a partir de dados colhidos dentro da rotina do atendimento aos pacientes com hanseníase, foi inicialmente introduzido por Rijk e colaboradores em 1994 (EBENSO, EBENSO, 2007).

Com o Grau de Incapacidade, registra-se o maior número (0,1 ou 2) encontrado em qualquer uma das partes avaliadas (olho, mão e pé – direito e esquerdo). Com o escore OMP, no entanto, determina-se o grau máximo para cada um dos seis locais do corpo (olhos, mãos e pés) e, então, somam-se, os seis números. Assim, o escore OMP pode variar de 0 a 12, sendo mais sensível que o Grau de Incapacidade a mudanças nas deficiências (VAN BRAKEL *et al.*, 2003).

#### 2.1.8.1.3 Protocolo Resumido de Incapacidades adaptado (PRIa)

Versão adaptada do Protocolo Resumido de Incapacidades (ANEXO 3), originalmente desenvolvido por Jean Watson e incluído no Consenso de Prevenção de Incapacidades nos Programas de Controle da Hanseníase (1993) da ILEP - Federação Internacional de Associações Anti-Hanseníase (EBENSO *et al.*, 2007) (Figura 2).

Apresenta três itens para a avaliação de cada olho – piscamento, visão e força dos músculos orbiculares, cinco variáveis para cada mão – forças do quinto dedo e polegar, sensibilidade, número de úlceras e perda óssea e quatro para cada pé – dorsiflexão, sensibilidade, número de úlceras e perda óssea. Pode ser utilizado para monitorar incapacidades em pacientes e calcular a proporção de

pacientes que desenvolvem uma incapacidade nova ou adicional durante o tratamento (EBENSO *et al.*, 2007).

O Grau de Incapacidade e o escore OMP não necessariamente refletem bem a dinâmica da incapacidade dos pacientes, pois a melhora em uma extremidade ou olho pode coincidir com a piora em outra parte, e o escore manter-se-ia inalterado. O Protocolo Resumido de Incapacidades adaptado proporciona maior detalhamento sobre cada incapacidade isoladamente, possibilitando uma maior e sustentada qualidade do cuidado, se usado efetivamente (EBENSO, 2007; EBENSO *et al.*, 2007).

<b>Olho</b>	Piscamento	Sim	0	
		Não	1	
		Normal > 6/18	0	
		Prejudicada < 6/18	1	
		Cegueira < 3/60	2	
		Fenda palpebral em milímetros	milímetros	
<b>Mão</b>	Teste de força muscular voluntária	5º. dedo	Forte	0
			Resistência diminuída	1
			Movimento reduzido	2
	Polegar		Paralisado	3
			Forte	0
			Resistência diminuída	1
		Movimento reduzido	2	

		Paralisado	3
	Sensibilidade	Número de pontos com perda de sensibilidade	0-10
	Contagem de Úlceras	Número de úlceras	
	Perda óssea	Número de pontos para teste de sensibilidade ausentes	contagem 0-10
		Forte	
		Resistência diminuída	
		Movimento reduzido	
<b>Pé</b>	Dorsiflexão	Paralisado	0
		Número de pontos com perda de sensibilidade	1
		Número de úlceras	2
		Números de pontos para teste de sensibilidade ausentes	3
	Sensibilidade	Números de pontos para teste de sensibilidade ausentes	0-10
	Contagem de Úlceras		contagem
	Perda Óssea		0-10

**Figura 2** - Protocolo Resumido de Incapacidades. Fonte: EBENSO, 2007.

#### 2.1.8.1.4 SALSA (Screening of Activity Limitation and Safety Awareness – Triagem de Limitação de Atividade e Consciência de Risco)

Este instrumento foi criado para avaliar a limitação na realização de atividades da vida diária em pacientes com neurite periférica com hanseníase ou diabetes mellitus. Tem como objetivo a triagem dessas limitações, comparação em momentos diferentes com o mesmo paciente, encaminhamento para serviços especializados dos casos identificados, avaliação das ações de assistência e desenvolvimento de novas medidas de intervenção pela equipe de saúde (EBENSO *et al.*, 2007).

A escala SALSA (ANEXO 4) foi desenvolvida e validada pelo Grupo Colaborador para o Desenvolvimento da Escala SALSA, composto por membros

do Brasil, China, Cingapura, Estados Unidos, Nigéria e Reino Unido (EBENSO *et al.*, 2007).

O questionário foi desenvolvido a partir de uma lista de atividades de vida diária relevantes para a população-alvo, de 374 itens, gerada a partir de entrevistas individuais e grupos focais de discussão. Para compor a escala SALSA, foram selecionados itens que eram praticados por pelo menos 70% dos entrevistados, restando uma escala com 20 itens, que avalia se o paciente consegue realizar atividades da vida diária; caso positivo, se ele as considera fácil, um pouco difícil ou muito difícil; em caso negativo, questiona-se o motivo – não precisa, fisicamente não consegue ou evita por causa do risco (EBENSO *et al.*, 2007).

Terapeutas ocupacionais realizaram uma avaliação independente de limitação de atividade em quase metade dos pacientes, com o objetivo de comparação com a escala. A escala correlacionou-se bem com a avaliação independente dos terapeutas ocupacionais (coeficiente de correlação de Spearman: 0,67) e apresentou boa correlação entre cada item e o escore final (EBENSO *et al.*, 2007).

A escala SALSA avalia também a consciência de risco do paciente, ou seja, se o paciente voluntariamente evita atividades de risco – estresse repetitivo, excesso de pressão, fricção ou queimadura - ou modifica o seu modo de execução, por questões de segurança (EBENSO *et al.*, 2007). Até então, nenhuma escala lidava com o efeito da perda de sensibilidade na habilidade do paciente realizar atividades sem se machucar. Assim, o efeito de qualquer intervenção para auxiliar as pessoas afetadas a superar ou reverter suas limitações de atividade não podia ser avaliado pelos instrumentos existentes (EBENSO *et al.*, 2007).

Recomendada pelo Programa Nacional de Controle da Hanseníase (BRASIL, 2008b), a escala SALSA é composta por 20 perguntas que abrangem as áreas de mobilidade (pés), autocuidado, trabalho (mãos), destreza (mãos). O escore máximo é 76, o qual aumenta de acordo com a dificuldade em realizar a tarefa, que pode ser realizada com um instrumento de auxílio, mas não com a ajuda de outra pessoa (BRASIL, 2008b).

A aplicação da Escala é simples, rápida e não requer o uso de ferramentas ou equipamentos; além disso, é orientada e padronizada por um instrucional pergunta a pergunta (EBENSO *et al.*, 2007).

Em estudo realizado em 2008 com pacientes no pós-alta de hanseníase, no Ceará, Barbosa e colaboradores sugeriram que a escala deveria ser utilizada não apenas em situações de pós-alta, mas também, de modo sistemático, ao longo do tratamento específico com a PQT, para garantir o planejamento de uma abordagem integral, mesmo após a definição de alta por conclusão da PQT. Segundo os autores, essa abordagem daria subsídios para identificar, também, a necessidade da realização de uma avaliação da limitação funcional com maior periodicidade.

Outro aspecto considerado por Barbosa e colaboradores (2008) foi a potencialidade de se medir a consciência de risco e de se dar orientação quanto ao domínio específico a ser abordado, principalmente mãos e pés.

Sihombing e colaboradores, em estudo desenvolvido na Indonésia, no período de dezembro de 2008 a janeiro de 2009, com 1.358 pessoas com hanseníase, encontraram 60% de pessoas que apresentavam limitações de atividade avaliadas pela escala SALSA.

#### 2.1.8.1.5 Escala de Atividade *Green Pastures*

A Escala de *Green Pastures* (ANEXO 5) foi desenvolvida como um instrumento para identificar a presença de incapacidades em pacientes com hanseníase moradores das áreas rurais de países em desenvolvimento (VAN BRAKEL *et al.*, 1999).

Este instrumento é validado e reprodutível e pode ser aplicado em pesquisas de campo ou em centros de referência (VAN BRAKEL *et al.*, 1999).

A escala foi baseada na Classificação Internacional de Incapacidades, Atividades e Participação, precursora da atual Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, e é composta por 34 perguntas sobre atividades de vida diária, cinco questões explorando dificuldade nos relacionamentos e três questões sobre o uso de auxílios, *status* ocupacional e de emprego. As alternativas de resposta para o paciente são “não preciso”, “não é difícil”, “um pouco difícil”, “muito difícil” e “não posso devido à minha condição” (VAN BRAKEL *et al.*, 1999).

O instrumento avalia também se o paciente necessita de algum instrumento de auxílio para a realização das atividades e se o seu uso traz alguma dificuldade (VAN BRAKEL *et al.*, 1999).

O escore total da escala, em comparação com a avaliação de um especialista, resultou no coeficiente de correlação de Spearman de 0,72. Os coeficientes de confiança intra e inter-entrevistadores foram 0,77 (95%, IC 0,73-0,81) e 0,61 (95%, IC 0,56-0,67), respectivamente. O teste de estabilidade resultou no índice kappa de 0,76 (95%; 0,70-0,82) (VAN BRAKEL *et al.*, 1999).

## 2.2 QUALIDADE DE VIDA

A Organização Mundial de Saúde, em 1995, definiu qualidade de vida como: “a percepção dos indivíduos de sua posição na vida, no contexto cultural em seus sistemas de valores como também suas metas, expectativas e preocupações que vivem” (WHOQOL, 1995).

Durante muito tempo, o impacto das doenças em termos de saúde pública foi medido através dos índices de mortalidade. No entanto, a literatura médica preconiza que a melhor forma de se medir a qualidade de um tratamento refere-se aos resultados obtidos quanto aos objetivos de prolongar a vida, aliviar a dor, restaurar a função e prevenir a incapacidade. E, ainda, deve-se considerar que a magnitude do impacto na qualidade de vida é considerada diferente para cada paciente (GUYATT, 1997).

O conceito de qualidade de vida (QV) tem sido dividido em vários componentes, incluindo os domínios psicológico, social e físico. No entanto, inicialmente referia-se à economia e fatores econômicos, denotando uma correlação entre qualidade de vida e a capacidade de adquirir bens de consumo (PRICE, HARDING, 1993).

A relação entre saúde e QV existe desde o nascimento da medicina social, no século XVIII. No entanto, somente a partir de 1950, com a revolução tecnológica, o conceito de QV passou efetivamente a ser incorporado às áreas de saúde e educação, sendo considerado um parâmetro de avaliação das ciências da saúde (MINAYO, 2000).

Na verdade, o conceito de qualidade de vida relacionado à saúde, pode ser considerado em três domínios básicos: o domínio psicológico, que aborda a adaptação e aceitação da pessoa à doença; o social, que envolve a capacidade

de exercer trabalho remunerado, atividades domésticas; e o físico, relacionado a aspectos como mobilidade, sono, alimentação, sensibilidade dolorosa (NORDENFELT, 1994).

Devido à complexidade do assunto, a concepção de QV, por estar centrada basicamente nas necessidades humanas, as quais não são únicas e se modificam, irá depender da forma como as pessoas percebem a sua própria vida, da expectativa e do plano de vida de cada indivíduo (GAIVA, 1998).

Observa-se interesse crescente em se transformar o conceito de QV em uma medida quantitativa, que possa ser usada em ensaios clínicos e modelos econômicos. O número de ferramentas usadas para avaliar quantitativamente a QV continua a se expandir, mas somente um pequeno número delas tem sido objeto de testes rigorosos para determinar suas consistência e capacidade para definir objetivos de tratamento de médio e longo prazo (COSTA, 2009).

No estudo de Costa (2009), utilizando o instrumento *WHOQOL-bref* para avaliar a qualidade de vida de pacientes em episódio reacional, o índice mais baixo de qualidade de vida foi observado no domínio físico (mediana de 46,4%). Índices baixos de qualidade foram também observados no domínio meio ambiente (mediana de 50%) e na percepção global da qualidade de vida e da saúde (mediana de 50,3%). Os índices mais altos de qualidade de vida foram observados nos domínios psicológico e das relações sociais, ambos com mediana de 58,3%.

A hanseníase causa sofrimento que ultrapassa a dor e o mal-estar estritamente vinculados ao prejuízo físico, com grande impacto social e psicológico, justificando tanto avanços para abordagem multidisciplinar ao paciente quanto a necessidade de ações de saúde que visem ao controle da doença (MARTINS *et al.*, 2008).

### 2.2.1 O estigma

Na antiguidade, o estigma era a marca de um corte ou uma queimadura no corpo e significava algo de mal para a convivência social (MELO, 1999). Constituía um sinal para se evitar contatos sociais, no contexto particular, e, principalmente, nas relações institucionais de caráter público, comprometendo as relações comerciais (GOFFMAN, 1993; LINK, PHELAN, 2001).

Na atualidade, a palavra estigma representa algo de mal, que deve ser evitado, uma ameaça à sociedade, isto é, uma identidade deteriorada para uma ação social (GOFFMAN, 1993). Assim, a sociedade estabelece um modelo de categorias e tenta catalogar as pessoas conforme os atributos considerados comuns e naturais pelos membros dessa categoria. Define, ainda, as categorias a que as pessoas devem pertencer, bem como os seus atributos, o que significa que a sociedade determina o padrão externo ao indivíduo, que permite prever a categoria e os atributos, a identidade social e as relações com o meio (GOFFMAN, 1993; LINK & PHELAN, 2001)

A pessoa que demonstra pertencer a uma categoria diferente é pouco aceita pelo grupo social, que não sabe lidar com o diferente, sendo estigmatizada socialmente e anulada no contexto da produção científica, técnica e humana (GOFFMAN, 1963).

A sociedade impõe a rejeição, leva à perda da confiança do indivíduo estigmatizado em si e reforça o caráter simbólico da representação social, segundo o qual esas pessoas são consideradas incapazes e prejudiciais à interação sadia na comunidade (GOFFMAN, 1963).

### 2.2.2 O estigma e a hanseníase

No contexto da qualidade de vida das pessoas com hanseníase, o estigma causado por essa doença afeta a saúde mental e a qualidade de vida, tendo sido detectada alta prevalência de problemas psiquiátricos nesses pacientes quando comparados à população geral ou com pacientes com outras doenças (TSUTSUMI *et al.*, 2004; 2007).

Alguns estudos mostraram que o estigma afeta muitos aspectos da vida das pessoas com hanseníase, tais como convívio social, atividades laborativas e religiosas, relações interpessoais e provoca aumento do estresse emocional (VAN BRAKEL, 2003).

O estigma imposto pela sociedade afeta a qualidade de vida não só das pessoas com hanseníase mas também de suas famílias, do ponto de vista social, econômico e psicológico (SCOTT, 2000; VAN BRAKEL, 2003; TSUTSUMI *et al.*, 2004).

A hanseníase leva a um grande prejuízo para a vida diária e relações interpessoais, provocando sofrimento que ultrapassa a dor e o mal estar estritamente vinculados ao prejuízo físico, com grande impacto social e psicológico (SINGHI *et al.*, 2004; LUKA, 2010).

As principais morbidades psicológicas encontradas entre as pessoas com hanseníase são depressão, ansiedade, vergonha, embaraço e alterações de imagem corporal (HEIJDEERS, 2006; MARTINS, 2008).

### **2.2.3 A importância de se mensurar a qualidade de vida**

É importante para a medicina moderna mensurar a qualidade de vida, com o intuito de se detectar qual a percepção que o indivíduo tem sobre si mesmo e sobre o seu estado de saúde, auxiliando na compreensão do processo de saúde-doença e de suas consequências para o paciente. O interesse em medir a QV na área de saúde surge à medida que os avanços na medicina têm proporcionado quedas nas taxas de mortalidade de algumas doenças e o aumento na expectativa de vida, levando em conta que o indivíduo deve viver, e sobretudo, viver com qualidade de vida (GAIVA, 1998).

A importância de se mensurar a QV torna-se relevante em condições crônicas que requerem tratamento longo, difícil e que apresentam potencial incapacitante. Ressalta-se impacto significativo na QV de familiares de portadores de doenças crônicas, acarretando problemas emocionais, sociais e financeiros (ZODPEY *et al.*, 2000).

### **2.2.4 Instrumentos de avaliação de transtornos psicossociais**

Para avaliação de transtornos psicossociais são utilizados métodos e instrumentos variados (ANEXOS 6 a 9), os quais podem ser aplicados em diversas populações. Eles diferenciam-se, no entanto, quanto ao foco: alguns medem a satisfação individual em relação às expectativas do indivíduo, outros medem os domínios físicos, sociais e mentais, e, ainda, existem aqueles métodos e instrumentos que focalizam o estado de saúde do indivíduo (BAKIRTZIEL, 1996). Dentre eles, podem-se destacar as escalas de Participação

e de Estigma Jacoby, Questionário sobre Discriminação e escala de Avaliação de Depressão de Hamilton.

#### 2.2.4.1 Escala de Participação

A escala de Participação foi elaborada a partir do domínio de participação da CIF por um grupo composto por profissionais do Brasil, Índia e Nepal. É um instrumento de 18 itens, traduzido e validado em sete línguas, inclusive o português, desenvolvido para pacientes com hanseníase ou incapacidades (ANEXO 6) (VAN BRAKEL *et al.*, 2006).

Avalia a percepção do indivíduo sobre a sua participação social, em comparação com um “par” – pessoa similar em todos os aspectos, exceto a presença da doença ou incapacidade (VAN BRAKEL *et al.*, 2006).

A Escala geralmente é aplicada em até 20 minutos e gera escores graduados em cinco categorias que abrangem desde ausência de restrição na participação social à restrição extrema (BRASIL, 2008b).

Pode ser utilizada por equipe não especializada, mas que deve ser treinada para a aplicação do questionário, a partir do manual do usuário da escala de Participação (VAN BRAKEL *et al.*, 2006).

Apresenta correlação item-total entre 0,32 a 0,73; concordância entre entrevistadores de 0,82 e intra-entrevistadores - que determina a estabilidade do método - de 0,83 (VAN BRAKEL *et al.*, 2006).

Este instrumento, em nível individual, tem como objetivo monitorar o progresso do paciente e selecionar pacientes para intervenções de reabilitação. Para a saúde coletiva, pode ser usado como base para o planejamento e

avaliação de intervenções, programas de integração social e de redução do estigma e campanhas de educação em saúde (VAN BRAKEL *et al.*, 2006).

Barbosa e colaboradores (2008), estudando com pacientes no pós-alta em hanseníase no Ceará, relataram que a escala de Participação foi de fácil utilização e que poderia ser utilizada principalmente durante o tratamento específico com a PQT, pois representa o período em que a pessoa enfrenta as maiores dificuldades de aceitação da doença e de aceitação pela sociedade, o que muitas vezes leva à restrição de sua participação social. Apesar disso, reconhece-se a necessidade de treinamento básico prévio para entendimento dos objetivos e do processo de aplicação da escala.

O manual do usuário da escala de Participação é completo e o pressuposto de comparação com “pares” foi passível de utilização junto às pessoas com hanseníase. Entretanto, esse aspecto foi levantado como um dos pontos questionáveis da escala e que poderia dificultar a sua compreensão (DIJKERS, 2006).

No período entre dezembro de 2008 e janeiro de 2009, Sihombing e colaboradores, estudando 1.358 pessoas com hanseníase, encontraram que cerca 60% dos pacientes apresentavam limitação de participação social.

#### 2.2.4.2 Escala de Estigma Jacoby

A Escala de Estigma Jacoby utilizada para pacientes com hanseníase foi adaptada da original, desenvolvida para avaliar pacientes com epilepsia (BAKER *et al.*, 1999). A escala adaptada mantém as mesmas três perguntas da escala original, sendo apenas substituída a palavra “epilepsia” por “hanseníase e suas

incapacidades”. Gera um escore que mede a extensão pela qual pessoas afetadas pela hanseníase percebem atitudes negativas ou comportamentos devido a sua condição de saúde (ANEXO 7) (SIHOMBING *et al.*, “in press”).

Sihombing e colaboradores (“in press”), em trabalho desenvolvido na Indonésia, entre dezembro de 2008 a janeiro de 2009, com 1.358 pacientes, encontraram 35% de pacientes que relatavam a percepção de estigma em relação à hanseníase e/ou incapacidades.

#### 2.2.4.3 Questionário sobre Discriminação

Para o registro de experiências de discriminação, foi utilizada uma versão adaptada de um formulário para o estudo de incapacidades na hanseníase publicado pelo WHO-SEARO (Escritório Regional do Sudeste da Ásia da Organização Mundial de Saúde), que avalia a discriminação social sofrida por pacientes com hanseníase. O questionário é composto por 13 perguntas, que não resultam em um escore total, relacionadas à assistência à saúde, relacionamentos sociais, na escola e no trabalho (ANEXO 8) (SIHOMBING *et al.*, “in press”).

Problemas relacionados ao casamento e dificuldades no emprego foram os itens mais frequentemente relatados durante a aplicação do Questionário de Discriminação (SIHOMBING *et al.*, “in press”).

#### 2.2.4.4 Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton

Criada em 1960, por Max Hamilton, é a escala de depressão administrada pelo pesquisador mais utilizada mundialmente, constituindo padrão de comparação para outras escalas desenvolvidas mais recentemente (ANEXO 9). É um formulário composto originalmente por 21 itens que serve como instrumento auxiliar para avaliação e quantificação dos sintomas depressivos e evolução do quadro da resposta do paciente ao tratamento (HAMILTON,1960).

As dimensões avaliadas pela escala original são: humor deprimido, suicídio, trabalho e perda de interesse, retardo, agitação, sintomas gastrintestinais, sintomas somáticos gerais, hipocondria, consciência e perda de peso. A escala possui versões de 17 e 21 itens. Em relação à escala original, criada em 1960, o formulário de 21 itens apresenta os seguintes itens: sentimento de culpa, insônias inicial, intermediária e tardia, ansiedade psíquica, ansiedade somática, sintomas genitais, variação diurna, despersonalização e perda de noção de realidade, sintomas paranóides e sintomas obsessivos e compulsivos (HAMILTON, 1960).

Os principais quesitos avaliados são humor, insônia, agitação, ansiedade e perda de peso, com três a cinco possibilidades de resposta, que aumentam de acordo com sua intensidade e frequência. A escala foi aplicada seguindo o “Manual estruturado para entrevista utilizando a escala de Hamilton” (WILLIAMS, 1998).

O autor da escala não propôs um “ponto de corte”, mas na prática clínica, considera-se que escores acima de 25 pontos identificam pacientes gravemente deprimidos; entre 18 e 24 pontos, pacientes moderadamente deprimidos e entre 7 e 17, levemente deprimidos (MORENO *et al.*, 1998).

Conforme artigo de revisão de Hedlund e Vieweg e colaboradores (1979), os coeficientes de consistência interna, que correspondem ao grau de coerência entre as respostas dos sujeitos a cada um dos itens da escala, variaram de 0,83 a 0,94; também foi estudada a confiabilidade entre avaliadores, que tem sido consistente ao longo de vários estudos (MORENO *et al.*, 1998).

## **3 OBJETIVOS**

### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar incapacidades físicas, restrições de atividade e de participação social, estigma, discriminação e transtornos psicossociais em casos novos de hanseníase atendidos no Hospital Eduardo de Menezes (HEM) da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), utilizando diferentes métodos, no período de janeiro de 2009 a outubro de 2010.

### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1) Definir o perfil epidemiológico dos casos novos de hanseníase atendidos no HEM/FHEMIG: distribuição por sexo, idade, raça/cor, estado civil, procedência, escolaridade e ocupação;
- 2) Determinar o perfil clínico dos casos novos de hanseníase atendidos no HEM/FHEMIG: distribuição por modo de detecção, baciloscopia, classificação operacional e forma clínica;
- 3) Determinar a frequência de incapacidades físicas, restrições de atividade e de participação social, estigma, discriminação e transtornos psicossociais em casos  
Verificar a possível associação entre presença de incapacidades físicas e

restrições de atividade e de participação social, estigma, discriminação, e transtornos psicossociais nos casos novos de hanseníase;

5) Definir os melhores métodos para avaliação das incapacidades físicas e limitações de atividades de vida diária.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de um estudo epidemiológico, de natureza descritiva, do tipo transversal envolvendo pacientes com hanseníase ao diagnóstico.

A pesquisa epidemiológica objetiva descrever a frequência, distribuição, padrão e tendência temporal de eventos ligados à saúde em populações específicas (BLOCH, COUTINHO, 2002).

O estudo descritivo corresponde à distribuição de frequência das doenças e dos agravos à saúde em função de variáveis ligadas ao tempo, ao espaço e à pessoa, possibilitando o detalhamento do perfil epidemiológico, com vistas à promoção da saúde (ROUQUAYROL, FILHO, 1999).

### **4.2 PACIENTES**

Os pacientes foram submetidos a questionários para avaliação de incapacidades físicas e transtornos psicossociais, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE).

#### **4.2.1 População estudada**

A amostra da população estudada foi constituída de 56 casos novos de hanseníase diagnosticados no Centro de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes ou referenciados ao mesmo no período de janeiro de 2009 a outubro de 2010.

#### **4.2.2 Cálculo do tamanho amostral**

O tamanho amostral foi calculado a partir de dados de um estudo piloto com 15 casos novos de hanseníase. O valor encontrado foi de 56 pacientes, considerando  $\alpha = 0,05$  (nível de confiança: 95%) e  $\beta = 0,20$  (poder do teste:  $1-\beta = 80\%$ ).

#### **4.2.3 Critérios de inclusão**

- a) Casos novos de hanseníase diagnosticados no Serviço de Dermatologia do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, ou referenciados ao mesmo, no período compreendido entre janeiro de 2009 a outubro de 2010;
- b) Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE).

#### **4.2.4 Critério de exclusão**

- a) Pacientes com diagnóstico de hanseníase há mais de três meses;

## 4.3 MÉTODOS

### 4.3.1 Instrumentos para coleta de dados

Para a avaliação das incapacidades físicas, foram utilizados os formulários de Grau de Incapacidade do Ministério da Saúde, o escore OMP, uma adaptação do Protocolo Resumido de Incapacidades, escalas SALSA e de atividade *Green Pastures*.

No Protocolo Resumido de Incapacidades adaptado, foram substituídos e acrescentados alguns itens em relação ao Protocolo Resumido de Incapacidades original, com o objetivo de se obter maior detalhamento e alcance do método. Assim, “piscamento” foi substituído por “sensibilidade corneana” e “fenda palpebral em milímetros” por “força do músculo orbicular do olho”. Foram introduzidos os seguintes itens: em relação aos olhos, a avaliação do “olho vermelho” e o item “grau de incapacidade”; na avaliação das mãos, os itens “extensão do punho”, “alterações neurais” e “grau de incapacidade”; para os pés, “extensão do hálux”, “alterações neurais” e “grau de incapacidade”. A avaliação do nariz foi introduzida e incluiu “dificuldade para respirar”, “úlceras” e “perfuração de septo”.

Ainda no domínio das incapacidades físicas, utilizou-se a escala SALSA, já traduzida e validada para a língua portuguesa, e a escala de atividade *Green Pastures*, traduzida pela pesquisadora e retraduzida para a língua de origem por uma colaboradora americana, a fim de se verificar a qualidade da tradução.

Em relação aos transtornos psicossociais, foram aplicadas as escalas de Participação e de Avaliação de Depressão de Hamilton, já traduzidas e validadas para o português. A escala de Estigma Jacoby, adaptada para a avaliação em

hanseníase e suas incapacidades, e o Questionário sobre Discriminação foram traduzidos e retraduzidos da mesma maneira citada para a escala de atividade *Green Pastures*.

#### **4.3.2 Procedimento de coleta de dados**

A cada participante do estudo foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE) e, mediante concordância em participar da pesquisa, foram apresentados os instrumentos de coleta de dados (ANEXOS 2 a 9). A coleta dos dados sobre as incapacidades físicas foi realizada pelas fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais do Centro de Referência Estadual em Dermatologia Sanitária do HEM/FHEMIG, todas envolvidas e treinadas para preenchimento das fichas dos pacientes. Os referidos dados foram colhidos dentro da rotina do serviço. A oftalmologista do serviço foi responsável pela avaliação das incapacidades oculares. A escala de Avaliação de Depressão de Hamilton, para avaliar depressão e ansiedade, foi aplicada pelo psicólogo do serviço ou pela autora, treinados para o uso da mesma.

A coleta de dados das escalas e do questionário realizou-se na forma de entrevista, conforme a orientação dos manuais de cada instrumento de avaliação.

#### **4.3.3 Fonte de informação**

A principal fonte de informação utilizada no estudo foi o prontuário do paciente atendido e, como fonte secundária, a ficha de notificação e investigação

do Sistema Nacional de Agravos e Notificação – SINAN - (ANEXO 10) (BRASIL, 2009b).

Após a validação, verificou-se a consistência interna e codificação dos dados. Os dados codificados foram para análise.

#### **4.3.4 Variáveis**

##### 4.3.4.1 Variáveis sócio-demográficas

a) Gênero:

1 masculino

2 feminino

b) Idade: idade em anos do paciente ao diagnóstico

0 – 15

16 – 20

21 – 30

31 – 40

41 – 50

51 – 60

61 – 70

71 – 80

≥ 81

c) Raça/cor: verificada pelo entrevistador no momento do diagnóstico, conforme ficha de notificação do SINAN

1. Branca
2. Preta
3. Amarela
4. Parda
5. Indígena
9. Ignorada

d) Estado civil: baseado na classificação do IBGE; o item casado(a) foi subdividido pela autora em casado(a) e união conjugal estável; e separado(a)/divorciado(a) foram colocados separadamente

1. Solteiro (a)
2. Casado (a)
3. União conjugal estável
4. Separado (a)
5. Divorciado (a)
6. Viúvo (a)
9. Ignorado

e) Região de procedência: segundo classificação oficial do Governo de Minas Gerais, conforme figura 3

1. Central
2. Centro-Oeste
3. Norte
4. Mata
5. Sul de Minas
6. Triângulo

7. Alto Paranaíba
8. Noroeste
9. Jequitinhonha/Mucuri
10. Rio Doce



**Figura 3** - Regiões de planejamento de Minas Gerais. Fonte: Governo de Minas Gerais.

f) Zona de procedência: conforme o SINAN

1. Urbana (área com característica estritamente urbana);
2. Rural (área com característica estritamente rural);
3. Periurbana (área rural com aglomeração populacional que se assemelha a uma área urbana);
9. Ignorado

g) Escolaridade: segundo o SINAN; a autora agrupou os itens “1ª a 4ª série incompleta, 4ª. série completa do ensino fundamental, 5ª. à 8ª. série incompleta do ensino fundamental e ensino fundamental completo” em “ensino fundamental”; ensino médio incompleto ou completo, em “ensino médio” e educação superior incompleta ou completa em “educação superior”

0 - Analfabeto

1 - Ensino fundamental

2 - Ensino médio

3 - Ensino superior

9 - Ignorado

10- Não se aplica

h) Ocupação: segundo a Classificação Brasileira de Ocupações e agrupada nas categorias abaixo

1. Empregado/trabalhando

2. Aposentado

3. Desempregado

4. Afastado

9. Não se aplica

#### 4.3.4.2 Variáveis clínicas

a) Modo de detecção:

1. Encaminhamento: caso encaminhado por outra unidade, instituições de saúde, consultório médico, agentes de saúde, colaboradores voluntários e outros modos para confirmação clínica do diagnóstico e/ou início do tratamento;

2. Demanda espontânea: caso novo que se apresentou voluntariamente à unidade de saúde devido a sinais e sintomas de hanseníase;

3. Exame de coletividade: caso novo diagnosticado a partir de exame clínico realizado para detecção de casos de hanseníase em pessoas pertencentes a grupos organizados ou não da comunidade, como escolas, fábricas, recrutas militares, empresa, campanhas e outros;

4. Exame de contatos: caso novo diagnosticado a partir de exame clínico dos contatos intradomiciliares de caso de hanseníase;

5. Outros modos

9. Ignorado

c) Baciloscopia: Exame laboratorial que representa a presença ou ausência do *Mycobacterium leprae* no esfregaço dérmico

0. Negativo

1. Positivo

9. Ignorado

d) Classificação operacional: definida pela OMS

1. PB (paucibacilar) – até cinco lesões de pele
2. MB (multibacilar) – mais do que cinco lesões de pele

e) Forma clínica: baseada na Classificação de Madrid, que considera as características das lesões cutâneas com alteração de sensibilidade, baciloscopia, critérios imunológicos e histológicos

1. I (Indeterminada)
2. T (Tuberculóide)
3. D (Dimorfa)
4. V (Virchowiana)

#### 4.3.4.3. Variáveis relacionadas às incapacidades físicas

b) Grau de incapacidade: segundo o Ministério da Saúde

0. nenhum problema com olhos, mãos e pés decorrente da hanseníase

1. diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos; diminuição ou perda da sensibilidade nas mãos e/ou pés (não sente 2 gramas ou toque da ponta da caneta)

2. **olhos:** lagofalmo e/ou ectrópio; triquíase; opacidade corneana central, acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a seis metros; **mãos:** lesões tróficas e/ou lesões traumáticas, garras, reabsorção, mão caída; **pés:** lesões tróficas e/ou lesões traumáticas, garras, reabsorção, pé caído e/ou contraturas do tornozelo;

c) Escore OMP: é resultado da soma dos graus de incapacidade de ambos os olhos, mãos e pés. Varia de 0 a 12.

d) Protocolo Resumido de Incapacidades adaptado

a) Nariz:

a.1) Dificuldade para respirar: identificada por meio de pergunta ao paciente (BRASIL,2008b)

0. Não

1. Sim

a.2) Úlceras: presença avaliada pela inspeção das narinas com o auxílio de um foco luminoso, posicionando-se o paciente com o pescoço estendido (BRASIL, 2008b)

0. Não

1. Sim

a.3) Perfuração do septo: presença avaliada pela inspeção das narinas com o auxílio de um foco luminoso, posicionando-se o paciente com o pescoço estendido (BRASIL, 2008b)

0. Não

1. Sim

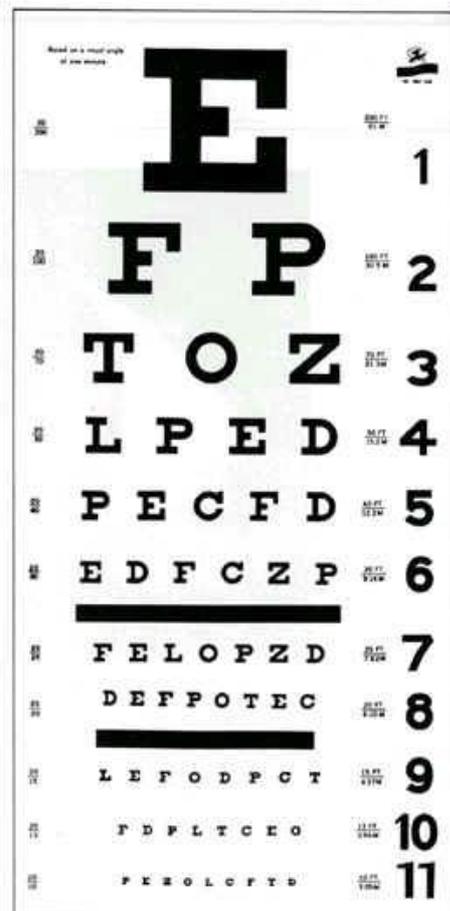
b) Olho:

b.1) Visão: avalia-se com o auxílio da Tabela de Snellen (figura 4) colocada na distância indicada nela (5 ou 6 metros). A linha 0,8 deve ficar na altura dos olhos da pessoa. Após explicar o procedimento ao paciente, aponta-se com um lápis preto para cada optotipo, começando com o maior. Considera-se como válida a última linha na qual o paciente consegue ler corretamente pelo menos 2/3 dos optotipos. Se o paciente não consegue ler o maior (0,05 ou 0,1), faz-se a contagem de dedos (CD), começando a seis metros. Aproximar-se de passo em passo. Registrar a distância em que o paciente consegue dar duas a três respostas corretas (e.g. CD a três metros). Se o paciente não consegue contar os dedos a um metro, verifica-se se ele percebe a movimentação da mão nesta distância. Em caso negativo, usar uma lanterna para verificar se ele percebe a presença do foco luminoso. Cada olho deve ser avaliado separadamente (BRASIL, 2008b).

0. Funcional ( $\geq 20/50$ , segundo a tabela de Snellen)

1. Prejudicada ( $< 20/50$ , segundo a tabela de Snellen)

2. Cegueira ( $< 20/200$ , segundo a tabela de Snellen, não conta dedos a pelo menos seis metros, não percebe a movimentação da mão a um metro ou não percebe a presença do foco luminoso a um metro)



**Figura 4** -Tabela de Snellen  
Fonte: BRASIL, 2008b.

b.2) Olho vermelho: avaliado pela inspeção da conjuntiva ocular. Para examinar a conjuntiva inferior, traciona-se a pálpebra inferior para baixo e pede-se ao paciente para olhar para cima; para a pálpebra superior, utiliza-se um cotonete e everte-se a pálpebra, com o paciente olhando para baixo (BRASIL, 2008b).

0. Não

1. Sim

b.3) Sensibilidade corneana: avaliada com um fio dental fino ou extrafino, sem sabor, medindo 5 cm de comprimento livre, tocando-se na periferia temporal da córnea (BRASIL, 2008b).

0. Preservada (piscamento imediato)

1. Diminuída (piscamento demorado)

2. Ausente (piscamento ausente)

b.4) Força do músculo orbicular do olho: pede-se ao paciente para fechar os olhos suavemente e com o dedo mínimo tenta-se elevar a pálpebra superior, observando e sentindo sua resistência e, ao soltar, observando seu retorno à posição anterior (BRASIL, 2008b).

0. Força normal

1. Força diminuída : diminuição da resistência ou pregueamento assimétrico

2. Paralisado: (presença de fenda/lagoftalmo)

c) Mão:

c.1) Abdução do 5º. dedo: a força muscular é mensurada por meio do teste de resistência manual, e graduada de 0 a 5, de acordo com a escala de Daniels (Figura 5)

GRAU	DESCRIÇÃO
0	Paralisia muscular (nenhum movimento voluntário)
1	Contração muscular sem movimento
2	Realiza o movimento parcial
3	Realiza o movimento completo contra a gravidade
4	Realiza o movimento completo contra a gravidade com resistência manual parcial
5	Realiza o movimento completo contra a gravidade com resistência manual máxima.

**Figura 5** - Escala de Daniels. Fonte: Brasil, 2010b.

5. Forte

4. Resistência diminuída com movimento total

3. Movimento total contra gravidade

2. Movimento reduzido

2. Contração

0. Paralisia

c.2) Elevação do polegar e extensão do punho: a força muscular é mensurada por meio do teste de resistência manual, e graduada de 0 a 5, de acordo com a escala de Daniels (Figura 5)

5. Forte

4. Resistência diminuída com movimento total

3. Movimento total contra gravidade

2. Movimento reduzido

1. Contração

0. Paralisia

c.3) Número de pontos não sentindo 2 gramas: contagem de pontos insensíveis ao monofilamento de 2 gramas nas palmas. Varia de 0 a 7

c.4) Número de úlceras: contagem do número de lesões em que há perda de substância na epiderme, derme e hipoderme na região palmar, devido à perda de sensibilidade.

c.5) Perda óssea: número de áreas com perda óssea, variando de 0 – sem perda a 15= amputação da referida área, de acordo com a divisão da figura abaixo (Figura 6):



**Figura 6** - Divisão da mão para avaliação de perda óssea  
Fonte: Autora

c.6) Alteração neural: a avaliação dos nervos periféricos é realizada através da palpação percutânea ao longo do trajeto do nervo, no qual podem ser percebidas as suas características estruturais, como espessamento, fibrose, abscesso, edema, dor e choque.

0. Sem alterações

1. Espessamento

2. Dor

3. Espessamento e dor

d) Pé:

d.1) Dorsiflexão e extensão do hálux: a força muscular é mensurada por meio do teste de resistência manual, e graduada de 0 a 5, de acordo com a escala de Daniels (Figura 5)

5. Forte

4. Resistência diminuída com movimento total

3. Movimento total contra gravidade

2. Movimento reduzido

1. Contração

0. Paralisia

d.2) Número de pontos não sentindo 2 gramas: contagem de pontos na plantas insensíveis ao monofilamento de 2 gramas. Varia de 0 a 10.

d.3) Número de úlceras: contagem do número de lesões em que há perda de substância na epiderme, derme e epiderme devido à insensibilidade plantar.

d.4) Perda óssea: número de áreas com perda óssea, variando de 0 – sem perda a 15= amputação da parte, de acordo com a divisão da Figura 7



**Figura 7 -** Divisão do pé para avaliação de perda óssea  
Fonte: Autora

d.5) Alteração neural: O exame dos nervos periféricos é realizada através da palpação percutânea ao longo do trajeto do nervo, no qual podem ser percebidas as suas características estruturais como espessamento, fibrose, abscesso, edema, dor e choque.

0. Sem alterações

1. Espessamento

2. Dor

3. Espessamento e dor

d.6) Escala SALSA:

d.6.1) avalia se o paciente consegue realizar atividades de vida diária. Escore 0 a 80.

d.6.1.2) Se sim. O quanto isso é fácil?

1. Fácil
2. Um pouco difícil
3. Muito difícil

d.6.1.3) Se não. Por que não?

0. Não preciso fazer isso
4. Fisicamente não consigo ou evito por causa do risco

d.6.2) se possui consciência do risco de realizar 11 das 20 atividades da escala. O item 4 “fisicamente não consigo/evito por causa do risco” é circulado nestas perguntas específicas. Escore varia de 0 a 11.

d.7) Escala de Atividade *Green Pastures*: avalia o paciente na execução de atividades de vida diária em 34 perguntas. Escore 0 a 136

0. Não preciso fazer isso ou Não é difícil
1. Um pouco difícil
2. Muito difícil
4. Não posso devido à minha condição

#### 4.3.4.4 Variáveis relacionadas aos transtornos psicossociais

a) Escala de Participação: 18 perguntas que avaliam a participação do paciente na sociedade. Escore de 0 a 90.

0. Sim

Se às vezes, não, irrelevante, eu não quero, eu não preciso. Perguntar o quanto isso é um problema para o paciente:

1. Não é problema

2. Problema pequeno

3. Problema médio

5. Problema grande

b) Escala de Estigma Jacoby: três perguntas que avaliam o estigma percebido pelo paciente em relação à doença. Escore de 0 a 3

0. Não

1. Sim

c) Questionário sobre Discriminação: apresenta itens que avaliam a ocorrência de situações de discriminação sofridas pelo paciente.

0 Não

1 Sim

9 Não se aplica

d) Escala de Depressão Hamilton: apresenta 21 itens com diferentes números de alternativa de resposta (de 0 a 5). O escore varia de 0 a 64

## 4.4 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram digitados no programa EpiData (Epidata 3.1 para Windows: The Epidata Association, Odense, Dinamarca). Posteriormente, o banco foi convertido para o SPSS (*Statistical Package for the Social Science* 17.0 para Windows: SPSS Incorporation, Chicago, Estados Unidos da América, 2007). O processamento dos dados foi realizado utilizando-se o programa SPSS versão 17.0. Efetuou-se a distribuição de frequência das principais variáveis, com objetivo de caracterizar a população atendida no serviço.

### 4.4.1 Testes Estatísticos

#### 4.4.1.1 Teste Qui-quadrado de Pearson

Empregou-se o teste Qui-quadrado de Pearson para avaliar a existência de associação entre duas variáveis. Um valor significativo, inferior a 0,05, indica associação entre as variáveis (SOARES, SIQUEIRA, 2002).

#### 4.4.1.2 Teste Exato de Fisher

O Teste Exato de Fisher foi utilizado quando o valor esperado em alguma casela na tabela 2 x 2 foi menor que 5. Nesse caso, o uso da distribuição Qui-Quadrado não é mais completamente apropriado. Ou seja, o grau de certeza na decisão tomada não é exatamente aquele fornecido pela distribuição Qui-Quadrado (SOARES, SIQUEIRA, 2002).

#### 4.4.1.3 Curva ROC (Receiver Operating Characteristic)

A curva ROC é uma representação gráfica de sensibilidade *versus* 1 menos a especificidade, proporcionando a escolha do ponto de corte mais apropriado para definir um teste positivo. Cada ponto da curva representa a interseção das duas medidas (ZWEIG, CAMPBELL, 1993).

A área abaixo da curva varia entre 0 e 1 e é um indicador de quão bom o índice em questão é para distinguir um teste positivo. Área de 0,5 (linha diagonal) indica que o índice não tem nenhum poder de predição e o valor 1, corresponde a um perfeito poder de predição (VAN DER SCHOUW *et al.*, 1992).

### 4.5 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

O levantamento bibliográfico foi realizado nas bases de dados da BVS (Biblioteca Virtual da Saúde) – LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), acervo da biblioteca da OMS e biblioteca do MS.

Utilizou-se também o Medline Interface Pubmed. Os termos pesquisados na LILACS foram selecionados nos Descritores em Ciências da Saúde (DECs) da BVS: hanseníase, *Mycobacterium leprae*, qualidade de vida, escala de participação, estigma. No Medline, foram utilizados os descritores do MESH (Medical Subject Headings): *leprosy, Mycobacterium leprae, disability evaluation, CIF, activities of daily living, depression, life quality*.

Os filtros utilizados foram publicações nos idiomas português, espanhol, inglês e francês e trabalhos dos últimos dez anos. Foram realizadas também pesquisas em bibliotecas universitárias e selecionados artigos de periódicos, teses e dissertações.

As citações no texto foram indicadas pelo sistema autor-data e as referências foram organizadas no final do trabalho, em ordem alfabética, de acordo com as normas preconizadas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

#### **4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

O projeto foi submetido inicialmente à apreciação do Comitê da Ética em Pesquisa do Hospital Eduardo de Menezes da FHEMIG. Em seguida, foi enviado para a aprovação do colegiado da Pós-graduação em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical, da Câmara do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFMG e do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG. Os anexos 11 a 14 mostram os relatórios de aprovação desses comitês.

Os pacientes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa mediante leitura do termo de consentimento e esclarecimento de dúvidas. Os participantes só foram incluídos no estudo mediante assinatura do termo de consentimento esclarecido (APÊNDICE). Nenhum paciente recusou-se a participar da pesquisa. Houve perda de seguimento, sobretudo, devido à mudança de cidade e abandono de tratamento. Os dados obtidos foram utilizados exclusivamente para os fins de pesquisa e a identidade dos pacientes foi mantida em total sigilo.

## **5 RESULTADOS**

Os resultados encontrados foram dispostos em tabelas e figuras, as quais são apresentadas a seguir.

### **5.1 ANÁLISE DESCRITIVA E EXPLORATÓRIA DOS DADOS**

#### **5.1.1 Distribuição sócio-demográfica**

A tabela 1 apresenta as características sócio-demográficas dos pacientes estudados.

**Tabela 1**

Distribuição de frequências das características **sócio-demográficas** de 56 casos novos de hanseníase atendidos no Centro de Referência em Dermatologia Sanitária, do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, janeiro de 2009 a outubro de 2010.

<b>Variáveis</b>	<b>Frequencia 56</b>	<b>Percentual (%) 100</b>
<b>Gênero</b>		
Masculino	32	57,1
Feminino	24	42,9
<b>Idade</b>		
0 – 15	6	10,6
16 – 20	3	5,4
21 – 30	4	7,2
31 – 40	19	34
41 – 50	4	7,2
51 – 60	12	21,3
61 – 70	7	12,5
71 – 80	1	1,8
<b>Raça/cor</b>		
Branca	21	37,5
Negra	7	12,5
Parda	28	50,0
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	17	30,4
Casado	30	53,5
Amasiado	5	8,9
Separado	2	3,6
Divorciado	1	1,8
Viúvo	1	1,8
<b>Região de procedência</b>		
Central	52	92,8
Centro-Oeste	2	3,6
Norte	2	3,6
<b>Zona de Procedência</b>		
Urbana	53	94,6
Rural	2	3,6
Ignorado	1	1,8
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	5	8,9
Ensino fundamental	32	57,1
Ensino médio	7	12,5
Ensino superior	2	3,6
Ignorado	10	17,9
<b>Ocupação</b>		
Afastado	6	10,6
Aposentado	4	7,2
Desempregado	4	7,2
Empregado/trabalhando	42	75,0

Verificou-se relativo equilíbrio na distribuição dos casos entre os gêneros, com discreta predominância no sexo masculino (57,1%).

A faixa etária predominante foi de 31 a 40 anos (34%). Observa-se que, entre os menores de 15 anos, o percentual foi de 10,6%. Em relação à distribuição dos casos segundo a cor, verificou-se que há predomínio de pardos e negros, perfazendo a soma de 62,5%.

Quanto ao estado civil, observou-se maior número de casos da doença entre casados, 53,5% dos casos, seguidos de 34,4% entre os solteiros.

Quanto à região de procedência, verificou-se predomínio da região Central do estado (92,8%) e quanto a zona de procedência, encontrou-se maior índice para os moradores da zona urbana (94,6%).

Em relação à escolaridade, verificou-se que a maior parte dos entrevistados tinha ensino fundamental completo (75,1%), com número baixo de pacientes com grau superior de ensino (3,6%). Quanto à ocupação, constatou-se que 75% dos pacientes estavam empregados ou trabalhando, enquanto que 10,6% encontravam-se afastados do trabalho. Quanto aos desempregados, verificou-se percentual de 7,2%.

A tabela 2 mostra as características sócio-demográficas segundo o gênero dos pacientes estudados.

**Tabela 2**

Frequência das características **sócio-demográficas, segundo o gênero**, dos 56 casos novos de hanseníase atendidos no Centro de Referência em Dermatologia Sanitária, do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, janeiro de 2009 a outubro de 2010.

	Gênero		Total (%) 56 (100)
	Masculino (%) 32 (57,1)	Feminino (%) 24 (42,9)	
<b>Cor</b>			
Branca	12 (37,5)	9 (37,6)	21 (37,5)
Negra	5 (15,7)	2 (8,2)	7 (12,5)
Parda	15 (46,8)	13 (54,2)	28 (50,0)
<b>Estado Civil</b>			
Solteiro	11 (34,5)	6 (25,0)	17 (30,4)
Casado	15 (46,8)	15 (62,4)	30 (53,5)
Amasiado	4 (12,5)	1 (4,2)	5 (8,9)
Separado	1 (3,1)	1 (4,2)	2 (3,6)
Divorciado	0	1 (4,2)	1 (1,8)
Viúvo	1 (3,1)	0	1 (1,8)
<b>Região estadual de procedência</b>			
Central	30 (93,7)	22 (91,8)	52 (92,8)
Centro-Oeste	0	2 (8,2)	2 (3,6)
Norte	2 (6,3)	0	3 (3,6)
<b>Escolaridade</b>			
Analfabeto	4 (12,5)	1 (4,2)	5 (8,9)
Ensino fundamental	20 (62,5)	12 (50,0)	32 (57,1)
Ensino médio	3 (9,4)	4 (16,6)	7 (12,5)
Ensino superior	1 (3,1)	1 (4,2)	2 (3,6)
Ignorado	4 (12,5)	6 (25,0)	10 (17,9)
<b>Ocupação</b>			
Empregado	22 (68,6)	20 (83,4)	42 (75,0)
Afastado	5 (15,7)	1 (4,2)	6 (10,6)
Aposentado	2 (6,3)	2 (8,2)	4 (7,2)
Desempregado	3 (9,4)	1 (4,2)	4 (7,2)

Analisando a frequência das características sócio-demográficas segundo o gênero dos pacientes, observou-se que, entre os pacientes do sexo masculino, 46,8% eram pardos e este mesmo percentual foi encontrado para os pacientes casados. Quanto à região estadual de procedência, 93,7% dos pacientes eram provenientes da região Central do estado. Observou-se, ainda, que 62,5% dos pacientes do sexo masculino tinham apenas o ensino fundamental, enquanto que somente 3,1%, ou seja, um paciente tinha grau superior de escolaridade. Quanto à ocupação 68,6% encontravam-se empregados e 9,4% estavam desempregados.

Entre as mulheres, observou-se que 54,2% eram da cor parda, 62,4% eram casadas e 91,8% eram provenientes da região central do estado. Encontrou-se, ainda, que 50% das mulheres tinham ensino fundamental e apenas uma paciente tinha grau superior de escolaridade. Quanto à ocupação, 83,4% encontravam-se trabalhando e 4,2% estavam desempregadas.

Observou-se que, quanto à cor, houve equilíbrio entre os homens e mulheres, com ligeiro predomínio de pardos entre o gênero feminino. Quanto ao estado civil, notou-se o mesmo número de pacientes casados em ambos os sexos. Observou-se ainda que, no gênero masculino, houve equilíbrio entre os casados e solteiros. Já entre gênero feminino, observou-se predomínio de mulheres casadas.

### **5.1.2 Distribuição clínica**

A tabela 3 apresenta os dados encontrados referentes às características clínicas dos pacientes do estudo.

**Tabela 3**

Distribuição de frequências das características **clínicas** dos 56 casos novos de hanseníase atendidos no Centro de Referência em Dermatologia Sanitária, do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, janeiro de 2009 a outubro de 2010.

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência (56)</b>	<b>Percentual (100%)</b>
<b>Modo de detecção</b>		
Encaminhamento	41	73,2
Demanda espontânea	9	16,1
Exame de Contato	4	7,1
Outros	2	3,6
<b>Baciloscopia</b>		
Negativa	30	53,5
Positiva	23	41,1
Ignorada	3	5,4
<b>Classificação operacional</b>		
PB	3	5,4
MB	53	94,6
<b>Forma clínica</b>		
Intederminada	1	1,8
Tuberculóide	3	5,4
Dimorfa	40	71,5
Virchowiana	12	21,3

Observa-se que houve predomínio de encaminhamentos no modo de detecção (73,2%). Quanto à baciloscopia, 53,5% tinham índice bacilosκόpio negativo. Em relação à classificação operacional, a grande maioria dos pacientes era multibacilar (94,6%). Em relação à forma clínica, 71,5% foram classificados na forma dimorfa.

### **5.1.3 Distribuição das características relacionadas às incapacidades físicas e transtornos psicossociais**

A tabela 4 apresenta a frequência das características relacionadas às incapacidades físicas.

**Tabela 4**

Distribuição de frequências das características **relacionadas às incapacidades físicas** dos 56 casos novos de hanseníase atendidos no Centro de Referência em Dermatologia Sanitária, do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, janeiro de 2009 a outubro de 2010.

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência (56)</b>	<b>Percentual (100%)</b>
<b>Grau de incapacidade</b>		
Grau 0	23	41,1
Grau 1	24	42,9
Grau 2	9	16,0
<b>Escore OMP</b>		
Escore 0	22	39
Escore 1	10	17,9
Escore 2	11	19,8
Escore 3	5	8,9
Escore 4	4	7,2
Escore 5	1	1,8
Escore 6	2	3,6
Escore 7	1	1,8
<b>Limitação de atividade (SALSA)</b>		
Nenhuma (0-24)	30	53,5
Leve (25-39)	20	35,8
Moderada (40-49)	5	8,9
Grave (50-80)	1	1,8
<b>Consciência de risco</b>		
Escore 0	31	55,0
Escore 1	11	19,0
Escore 2	5	8,9
Escore 3	5	8,9
Escore 4	2	3,6
Escore 5	2	3,6
<b>Limitação de atividade (Green Pastures)</b>		
Ausente (0-4)	29	51,8
Leve (5-23)	18	32,1
Moderada (24-35)	4	7,2
Grave (36-74)	5	8,9

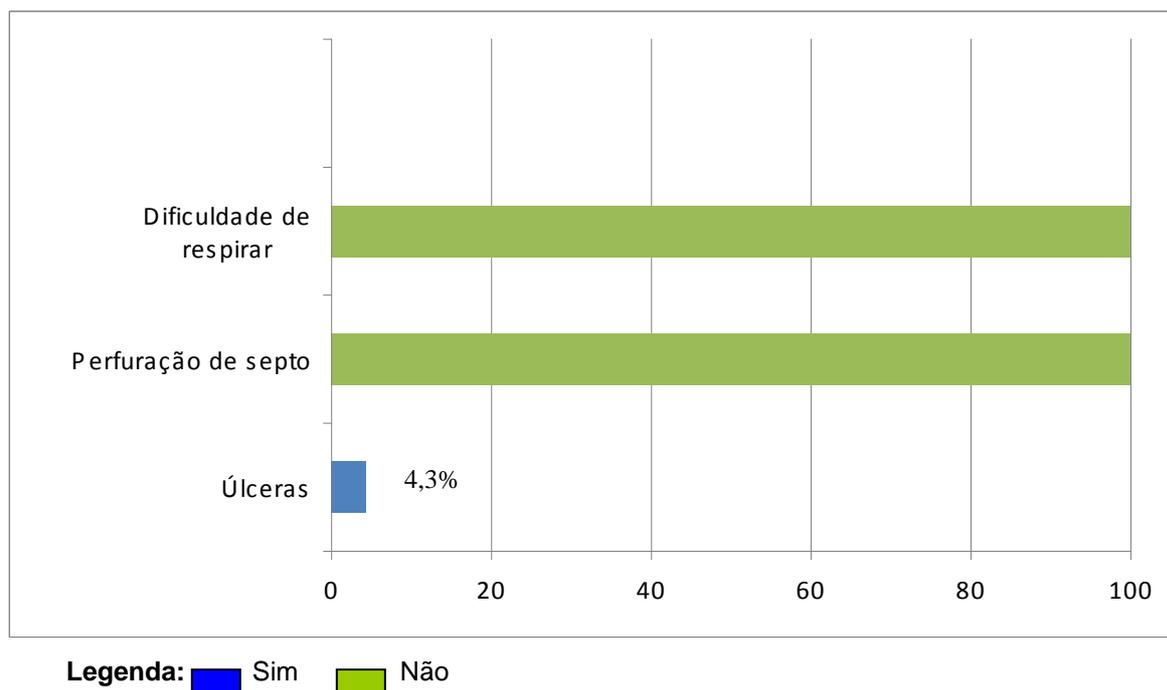
Não há diferença na porcentagem de pacientes apresentando grau 1 de incapacidade (42,9%) em relação ao grau 0 (41,1%). Quanto à avaliação de incapacidade nos olhos, mãos e pés utilizando o escore OMP, observou-se que 39% dos pacientes não apresentaram nenhuma incapacidade, enquanto que em 61% dos casos encontrou-se escore maior que zero.

Quanto à limitação de atividade, avaliada através do instrumento SALSA, verificou-se que 46,5% dos pacientes apresentavam limitação de leve a grave, com predomínio da limitação leve (35,8%) entre os casos. Sobre a consciência de risco, notou-se que 45% dos pacientes tinham consciência do risco em

realizar algumas atividades. Já 55% não apresentavam consciência quanto a esse risco.

O instrumento *Green Pastures* avaliou a limitação de atividade mostrando que 48,2% apresentaram limitação de leve a grave. Observou-se equivalência com os resultados apresentados através da avaliação com o instrumento SALSA, com a presença de algum grau de limitação de atividade (46,5%) entre os pacientes.

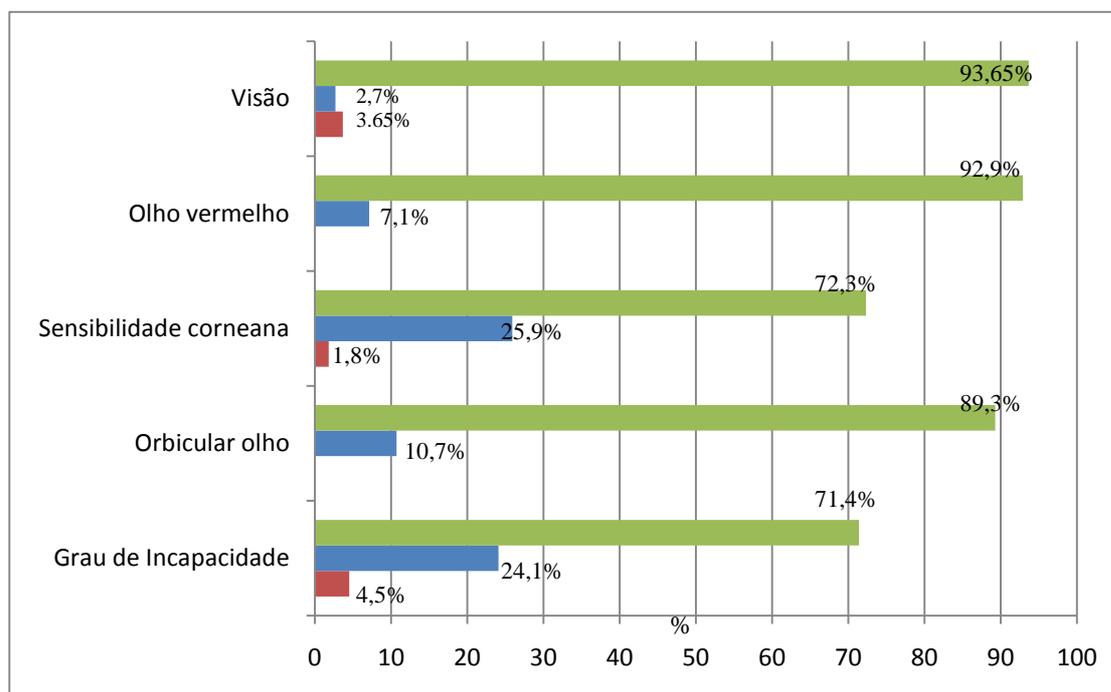
A figura 8 apresenta as alterações no nariz segundo o protocolo resumido de incapacidades adaptado.



**Figura 8** - Frequência de **alteração no nariz segundo o Protocolo Resumido de Incapacidades adaptado**, dos 56 casos novos de hanseníase atendidos no Centro de Referência em Dermatologia Sanitária, do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, janeiro de 2009 a outubro de 2010.

Quanto à alteração no nariz segundo o Protocolo Resumido de Incapacidades adaptado, a figura 8 mostra que 4,3 % dos pacientes apresentaram úlceras no nariz.

A figura 9 apresenta as alterações do olho segundo o protocolo resumido de incapacidades adaptado.



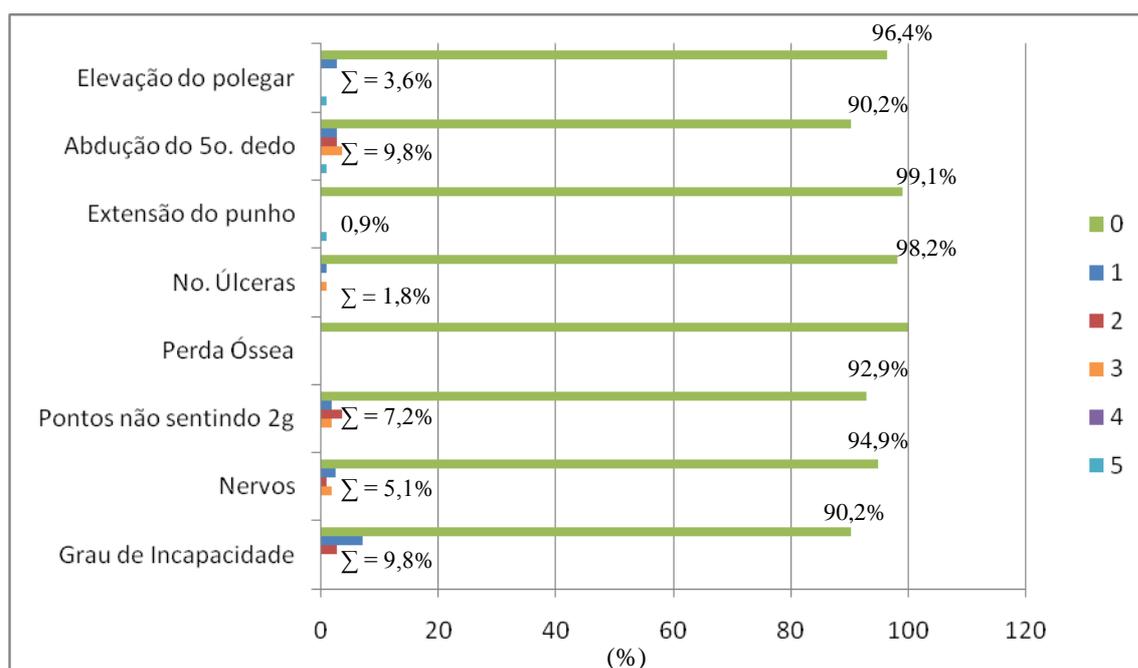
#### Legenda

- Visão :** ■ Funcional  $\geq 20/50$     ■ Prejudicada  $< 20/50$     ■ Cegueira
- Olho vermelho:** ■ Não    ■ Sim
- Sensibilidade corneana:** ■ Preservada    ■ Diminuída    ■ Ausente
- Orbicular olho:** ■ Normal    ■ Força diminuída    ■ Paralisado
- Grau de incapacidade:** ■ Sem incapacidades    ■ Falta de sensibilidade  
 ■ Incapacidade visual e/ou visão  $< 20/200$

**Figura 9** - Frequência de alterações no olho segundo o Protocolo Resumido de Incapacidades adaptado dos 56 casos novos de hanseníase atendidos no Centro de Referência em Dermatologia Sanitária, do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, janeiro de 2009 a outubro de 2010.

Com relação às alterações no olho, verificou-se que a maioria dos pacientes foram avaliados dentro da normalidade quanto às alterações relativas à visão, olho vermelho, sensibilidade corneana, força do músculo orbicular do olho e Grau de Incapacidade. Observou-se que alguns pacientes apresentaram alteração relativa à visão (6,35%), sensibilidade corneana (27,7%), força do músculo orbicular do olho (10,7%), olho vermelho (7,1%) e grau de incapacidade (28,6%).

A figura 10 apresenta as alterações nas mãos segundo o protocolo resumido de incapacidades adaptado.



#### Legenda:

**Elevação do polegar:** ■ Forte ■ Resistência diminuída com movimento total ■ Paralisia

**Abdução do 5º dedo:** ■ Forte ■ Resistência diminuída com movimento total ■ Movimento total contra gravidade ■ Movimento reduzido ■ Paralisia

**Extensão do punho:** ■ Forte ■ Paralisia

**Nº de úlceras:** ■ Sem úlceras ■ Uma úlcera ■ Duas úlceras

**Pontos não sentidos 2g (%):** ■ 87,5% ■ 3,6% ■ 7,1% ■ 5,4%

**Nervos:** ■ Sem alterações ■ Espessamento ■ Dor ■ Espessamento e dor

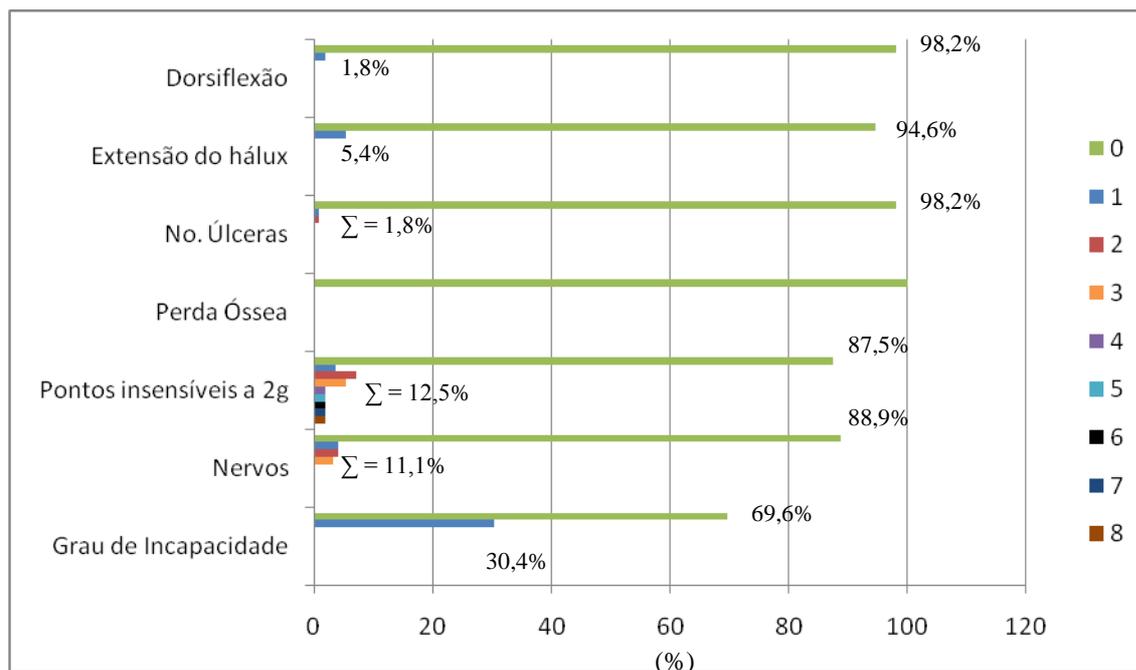
**Grau de incapacidade:** ■ Sem incapacidades ■ Falta de sensibilidade ■ Incapacidade visível

**Figura 10** - Frequência de **alteração nas mãos segundo o Protocolo Resumido de Incapacidades adaptado** dos 56 casos novos de hanseníase atendidos no Centro de Referência em Dermatologia Sanitária, do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, janeiro de 2009 a outubro de 2010.

Na avaliação das mãos houve relato de pacientes com alguma alteração, destacando o grau de incapacidade, para o qual 9,8% dos pacientes apresentaram perda de sensibilidade e incapacidade visível; 3,6% tinham resistência diminuída e paralisia na elevação do polegar; 9,8% apresentaram

resistência diminuída, movimento reduzido e paralisia na avaliação da abdução do 5º dedo; 1,8% tinham uma ou três úlceras na mão; 7,2% apresentaram pontos insensíveis ao monofilamento de 2 gramas nas palmas e 5,1% tinham espessamento e/ou dor em um ou mais dos principais nervos dos membros superiores.

A figura 11 apresenta as alterações nos pés segundo o protocolo resumido de incapacidades adaptado.



#### Legenda

**Dorsiflexão:** ■ Forte ■ Resistência diminuída com movimento total

**Extensão do hálux:** ■ Forte ■ Resistência diminuída com movimento total

**Nº de úlceras:** ■ Sem úlceras ■ Uma úlcera ■ Duas úlceras

**Pontos insensíveis a 2g (%):** ■ 87,5% ■ 3,6% ■ 7,1% ■ 5,4% ■ 1,8% ■ 1,8% ■ 1,8%  
■ 1,8% ■ 1,8%

**Nervos:** ■ Ausente ■ Espessamento ■ Dor ■ Espessamento e dor

**Grau de incapacidade:** ■ Sem incapacidades ■ Falta de sensibilidade ■ Incapacidade visível

**Figura 11** - Frequência de alteração nos pés segundo o Protocolo Resumido de Incapacidades adaptado dos 56 casos novos de hanseníase atendidos no Centro de Referência em Dermatologia Sanitária, do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, janeiro de 2009 a outubro de 2010.

Segundo o Protocolo Resumido de Incapacidades adaptado, houve pacientes que apresentaram alterações nos pés. 1,8% apresentaram resistência diminuída com movimento total ao se avaliar a dorsiflexão e 5,4%, à extensão do hálux. 1,8% dos pacientes apresentaram uma ou duas úlceras nos pés. 12,5% tinham presença de pontos insensíveis a 2 gramas nas plantas. Quanto à

avaliação dos nervos, 11,1% apresentaram espessamento e/ou dor. 30,4% apresentaram insensibilidade e incapacidade visível nos pés.

Na tabela 5, apresentam-se os resultados referentes às características dos transtornos psicossociais nos pacientes do estudo.

**Tabela 5**

Distribuição de frequências das características relacionadas aos **transtornos psicossociais** dos 56 casos novos de hanseníase atendidos no Centro de Referência em Dermatologia Sanitária, do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, janeiro de 2009 a outubro de 2010.

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência (56)</b>	<b>Percentual (100%)</b>
<b>Participação social</b>		
Sem restrição (0-12)	39	69,8
Sem restrição significativa (13-22)	5	10,6
Leve restrição (23-32)	5	8,9
Restrição moderada (33-52)	5	8,9
Restrição grave ou extrema (53-90)	1	1,8
<b>Estigma de Jacoby</b>		
Ausente	38	67,9
Presente	18	32,1
<b>Escala de Depressão de Hamilton</b>		
Ausente (0-4)	23	41,1
Leve (5-23)	19	34,0
Moderada (24-35)	9	16,0
Grave (36-74)	5	8,9

Observa-se que, dos 56 casos novos de hanseníase avaliados neste estudo, 11 pacientes (19,6%) relataram algum tipo de restrição à participação social (leve, moderada, grave ou extrema); 32,1% possuíam percepção de estigma em relação à hanseníase e/ou incapacidades; 58,9% apresentaram depressão leve, moderada ou grave, segundo a escala de Avaliação de Depressão de Hamilton.

A tabela 6 apresenta os resultados dos domínios físicos e psicossociais, segundo o gênero, dos casos novos de hanseníase presentes neste estudo.

Tabela 6

Frequência dos **domínios físicos e psicossociais, segundo o gênero** dos 56 casos novos de hanseníase atendidos no Centro de Referência em Dermatologia Sanitário, do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, janeiro de 2009 a outubro de 2010.

	Gênero		Total (%) 56 (100)
	Masculino (%) 32 (57,1)	Feminino (%) 24 (42,9)	
<b>Grau de incapacidade</b>			
Grau 0	12 (37,5)	11 (45,8)	23 (41,1)
Grau 1	15 (46,8)	9 (37,6)	24 (42,9)
Grau 2	5 (15,7)	4 (16,6)	9 (16,0)
<b>Escore OMP</b>			
Escore 0	12 (37,5)	10 (41,6)	22 (39)
Escore 1	9 (28,1)	1 (4,2)	10 (17,9)
Escore 2	5 (15,7)	6 (25)	11 (19,8)
Escore 3	1 (3,1)	4 (16,6)	5 (8,9)
Escore 4	3 (9,4)	1 (4,2)	4 (7,2)
Escore 5	0	1 (4,2)	1 (1,8)
Escore 6	1 (3,1)	1 (4,2)	2 (3,6)
Escore 7	1 (3,1)	0	1 (1,8)
<b>Limitação da atividade (SALSA)</b>			
Nenhuma	16 (50)	14 (58,2)	30 (53,5)
Leve	12 (37,5)	8 (33,6)	20 (35,8)
Moderada	3 (9,4)	2 (8,2)	5 (8,9)
Grave	1 (3,1)	0	1 (1,8)
<b>Consciência de risco</b>			
Escore 0	16 (50)	15 (62,4)	31 (55,2)
Escore 1	8 (25)	3 (12,5)	11 (19,8)
Escore 2	4 (12,5)	1 (4,2)	5 (8,9)
Escore 3	2 (6,3)	3 (12,5)	5 (8,9)
Escore 4	1 (3,1)	1 (4,2)	2 (3,6)
Escore 5	1 (3,1)	1 (4,2)	2 (3,6)
<b>Limitação de atividade (Green Pastures)</b>			
Ausente	16 (50)	13 (54,2)	29 (51,8)
Leve	8 (25)	10 (41,6)	18 (32,1)
Moderada	4 (12,5)	0	4 (7,2)
Grave	4 (12,5)	1 (4,2)	5 (8,9)
<b>Escala de participação</b>			
Sem restrição	21 (65,5)	18 (75)	39 (69,8)
Sem restrição significativa	3 (9,4)	3 (12,5)	6 (10,6)
Leve restrição	5 (15,7)	0	5 (8,9)
Restrição moderada	2 (6,3)	3 (12,5)	5 (8,9)
Restrição grave ou extrema	1 (3,1)	0	1 (1,8)
<b>Estigma</b>			
Ausente	21 (65,5)	17 (70,8)	38 (67,9)
Presente	12 (34,5)	7 (29,2)	18 (32,1)
<b>Hamilton (Depressão)</b>			
Ausente	15 (46,8)	8 (33,6)	23 (41,1)
Leve	9 (28,1)	10 (41,6)	19 (34)
Moderada	5 (15,7)	4 (16,6)	9 (16)
Grave	3 (9,4)	2 (8,2)	5 (8,9)

Na avaliação da frequência dos domínios físicos e psicossociais, segundo o gênero, observa-se que, dos casos que apresentaram grau de incapacidade 1 ou 2, 20 (35,7%) eram homens. O gênero masculino foi o que apresentou maior

percentual na avaliação dos olhos, mãos e pés, sendo que, dos homens, 62,5% apresentaram escore OMP > 0.

Observou-se, quanto à limitação da atividade avaliada pela escala SALSA, que 16 (50%) pacientes do gênero masculino apresentavam limitação de leve a grave e que o mesmo percentual dos homens apresentavam consciência do risco de algumas atividades. Entre as mulheres, a maioria (58,2%) não apresentou qualquer limitação de atividade; no entanto, sobre a consciência de risco, esse percentual aumentou em comparação com os pacientes do gênero masculino: 62,4% das mulheres não tinham consciência do risco de algumas atividades para pacientes com hanseníase .

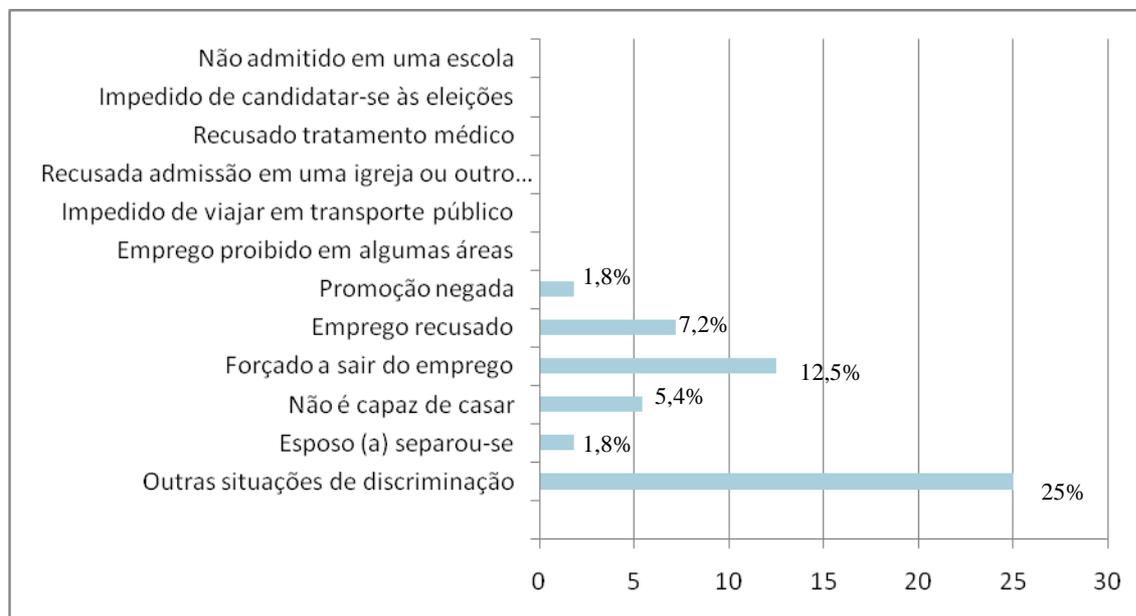
Com o instrumento *Green Pastures*, também utilizado para avaliar a limitação de atividade, constatou-se que, entre os homens, os resultados foram iguais aos apresentados na avaliação pela escala SALSA (50%). Já entre as mulheres, houve pequena diferença entre os casos que apresentaram limitação de atividade (45,8%) em relação ao instrumento SALSA (41,8%).

Quanto à escala de Participação, observou-se que apenas oito (25,1%) dos 30 casos de pacientes categorizados no gênero masculino apresentaram restrição de leve à grave/extrema. Percentual semelhante foi encontrado entre as mulheres (25%).

Quanto à avaliação do estigma, pela escala de Estigma Jacoby, 34,5% dos homens e 29,2% das mulheres tinham percepção do estigma.

Os casos com presença de algum grau depressão, segundo a escala de avaliação de depressão de Hamilton, predominaram nas mulheres (66,4%) em comparação com os homens (53,2%).

A figura 12 apresenta as respostas afirmativas às questões sobre discriminação.



Legenda:  Respostas afirmativas

**Figura 12** - Frequência de **respostas afirmativas às questões sobre discriminação** dos 56 casos novos de hanseníase atendidos no Centro de Referência em Dermatologia Sanitário, do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, janeiro de 2009 a outubro de 2010.

Observa-se que 21,5% dos pacientes relataram situações de discriminação referentes ao emprego e 7,2%, nas relações afetivas; 25% dos pacientes sofreram outras situações de discriminação.

## 5.2 ANÁLISE UNIVARIADA ENTRE AS VARIÁVEIS DOS DOMÍNIOS FÍSICO E PSICOSSOCIAL

**Tabela 7**

Tabela de contingência comparando os **domínios físicos e psicossociais** dos 56 casos novos de hanseníase atendidos no Centro de Referência em Dermatologia Sanitária, do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Belo Horizonte, janeiro de 2009 a outubro de 2010.

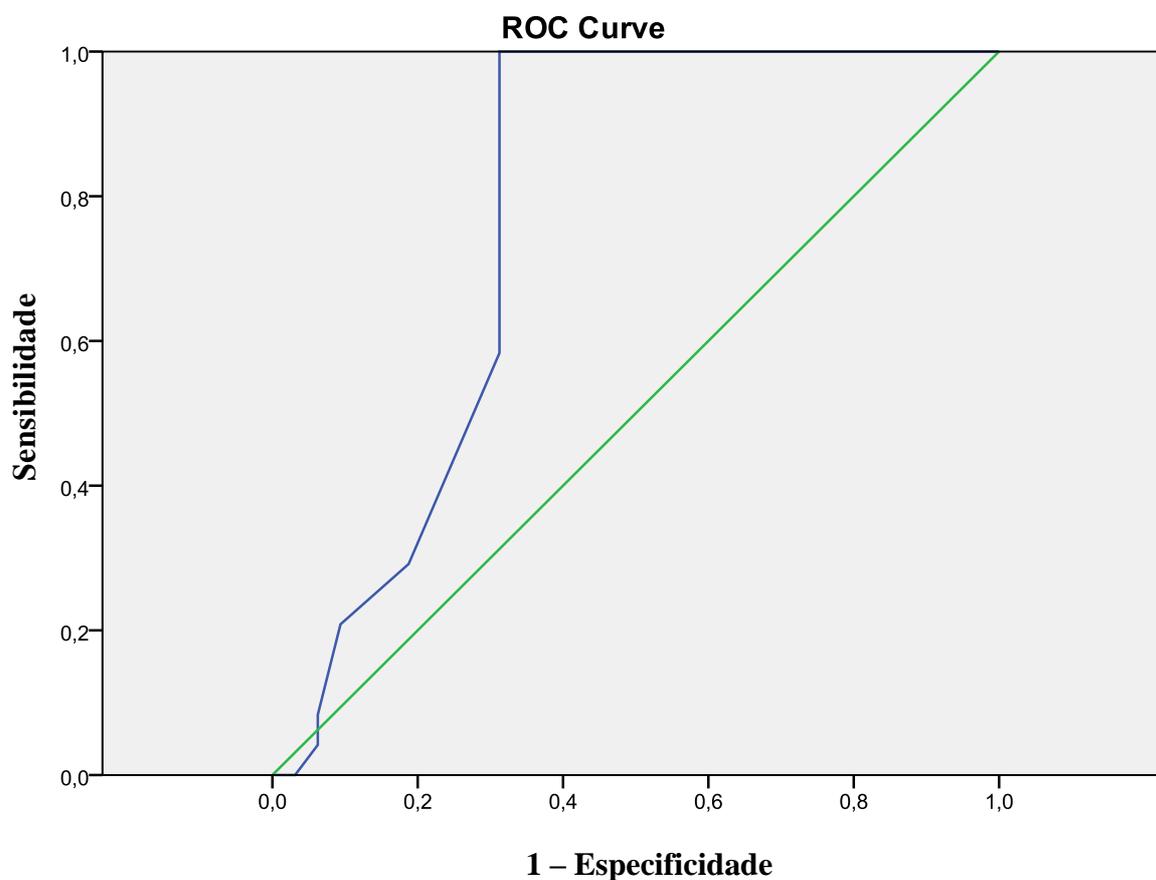
	Grau de Incapacidade > 0	OMP > 0
SALSA	0,015	0,011
<i>Green Pastures</i>	0,033	0,015
Participação social	0,139	0,039
Estigma	1,000	1,000
Hamilton	0,103	0,055

Constatou-se associação significativa entre o grau de incapacidade e a escalas SALSA ( $p = 0,015$ ) e *Green Pastures* ( $p = 0,033$ ). Não houve associação significativa entre o grau de incapacidade e as escalas de Participação (0,139), Estigma Jacoby ( $p = 1,000$ ) e Depressão de Hamilton ( $p = 0,103$ ). Em relação ao escore OMP, houve associação significativa com as escalas SALSA ( $p = 0,011$ ), *Green Pasture* ( $p = 0,015$ ) e Participação (0,039). Não houve associação significativa entre o escore OMP e as escalas de Estigma Jacoby ( $p = 1,000$ ) e de Depressão de Hamilton ( $p = 0,055$ ) (Tabela 7).

Utilizando uma tabela de contingência, encontrou-se associação entre os escores OMP e GI ( $p=0,000$ ), entre os escores SALSA e *Green Pastures* ( $p=0,000$ ) e entre os escores SALSA e Participação ( $p = 0,001$ ).

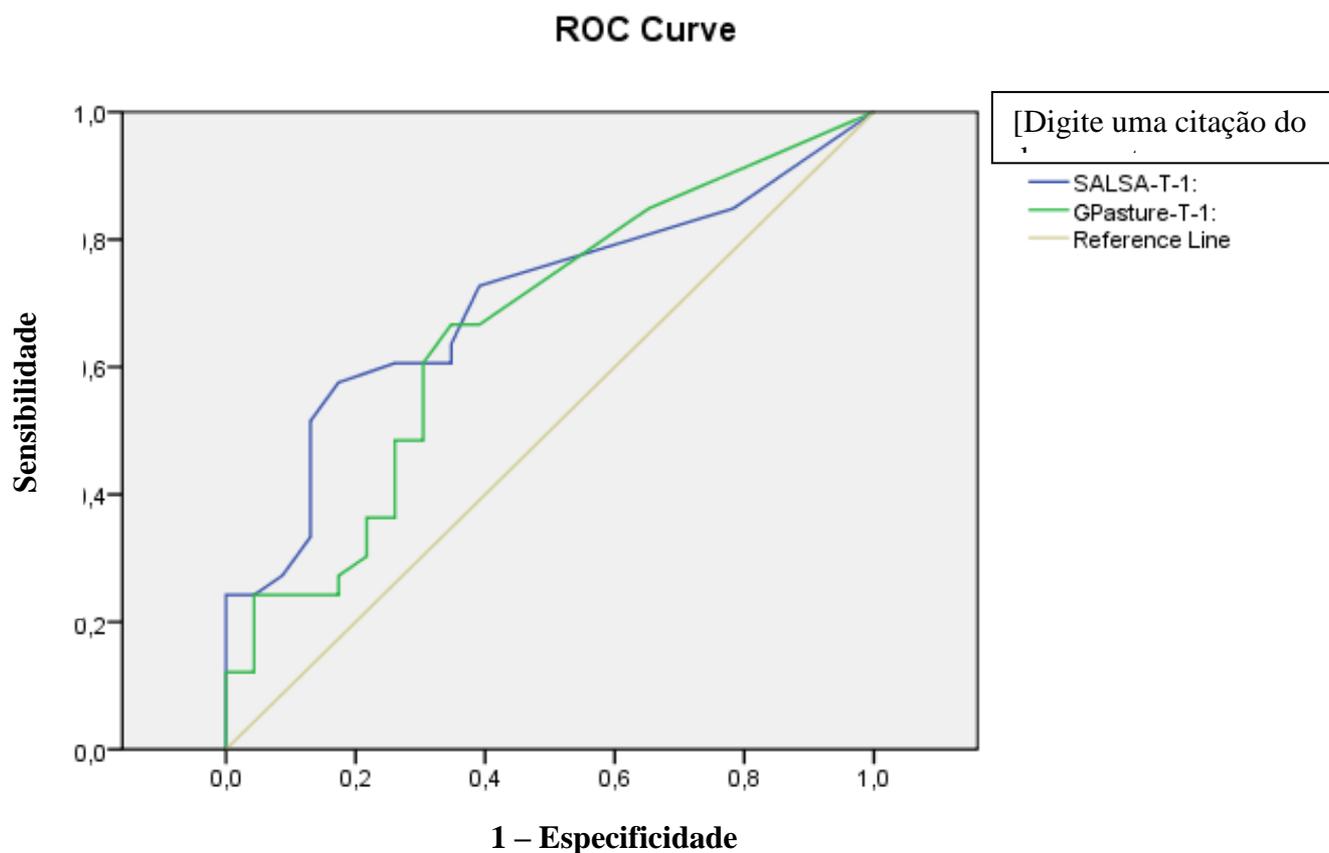
### 5.3 ANÁLISE COM A CURVA ROC (RECEIVER OPERATING CHARACTERISTIC)

As figuras 13 e 14 mostram o grau de equivalência entre os instrumentos de avaliação de incapacidades físicas.



**Figura 13:** Curva ROC - Equivalência entre os instrumentos de avaliação de incapacidades físicas: Grau de Incapacidade e escore OMP

A área sob a curva do escore OMP em comparação ao Grau de Incapacidade correspondeu a 0,771.



**Figura 14:** Curva ROC - Equivalência entre os instrumentos de avaliação de incapacidades físicas, SALSA e *Green Pastures*, considerando como padrão o Grau de Incapacidade

A área sob a curva da escala SALSA correspondeu a 0,702 e da escala *Green Pastures* a 0,662, considerando-se como padrão o Grau de Incapacidade.

## 6 DISCUSSÃO

### 6.1 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DA POPULAÇÃO ESTUDADA

#### 6.1.1 Gênero

Dos 56 pacientes analisados neste estudo, o sexo masculino representou 57,1%. Esse achado é semelhante aos dados da literatura: 52% (CASTORINA-SILVA, 2003), 51,1% (GROSSI, 2005), 60,7% (LYON, 2005), 54,1% (COSTA, 2008) 59,1% (SARUBI, 2008), 58,3% (CASTORINA-SILVA, 2008), 65% (COSTA, 2009), 54,6% (MOREIRA, 2009), e com dados epidemiológicos do Brasil (55,2%) e de Minas Gerais (58,2%) (BRASIL, 2010c).

De acordo com o estilo de vida, os homens se expõem a maiores riscos de infecção (NOORDEEN, 1985). Fatores biológicos, econômicos e diferenças no comportamento sócio-cultural entre os gêneros poderiam justificar a maior detecção de casos entre os indivíduos do sexo masculino (COSTA, 2008).

A maior incidência de hanseníase nos homens pode ser explicada por estes possuírem vida mais ativa e terem maior oportunidade de contato com o bacilo e, assim maior exposição à doença (LANA *et al.*, 2000).

Alguns estudos mostraram que a preponderância masculina não é universal, podendo existir distribuição igual em ambos os sexos ou maior incidência feminina (LANA *et al.*, 2000; PRATA, BOHLAND, VINHAS, 2000; BARBOSA *et al.*, 2008; MORAIS, 2010). Esses achados podem ser explicados pelo hábito de a mulher frequentar mais os serviços de saúde, enquanto que os

homens geralmente procuram assistência médica apenas quando apresentam formas mais graves e já possuem algum grau de incapacidade.

### **6.1.2 Idade**

A idade dos pacientes variou de 10 a 73 anos, sendo a média de 40,7 anos. A porcentagem de menores de 15 anos encontrada neste estudo foi de 10,6%, maior que a de 7,1% do Brasil e que a de 4,5% em Minas Gerais em 2009 (BRASIL, 2010c).

De acordo com a literatura, a hanseníase é uma doença do adulto (JOPLING, MCDOUGALL, 1991), o que é confirmado por diversos estudos (OPROMOLLA, 2000; GROSSI, 2005; LYON, 2005; CASTORINA-SILVA, 2003; 2008; GONÇALVES, 2006; MOSCHIONI, 2007; COSTA, 2008; SARUBI, 2008; BARBOSA *et al.*, 2008; COSTA, 2009; MOREIRA, 2009).

Doenças com longo período de incubação mostram um aumento dos casos com a progressão da idade (BELDA, 1976) e esses pacientes, tendo contato mais intenso com grande parte da população, levarão à maior disseminação da doença (MOREIRA, 2009).

O surgimento da hanseníase em menores de 15 anos indica a precocidade da exposição ao agente etiológico, determinada pela maior endemicidade (NOORDEEN, 1985; LOMBARDI, 1990; BRASIL, 2010b).

A detecção de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos foi adotada como principal indicador de monitoramento da endemia, como meta de redução estabelecida em 10% de 2008 a 2011 e está inserida no Programa Mais Saúde: direitos de todos / Programa de Aceleração do Crescimento (GROSSI, 2009; BRASIL, 2009a; 2010b).

### **6.1.3 Raça/cor**

A distribuição dos casos novos de hanseníase de acordo com a cor da pele mostrou predomínio da cor parda (50%) seguido da cor branca (37,5%) e 12,5% da cor negra.

De acordo com o censo demográfico do ano de 2000, a população brasileira é composta de 53,7% de pessoas brancas, 38,4% de pessoas pardas e 6,2% de cor negra (IBGE, 2010). Dessa forma, apesar de a população brasileira ser de maioria branca, a maioria dos casos novos de hanseníase estudados era da cor parda.

Dados do Ministério da Saúde de 2009 demonstram a distribuição de casos novos de hanseníase pelo cor/raça como 31,4% branca, 14,2% preta, 1,2% amarela, 52,8% parda e 0,4% indígena (MS, 2010).

No estudo de Moschioni (2007), houve predomínio da cor/raça branca (47,5%), seguida da cor parda (35,1%), preta (15,4%), amarela (1,8%) e indígena (0,2%).

### **6.1.4 Estado civil**

Com relação ao estado civil, a maioria das pessoas com hanseníase, neste estudo, era casada (53,5%), dados semelhantes aos descritos por Oliveira e Romanelli (1998); Oliveira, Gomes e Oliveira (1999); Simpson, Fonseca (2002); Aquino e colaboradores (2003); Mendes (2004), Duarte e colaboradores (2007); Costa (2009). Pacientes casados têm maior chance de ter melhor qualidade de vida que os solteiros no domínio das relações sociais (COSTA, 2009).

A situação conjugal é fator preponderante no apoio ao doente durante o diagnóstico e tratamento da hanseníase (CORRÊA *et al.*, 2006).

A participação da família é indispensável na evolução e aceitação da doença já que a pessoa com hanseníase anseia pelo apoio, solidariedade (MENDES, 2004; NUNES, 2004). A hanseníase traz transtornos para a vida afetiva e sexual (CORRÊA *et al.*, 2006; COSTA, 2009).

### **6.1.5 Procedência**

Quanto à procedência, a maioria dos casos novos de hanseníase estudados (92,8%) era proveniente de zona urbana. No estudo de Costa (2009), o grupo de moradores da zona urbana, especialmente os moradores de Belo Horizonte apresentou maior chance de qualidade de vida no domínio do meio ambiente por maior facilidade de acesso à assistência médica, o que está de acordo com outros relatos.

O estudo de Moschioni (2007) encontrou 84,2% residindo na zona urbana.

### **6.1.6 Escolaridade**

Houve predomínio de pessoas com ensino fundamental (57,1%), sendo os casos registrados como analfabeto 8,9%. Esses dados são semelhantes aos descritos por Moraes (2010): 55,1% de pessoas com ensino fundamental e 11,6% de analfabetos, e aos encontrados no Brasil em 2009, sendo 67,5% dos casos de hanseníase registrados como tendo ensino fundamental incompleto e 11,7% dos casos como analfabetos (BRASIL, 2010c).

A baixa escolaridade tem sido considerada como fator de risco para a hanseníase, bem como a não aderência ao tratamento e, ainda, o desenvolvimento de formas mais graves da doença (MOSCHIONI, 2007; DUARTE *et al.*, 2007; BRASIL, 2008; COSTA, 2009; MORAIS, 2010).

Detectou-se neste estudo que os pacientes que se apresentavam mais acometidos foram os que tinham nível fundamental de escolaridade e as formas clínicas encontradas foram a dimorfa, 55% e virchowiana, 58,3% dos casos. A forma clínica mais avançada da doença, que é a virchowiana, apareceu em 21,3%, não sendo detectada naqueles pacientes que tinham nível superior. Morais (2010) mostrou, em estudo realizado na cidade de Governador Valadares, que em analfabetos predominou a forma clínica dimorfa com 53% dos casos, e a forma virchowiana correspondeu a 10,5% dos indivíduos com igual grau de escolaridade. Ressalta, ainda, que as pessoas com menor nível de escolaridade apresentaram formas mais avançadas da doença; em que a desinformação parece ser, ainda, um fator importante, lembrando que as formas de divulgação parecem não estar atingindo toda a população.

### **6.1.7 Ocupação**

Com relação à ocupação, a grande maioria das pessoas com hanseníase neste estudo estava empregada e trabalhando no momento do diagnóstico (75%), diferentemente do estudo de Costa (2009), em que 53% estavam aposentados ou em licença médica; entretanto, essa autora pesquisou pacientes com hanseníase em episódios reacionais, enquanto no presente estudo os pacientes eram casos novos de hanseníase. Costa (2009) ressalta, ainda, que a maioria das pessoas com hanseníase considera que a doença interfere muito

nas atividades profissionais, sendo isto maior naquele grupo de aposentados ou no que goza de licença médica por alguma intercorrência. .

A caracterização etária da população do estudo traduz um contingente de pessoas que está em sua vida produtiva, fato esse refletido nos 75% que tinham alguma ocupação, semelhantemente aos 79,8% relatado por Barbosa e colaboradores (2008) em estudo no pós-alta em hanseníase, no Ceará, Brasil.

É considerado fator relevante o alto índice de aposentados por hanseníase, muitas vezes, sem nenhuma lesão ou incapacidade que justifique o não aproveitamento da mão de obra (SABESAN, 1987; YAMANOUCHI *et al.*, 1993).

A hanseníase é responsável pela saída de mercado de trabalho, afastamento do convívio social e participação comunitária devido ao seu potencial incapacitante, comprometendo, assim, a qualidade de vida das pessoas (ANDRADE, PELLEGRINI, 2001; PIMENTEL, 2003; MONTEIRO, 2004; MENDES, 2004; COSTA, 2009).

## **6.2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA POPULAÇÃO ESTUDADA**

### **6.2.1 Modo de detecção**

Os casos novos de hanseníase tiveram como modo de detecção principal o encaminhamento (73,2%), sendo 16,1% a demanda espontânea e 7,1% a partir do exame de contatos. O predomínio de pacientes referenciados parece decorrer da natureza do serviço para onde são encaminhados pacientes para esclarecimento diagnóstico, avaliação de intercorrência clínica ou instituição de esquema terapêutico alternativo. Os dados epidemiológicos do Brasil referentes

ao ano de 2009 são 43,9% de detecção por encaminhamento, 45,4% por demanda espontânea e 6,7% a partir de exame dos contatos (BRASIL, 2010c).

Estudos realizados em Minas Gerais apresentaram dados semelhantes, com predomínio da demanda referenciada: 55,6% (LYON, 2005) e 62,4% (GROSSI, 2005). A presença e a gravidade da incapacidade estão relacionadas com o modo de detecção da hanseníase (LANA *et al.*, 2002).

### **6.2.2 Número de lesões cutâneas e classificação operacional**

O predomínio de MB (94,6%) foi semelhante a outros estudos: 84,4% (LANA *et al.*, 2000), 99,3% (CASTORINA-SILVA, 2003), 85,2% (LYON, 2005), 71% (MOSCHIONI, 2007), 89,2% (COSTA, 2008) e 87,0% (BARBOSA *et al.*, 2008). Alguns autores (GOULART *et al.*, 2002; LANA *et al.*, 2004) ponderam que esse seria um sinal de que o diagnóstico teria ocorrido tardiamente, colaborando para a manutenção da cadeia de transmissão da doença, já que as formas multibacilares são consideradas as principais fontes de infecção da hanseníase.

Para Lana e colaboradores (2004), quando ocorre predomínio das formas paucibacilares, isto significa que a doença está sendo descoberta precocemente, colaborando para a diminuição da cadeia de transmissão da doença. Morais (2010) preconiza que os serviços de saúde devem intensificar suas ações de controle visando a diagnosticar mais indivíduos na forma indeterminada, que é a fase inicial da doença e a desejável de se fazer o diagnóstico.

### **6.2.3 Baciloscopia**

O percentual de positividade da baciloscopia encontrado (46,5%) foi superior a de outros estudos: 31,5% (KEITA *et al.*, 2003); 28,3% (CRIPPA *et al.*, 2004); 27% (GROSSI, 2005); 35,9% (LYON, 2005); 34,9% (MOSCHIONI, 2007) e 35% (SARUBI, 2008). No entanto, existem estudos mostrando 77,6% de baciloscopia positiva (GALLO *et al.*, 2003). Em dados oficiais do país, em 2009, 38,4% dos pacientes apresentavam baciloscopia positiva (BRASIL, 2010). Do ponto de vista clínico, interessa se o resultado da baciloscopia é negativo ou positivo, uma vez que isso implicará a escolha do esquema terapêutico e o tempo de tratamento (SARUBI, 2008).

### **6.2.4 Forma clínica**

Dentre as formas clínicas, predominou o grupo dimorfo (71,5%), fato relevante por ser esta a forma mais importante do espectro em termos de número de pacientes e gravidade dos danos neurais, dos quais decorre a maioria das incapacidades vistas na hanseníase (LYON, 2005; GROSSI, 2005; CASTORINA-SILVA, 2003; 2008; GONÇALVES, 2006; MOSCHIONI, 2007; SARUBI, 2008; COSTA, 2008; COSTA, 2009; MORAIS, 2010).

## **6.3 FATORES ASSOCIADOS AOS DOMÍNIOS FÍSICO E PSICOSSOCIAL DA POPULAÇÃO ESTUDADA**

Em relação ao Grau de Incapacidade ao diagnóstico, 41,1% apresentavam grau 0 de incapacidade, 42,9%, grau 1 e 16%, grau 2.

Em estudo realizado no mesmo serviço, no período de 2002 a 2004, observou-se que cerca da metade dos pacientes (49,6%) apresentou grau 0 de incapacidade, 27,5% grau 1 e 22,9% grau 2 (LYON, 2005). Em outro estudo desse serviço de referência, o percentual de incapacidade (grau 1 e 2) ao diagnóstico mostrou-se alto (36,1%) (CHAGAS *et al.*, 2009)., embora menor do que o encontrado no presente estudo, 58,9% de grau 1 e 2, significando diagnóstico mais tardio. Estudo realizado no município de Alfenas, Minas Gerais, no período de 2001 a 2007, mostrou predomínio do grau de incapacidade 1 (46,5%), sendo que, deste total, 42,1% eram do sexo feminino e 57,9%, do sexo masculino (MOREIRA, 2009).

Assim, o predomínio do grau 1 de incapacidade associado à maioria dos casos multibacilares (formas dimorfa e virchowiana) demonstra diagnóstico tardio da doença e uma possível prevalência oculta (LEBOEUF, GROSSI, 2000; CUNHA *et al.*, 2007; MOSCHIONI, 2007; MOREIRA, 2009).

A presença de incapacidades físicas compromete significativamente a qualidade de vida do doente (BRASIL, 1999; MONTEIRO, 2004; COSTA, 2009).

No presente estudo, observou-se associação entre o grau de incapacidade e o escore OMP ( $p = 0,000$ ). O escore OMP apresentou um moderado poder de predição para distinguir a presença de incapacidade física, em comparação com o GI, com área sob a curva ROC de 0,771.

A avaliação da incapacidade física com a utilização do escore OMP variou de 0 a 7, com média igual a 1,7 pontos. Raposo (2008) encontrou escore OMP variando de 0 a 10 pontos, com média igual a 3,6. No estudo de Rafael (2009), o Escore OMP variou de 0 a 8 pontos.

Em estudo no estado da Paraíba, onde 52,5% eram mulheres, multibacilares, concluiu-se que ser portador de formas clínicas MB, gênero

masculino, idade superior a 40 anos e baixa escolaridade constituíram fatores de risco para a instalação de incapacidades, as quais foram constatadas em 41% dos casos (RAPOSO, 2005).

Dos pacientes avaliados no presente estudo, 4,3% apresentaram úlceras no nariz, segundo o Protocolo Resumido de Incapacidades adaptado. A infecção inicial da hanseníase ocorre na mucosa nasal (MCDUGALL *et al*, 1975; JOB, 1990), o que justifica o encontro dessas lesões.

Na avaliação do olho utilizando o PR1a, quanto à visão, 3,65 % apresentavam cegueira e 2,7% estavam com a visão prejudicada. A sensibilidade corneana estava diminuída em 25,9% e 1,8% apresentavam sensibilidade ausente. O músculo orbicular apresentava força muscular diminuída em 10,7% dos pacientes.

A perda do reflexo corneano é fator muito relevante no aparecimento das lesões corneanas. Assim, se o paciente tiver sensibilidade corneana diminuída ou ausente é classificado como grau 1 de incapacidade (ANDERSON, CROFT, 1999; BRASIL, 2008a).

Quanto à avaliação das incapacidades nas mãos com o PR1a, 7,1% apresentavam perda de sensibilidade (grau 1) e 2,7% incapacidade visível (grau 2); úlceras foram constatadas em 1,8% dos pacientes. Na avaliação dos pés utilizando o PR1a, 30,4% apresentavam grau de incapacidade 1 e 1,8%, úlceras neurotróficas. Não há dados semelhantes na literatura estudada

Observou-se, quanto à limitação da atividade avaliada pela escala SALSA, que 16 (50%) pacientes do gênero masculino apresentavam limitação de leve a grave e que o mesmo percentual dos homens apresentavam consciência do risco de algumas atividades. Entre as mulheres, a maioria (58,2%) não apresentou nenhuma limitação de atividade, porém, sobre a consciência de risco, esse

percentual aumentou em comparação com os pacientes do gênero masculino: 62,4% das mulheres não tinham consciência do risco de algumas atividades para pacientes com hanseníase.

Em estudo de Barbosa e colaboradores (2008) , não foi observada limitação de atividade em 59,4% dos pacientes; limitação grave foi encontrada, em 4,2%. Sihombing e colaboradores (não publicado), em estudo em Jacarta, Indonésia, encontraram que 44,5% dos homens não apresentavam nenhuma limitação de atividade e 34,2% das mulheres apresentavam limitação grave

Com relação à escala de Participação, 30,2% dos casos novos de hanseníase estudados apresentavam limitação na participação social. Cross e Choudhary (2005), em estudo realizado no Nepal, encontraram 40% de pacientes com hanseníase sem restrição na participação social, enquanto Shumin e colaboradores (2003), em trabalho desenvolvido na China, encontraram 54%. No trabalho de Barbosa e colaboradores (2008), realizado com pacientes após a alta da poliquimioterapia, 92,8% das pessoas com hanseníase não tinham nenhuma restrição na participação social.

O estudo da limitação pela escala *Green Pastures*, a qual visa a identificar incapacidades em moradores de áreas rurais de países em desenvolvimento, mostrou que 54,2% dos pacientes do sexo feminino não apresentavam limitação nas atividades de vida diária e 12,5% de pacientes masculinos apresentavam limitação grave.

Pessoas com diminuição da sensibilidade, fraqueza dos músculos e deformidades de mãos e pés podem ter dificuldades em muitas atividades diárias, o que pôde ser constatado em um estudo no Nepal (VAN BRAKEL, 1999).

A hanseníase provoca sequelas físicas que levam à limitação de atividade social e o próprio paciente evita atividades consideradas de risco. Neste estudo, 62,4% dos pacientes do sexo feminino não apresentaram nenhuma consciência de risco enquanto 4,2% das mulheres apresentaram grande grau de consciência de risco, evitando traumas e pressão em mãos e pés. Quanto aos pacientes do sexo masculino, 50% não apresentaram nenhuma consciência de risco e 3,1%, grande grau de consciência de risco evitando atividades que pudessem colocar em risco a sua integridade física. O estudo de Barbosa e colaboradores (2008) mostrou que existe baixa percepção de risco dos participantes. Muitas situações observadas foram decorrentes do fato dessas pessoas não conseguirem fisicamente realizar uma atividade. Rafael (2009) verificou que 5,3% dos pacientes não apresentavam consciência de risco.

Da população estudada, 67,9% não se sentiram estigmatizados; entre os homens, 34,5% relataram restrições em suas vidas devido ao estigma e, entre as mulheres, 29,2%. Heijnders e Meij (2006) consideram o estigma uma construção social e não um atributo do indivíduo.

Em estudo em Bangladesh sobre o estigma, qualidade de vida e saúde mental em pessoas com hanseníase, foi descrito que o estigma está fortemente associado à diminuição da qualidade de vida e deterioração da saúde mental (TSUTSUMI, 2004; 2007).

Segundo Sihombing e colaboradores (*in press*), existem muitos instrumentos disponíveis para medir diferentes aspectos do estigma ou impacto do estigma. Há, no entanto, necessidade de validar esses instrumentos no campo da hanseníase em diferentes culturas para definir quais são os mais adequados.

As deformidades associadas à hanseníase são responsáveis pelo estigma social e pela discriminação contra as pessoas afetadas (VAN BRAKEL *et al.*, 2006).

A escala para Avaliação de Depressão de Hamilton mostrou que 46,8% dos pacientes masculinos não apresentavam qualquer grau de depressão. Entre as mulheres, 66,4% apresentaram algum grau de depressão. De acordo com Fleck e colaboradores (2002), a depressão, enquanto transtorno, é mais prevalente nas mulheres.

A angustia da rejeição, da solidão, do abandono, das limitações, das deformidades que limitam as atividades laborais comprometem a qualidade de vida das pessoas com hanseníase (COSTA, 2009).

#### **6.4 ASSOCIAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS DOS DOMÍNIOS FÍSICO E PSICOSSOCIAL**

Constatou-se associação significativa entre os escores SALSA e Participação. Barbosa e colaboradores (2008) constataram que a totalidade dos participantes classificados como sem restrição à participação social estava distribuída em praticamente todas os escores da Escala SALSA.

Observou-se associação entre o escore SALSA e o grau de incapacidade e à medida que ocorre aumento do grau de incapacidade, os escores SALSA também aumentam.

Conforme estudo de Rafael (2009), os pacientes com grau de incapacidade 1 apresentavam maior pontuação na escala SALSA, tanto na pontuação geral quanto na pontuação que se refere ao risco.

Constatou-se, ainda, associação entre o escore SALSA e o escore Olho-Mão-Pé. O valor encontrado nesse escore dimensiona a gravidade da incapacidade física por criar um somatório do grau de incapacidade de ambos os olhos, mãos e pés. Assim, quanto maior o escore Olho-Mão-Pé, maior o escore SALSA, refletindo que a limitação funcional leva à limitação de atividade.

Constatou-se associação entre o escore da escala *Green Pastures* e o grau de incapacidade ( $p = 0,033$ ) e com o escore OMP ( $p = 0,015$ ). Na literatura estudada, não há dados semelhantes para serem comparados.

A relação dos escores SALSA e *Green Pastures* através da curva ROC demonstrou que a área sob a curva de ambas as escalas é semelhante, portanto, os testes podem ser considerados equivalentes. Não foram encontrados dados passíveis de comparação na literatura estudada.

Não houve associação entre o escore de participação social e o Grau de Incapacidade, mas verificou-se associação significativa entre o escore de participação social e o escore OMP, o que pode ser justificado pelo maior detalhamento das incapacidades fornecido pelo escore OMP. Rafael (2009) também não encontrou associação entre o escore de participação social e o grau de incapacidade. A relação entre os escores de participação social e OMP não foi avaliada em outros trabalhos da literatura estudada.

Não foi observada associação entre o Grau de Incapacidade e as escalas de Estigma Jacoby e de Avaliação de Depressão de Hamilton. Também não foi encontrada associação entre o escore OMP e as escalas de Estigma Jacoby e de Avaliação de Depressão de Hamilton.

Do conjunto de observações apresentadas, pode-se depreender que, apesar do caráter estigmatizante da hanseníase, o grau de incapacidade nem

sempre apresenta correlação com o estigma e o estado psíquico da pessoa com hanseníase.

## 7 CONCLUSÕES

1) A presença de incapacidades físicas compromete a qualidade de vida das pessoas com hanseníase, provocando significativas limitações de atividade e restrições na participação social;

2) Apesar do caráter estigmatizante da hanseníase, o grau de incapacidade nem sempre apresenta correlação com o estigma e o estado psíquico da pessoa com hanseníase.

3) O Grau de Incapacidade juntamente com o escore OMP devem ser utilizados na rotina de atendimentos para a avaliação de incapacidades físicas de pacientes com hanseníase.

4) Para pacientes moradores das zonas urbana e rural, a escala de atividade *Green Pastures* constitui uma alternativa à escala SALSA para avaliação de limitações nas atividades diárias das pessoas com hanseníase.

## 8 PROPOSIÇÕES

1) Os instrumentos de avaliação das incapacidades físicas e transtornos psicossociais constituem ferramentas de fácil aplicação e devem ser incluídos de maneira sistemática na avaliação de rotina dos pacientes com hanseníase, ao diagnóstico, ao longo do tratamento poliquimioterápico e no período pós-alta, objetivando uma abordagem integral na assistência às pessoas com hanseníase.

2) Identificar itens de maior relevância nos formulários utilizados para avaliação de incapacidades físicas e transtornos psicossociais, com o objetivo de simplificar e aumentar a acurácia desses instrumentos.

3) Avaliar a qualidade das ações de controle da hanseníase sobre as incapacidades físicas e transtornos psicossociais em pacientes com hanseníase, analisando a presença de incapacidades físicas e transtornos psicossociais no momento do diagnóstico, ao longo do tratamento e no pós-tratamento imediato e tardio.

4) Implementar programas de reabilitação e reinserção social de pacientes com hanseníase a partir dos dados obtidos dos formulários de avaliação de incapacidades físicas e transtornos psicossociais.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, C.H.M, BARBOSA, J.C., JUNIOR, A.N.R., ALENCAR, M.J.F., PONTES, R.J.S., CASTRO, C.G.J., HEUKELBACH, J. **Hanseníase no município de Fortaleza, CE, Brasil: aspectos epidemiológicos operacionais em menores de 15 anos (1995-2006)**. REBEn: Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 61(esp), p694-700, 2008.

AMARAL, E.P. **Análise Espacial da Hanseníase na Microregião de Almenara Minas Gerais: Relações entre a situação epidemiológica e as condições socioeconômicas**. 2008.89p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2008.

AMARAL, E.P, LANA, F.C.F. **Análise Espacial da Hanseníase na Microregião de Almenara, MG, Brasil**. REBEn: Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 61 (esp), p 701-707, 2008.

ANDERSON, A.M.; CROFT, R.P. Reability of Semmes Weinstein Monofilament and ballpoint sensory testing and voluntary muscle testing in Bangladesh. *Leprosy Review*, v 70, p 305-13, 1999.

ANDRADE, V.L. *et al.* **Paucibacilar ou multibacilar? Uma contribuição para os serviços de saúde**. *Hansen Int. Bauru*, v 21, n 2, p 6, 1996.

ANDRADE, M. **A cura como conceito vivido: o existir de pessoas que se submetem à poliquimioterapia para tratamento de hanseníase**. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery. UFRJ, Rio de Janeiro, 1997

ANDRADE, V. PELLEGRINI, B. **O que mudou na hanseníase com a NOAS**. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, 2001.

AQUINO, D.M. CALDAS, A.J.M. SILVA, A.A.M. COSTA, J.M.L. **Perfil dos pacientes com hanseníase em área hiperendêmica da Amazônia do Maranhão, Brasil**. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Uberaba, v 36, n 1, p 57-64, 2003.

ARAÚJO, M. G. **Hanseníase no Brasil**. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. Uberaba, v 36, n 3, p 373-382, mai/jun, 2003.

BAKER, G.A. BROOKS, J. BUCK, D. JACOBY, A. **The stigma of epilepsy: a european perspective**. *Epilepsia*. v 41 n 1, p 98-104, 1999.

BAKIRTZIEL, Z. **Identificando barreiras para aderências ao tratamento de hanseníase**. *Cad. Saúde Pública*. v 12, n 4, p 497-505, 1996.

BARBOSA, J.C.; RAMOS JÚNIOR, A.N.; ALENCAR, M.J.F.; CASTRO, C.G.J. **Pós-alta em hanseníase no Ceará: limitação da atividade, consciência de**

**risco e participação social.** Revista Brasileira de Enfermagem. V 61, número especial. Jaqueline Caracas Barbosa, *et al.*, 2008.

BARTON, R.P.E. **The management of leprous rhinitis.** Leprosy Review, v 44, p 186-91, 1973;

BELDA, W. **Aspectos epidemiológicos da hanseníase no Estado de São Paulo, em 1974.** Hansenologia Internationalis, v 1, p 11-24, 1976.

BLOCH, K.V. COUTINHO, E.S.F. **Fundamentos da pesquisa epidemiológica.** In: MEDRONHO, R.A. CARVALHO, DM. BLOCH, H.K.V. LUIZ, R.R. WERNECK, G.L. **Epidemiologia.** São Paulo : Atheneu, 2002. p 107-113.

BRANDSMA, W.J. VAN BRAKEL, W.H. **WHO disability grading: operational definitions.** Leprosy Review. Inglaterra, v 74, n 4, p 366-373, 2003.

BRANDSMA, W. LARSEN, M. RICHARD, C. EBENEZER, M. **Inter-rater reliability of WHO disability grading.** Leprosy Review, Inglaterra, v. 75, n 2, p 131-134, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. **Segundo informe técnico sobre vacinação/revacinação BCG.** Brasília: Centro de Documentação; 1994.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia para implantar/implementar as atividades de controle da hanseníase nos planos estaduais e municipais da saúde.** Brasília, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1073/GM de 26 de setembro de 2000.** Publicada no D.O.U. – 188 – E- pg 18 - Seção 1- 28 de setembro, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Dermatologia Sanitária **Hanseníase: atividades de controle e manual de procedimentos.** Brasília, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. **Guia de Controle da hanseníase.** Brasília, 2002. 89p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de vigilância epidemiológica. Programa nacional de eliminação da hanseníase **Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal 2006-2010.** Brasília, 2006. 31p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose.** 2. ed. rev. - Brasília: Ministério da Saúde,. 195 p: il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 21), 2008a

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de prevenção de incapacidades.** Brasília,

- BRASIL. Ministério da Saúde,. (Normas e manuais técnicos – Cadernos de Prevenção e Reabilitação em Hanseníase, A, 1), 2008b
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de condutas para alterações oculares em hanseníase**.2. ed., rev. e ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Hanseníase – PNCH. **Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil – 2008**. Brasília, Ministério da Saúde, 2008d.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Hanseníase - PNCH. **Relatório de Gestão, maio 2007 a dezembro de 2008**. Brasília, Ministério da Saúde, 2009a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 125/SVS-SAS, de 26 de março de 2009. Define ações de controle da hanseníase**. Brasília/DF, 2009b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de procedimentos técnicos: baciloscopia em hanseníase**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 54 p: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos), 2010a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.125/GM, de 07 de outubro de 2010. Define ações de controle da hanseníase**. Brasília/DF, 2010b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 10 de novembro de 2010.
- BRITTON, W. J.; LOCKWOOD, D. N. J. **Leprosy**. The Lancet, v 363, p 209-19, 2004
- BÜHRER-SÉKULA, S. *et al.* **Use of ML dipstick as a tool to classify leprosy patients**. International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases. v 68, p 456-63, 2000.
- CAVALIERE, I.A.L. GRZYNSZPAN, D. **Fábrica de imaginário, usina de estigmas: conhecimentos e crenças de uma comunidade escolar sobre hanseníase**. Cadernos de Saúde Coletiva. v 16, n 2 , p 345-362, Rio de Janeiro, 2008.
- CASTORINA-SILVA, R. **Efeitos adversos mais frequentes as drogas em uso para tratamento da hanseníase e suas implicações no controle da endemia**, Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical) Faculdade de Medicina – UFMG, Minas Gerais, 2003.
- CASTORINA-SILVA, R. **Estudo do comportamento dos testes sorológicos ML Flow e Elisa (PGL-I) em áreas endêmica e não endêmica de hanseníase, 2008**. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical) Faculdade de Medicina – UFMG, Minas Gerais.

CHAGAS, I.C.S. FONSECA, T.O. SANTOS, E.D. LYON, A.C. LYON, S. GROSSI, M.A.F. **Importância da assistência multidisciplinar no acompanhamento dos portadores de hanseníase e na prevenção de incapacidades.** Cad. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v 17, n 1, p 251-260, 2009.

CONGRESO INTERNACIONAL DE LEPROLOGIA, 6., Madrid, 1953. *Memória*. Madrid: Association Internacional de La Lepra, 1953.

CORRÊA, C.M.J. IVO, M.L. HONER, M.R. **Incapacidades em sujeitos com hanseníase em um Centro de Referência do Centro-Oeste Brasileiro, entre 2000-2002.** Hansenologia Internacionalis, v 31, n 2, p 21-8, 2006.

COSTA, R.D. **Estudo do perfil de citocinas inflamatórias, moléculas anti-inflamatórias e BDNF em pacientes com hanseníase.** Dissertação (Mestrado em Clínica Médica e Biomedicina) Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Minas Gerais, 2008.

COSTA, M.D. **Avaliação da qualidade de vida de pacientes em surto reacional de hanseníase identificadas em Centro de Referência de Belo Horizonte, MG, no período de 2007 e 2008.** Dissertação (Mestrado em Clínica Médica e Biomedicina) Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Minas Gerais, 2009.

CRIPPA, I.L.F *et al.* **Correlação clínico-laboratorial baseada em dados secundários dos casos de hanseníase atendidos no período de 2000 a 2001 na Fundação Alfredo da Matta, Manaus, AM, Brasil.** Na Brás. Dermatol. Rio de Janeiro, v 79, n 5, p 547-54, 2004.

CROSS, H.; CHOUDHARY, R. **STEP: an intervention to address the issue of stigma related to leprosy in southern Nepal.** Leprosy Review. v 76, p 316-324, 2005.

CUNHA, C.M. CAVALIERI, F.A. OLIVEIRA, M.L.W. MATOS, H.J. **Os indicadores da hanseníase e as estratégias de eliminação da doença em município endêmico do Estado do Rio de Janeiro.** Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v 23, n 5, p 1187-1197, 2007

DEPS, D.P. *et al.* **Pesquisa de anticorpos anti PGL-I através de ELISA e tatus selvagens do Brasil.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. v 41 (suplemento II), p 73-76, 2008.

DIJKERS, M. **Comments on van Brakel Participation Scale.** Disability and Rehabilitation, v 28, n 21; p 1360-2, 2006.

DUARTE, M.T.C. AYRES, J.A. SIMONETTI, J.P. **Perfil socioeconômico e demográfico de portadores de hanseníase atendidos em consulta de enfermagem.** Revista Latino Americana de Enfermagem, v 15, número especial, 2007.

EBENSO, J. EBENSO, B.E. **Monitoring impairment in leprosy: choosing the appropriate tool.** Leprosy Review. v 78, p 270-80, 2007.

EBENSO, J. FUZIKAWA, P. MELCHIOR, H. WEXLER, R. PIEFER, A. MIN, C.S. RAJKUMAR, P. ANDERSON, A. BENBOW, C. LEHMAN, L. NICHOLLS, P. SAUNDERSON, P. AND VELEMA, J.P. **The development of a short questionnaire for Screening of Activity Limitation and Safety Awareness (SALSA) in clients affected by leprosy or diabetes.** SALSA Collaborative Study Group (2007) The development of a short questionnaire for screening of activity limitation and safety awareness (SALSA) in clients affected by leprosy or diabetes. *Disability and Rehabilitation*. v 29, n 9, p 689-700, 2007.

FAUSTO, L. **Perfil epidemiológico dos portadores de hanseníase notificados pela 8ª regional de saúde de Francisco Beltrão – PR de 2000 a 2006.** Monografia (Graduação em enfermagem) Universidade Paranaense – UNIPAR, Paraná, 2007.

FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE ASSOCIAÇÕES ANTI-HANSENÍASE (ILEP). **Guia para reabilitação sócio-econômica de pessoas afetadas pela hanseníase.** Londres: ILEP, 1999.

FERREIRA, I.N. **Hanseníase em menores de quinze anos no município de Paracatu, Minas Gerais (1994 a 2001).** Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade de Brasília, 2003.

FERREIRA, I.N. **Busca ativa de hanseníase na população escolar e distribuição espacial da endemia no município de Paracatu – MG (2004 a 2006).** Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) Faculdade de Ciência da Saúde – Universidade de Brasília, 2008.

FIENBERG, S. E. **The Analysis of Cross-Classified Categorical Data.** 2ª edição, Springer 2007 Nova Iorque, Estados Unidos

FLECK, M.P.A.; LIMA, A.F.B.S.; LOUZADA, S. SCHESTASKY, G.; HENRIQUES, A.; BORGES, V.R.; CAMEY, S. **Associação entre sintomas depressivos e fracionamento social em cuidados primários à saúde.** *Revista de Saúde Pública*, v 36, n 4, p 431-38, 2002.

FLIESS, E. **La lepra en la historia II: El desarrollo de la endemia en America.** *Revista Del Hospital Nacional Baldomero Sommer*. V 2, n 1; Marzo, 1999.

FOSS, N.T. **Episódios reacionais na hanseníase.** *Medicina*. Ribeirão Preto, v 36, p 453-459, 2003.

GAIVA, M.A.M. **Qualidade de vida e saúde.** *Revista de Enfermagem da UERJ*. Rio de Janeiro, v 6, n 2, p 377-382, 1998.

GALLO, M.E.N. *et al.* **Alocação de paciente hansênico na poliquimioterapia: correlação da classificação baseada no número de lesões cutâneas com os exames baciloscópicos.** *Na Bras. Dermatol*. Rio de Janeiro, v 75, n 3, p 291-7, mai/jun, 2000.

GALLO, M.E.N. *et al.* **Hanseníase multibacilar: índices baciloscópicos e viabilidade do *M. leprae* após 24 doses da PQT/OMS.** Anais Brasileiros de Dermatologia. Rio de Janeiro, v 78, n 4, p 415-24, jul./ago, 2003.

GALVAN, A.L. **Hanseníase-Lepra: que representações ainda mantêm?** Canoas, ULBRA, 2003.

GIL SUAREZ, R.E. LOMBARDI, C. **Estigma de prevalência de lepra.** Hansenologia Internacionalis. Bauru, v 22, n 2, p 31-34, 1997.

GOFFMAN, E. **Stigma: notes on the mangement of a spoiled identity.** New York: Simon and Schuster, 1963.

GOFFMAN, E. **Estigma: la identidad deteriorada.** 5 ed. Buenos Aires. A Morrortu Editores, 1993. 172p.

GONÇALVES, S.D. **Fatores preditivos na evolução do grau de incapacidade de pacientes com hanseníase atendidos em uma Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte/MG, no período de 1993 a 2003.** Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical) Faculdade de Medicina – UFMG, Minas Gerais, 2006.

GOULART, I. M; PENNA, G. O.; CUNHA, G. **Imunopatologia da hanseníase: a complexidade dos mecanismos da resposta imune do hospedeiro ao *Mycobacterium leprae*.** Rev. Soc. Bras. Med. Trop. Uberaba, v 35, supl 4, ago 2002.

GROSSI, M.A.F. **Hanseníase: aspectos médico-psicossocial e cultural.** Fascículo da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, ano 1, n 2, março 1985.

GROSSI, M. A. F. **Noções de hansenologia.** Informe Técnico de Hanseníase, 1987.

GROSSI, M.A.F. **Estudo das possíveis mudanças na classificação da hanseníase com utilização do teste ML Flow e suas implicações no tratamento e controle da endemia em Minas Gerais.** Tese (Doutorado em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical) Faculdade de Medicina – UFMG, Minas Gerais, 2005.

GROSSI, M.A.F. *et al.* **Caracterização da demanda pós-alta de hanseníase sem Serviços de saúde de Minas Gerais-Brasil: contribuição para a sistematização da assistência.** Cadernos de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2009; v 17, n1, p 13-24, 2009.

GROSSI, M.A.F. **O controle da hanseníase no Brasil exige consolidação do processo de construção de redes integradas de atenção à saúde.** Cadernos de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v 17, n 1, p 7-11, 2009.

GUYATT, G.H.; DAVID, N.C. DPHIL, D. JUNIPER, E. HEYLAND, D.K. JAESCH, K. *et al.* **Users guides to the medical literature: How to use articles about health related quality of life.** JAMA. v 277, n 15, p 1232-1237, 1997.

HAMILTON, M. **Rating scale for depression.** Journal of Neurology Neurosurgery Psychiatry. v 23, p 56-62, 1960.

HEDLUNG, J.L.; VIEWEG, B.W. **The Hamilton rating scale for depression: a comprehensive review.** Journal of Operational Psychiatry. v 10, p149-165, 1979.

HEIJDEERS, M. **The dynamics of stigma in leprosy.** International Journal of Leprosy and other Mycobacterial Diseases. v 72, p 437-447 2004.

HEIJDEERS, M.; VAN DER MEIJ, S. **The fight against stigma: an overview of stigma-reduction strategies and interventions.** Psychology, Health & Medicine. v 11, n 3, p 353-363, 2006.

HINRICHSEN, S.L. PINHEIRO, M.R.S. JUCÁ, M.B. ROLIM, H. DANDA, G.I.N. DANDA, D.M.R. **Aspectos epidemiológicos da hanseníase na cidade de Recife, PE, 2002.** Anais Brasileiros de Dermatologia. Rio de Janeiro, v 79, n 4, p 413-421, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 de novembro de 2010.

JACOBY, A. **Felt versus enacted stigma: a concept revisited. Evidence from a study of people with epilepsy in remission.** Social Science & Medicine. v 38, n 2, p 269-274, 1994.

JOB, C.K. **Nasal mucosa and abraded skin are the two routes of entry of *Mycobacterium leprae*.** Star. p 49-51, 1990.

JOPLING, W. H.; HARMAN, R. R. M. **Leprosy.** In: ROOK, A. *et al.* Textbook of Dermatology. 4<sup>th</sup> ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1986, p. 823-838.

JOPLING, W. H.; MCDUGALL, A. C. **Manual de Hanseníase.** 4. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1991.

KANEKO, K.A.; ZAMBON, V.D.; PEDRAZZANI, E.S. **Casos novos de hanseníase na Região de São Carlos, SP de 1983 a 1988.** Hansenologia Internacionalis . v 15, n 1-2, p 5-15, 1990.

KEITA, S. *et al* **Evaluation de la classification clinique des nouveaux lésés de lèpre. Etude réalisée à l'institut Marchoux (Bamako, Mali)** Annales de Dermatologie et Venereologie. v 130, p 184-6, 2003.

LANA, F.C.F. LIMA, R.F. ARAÚJO, M.G. FONSECA, P.T.S. **Situação epidemiológica da hanseníase no município de Belo Horizonte, MG, período de 92/97.** Hansenologia Internacionalis. Bauru, v 25, n 2, p 121-131, 2000.

- LANA, F.C.F. *et al.* **Transmissão e controle de hanseníase no município de Governador Valadares, MG. Período de 1990 a 2000.** *Hansenologia Internationalis*. Bauru, v 27, n 2, p 83-92, 2002.
- LANA, F.C.F. *et al.* **Detecção da hanseníase no vale do Jequitinhonha – Minas Gerais: redução da tendência epidemiológica ou problemas operacionais para o diagnóstico?** *Hansenologia Internationalis*. Bauru, v 29, n 2, p 118-123, 2004.
- LEBOEUF, M.A.A. GROSSI, M.A.F. **prevalência oculta de hanseníase nas áreas de abrangência das Diretorias Regionais de Saúde.** Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2000.
- LECHAT MF. **Natural and man-made disasters.** In: **Holland WW, Knox G. eds.** *Oxford Textbook of Public Health*. vol 1: Oxford University Press; 1984.
- LIMA, L.S.; JADÃO, F.R.S.; FONSECA, R.N.M.; SILVA JR, G.F.; BARROS NETO, R.C. **Caracterização clínica-epidemiológica dos pacientes diagnosticados com hanseníase no município de Caxias, MA.** *Revista Brasileira de Clínica Médica*. v 7, p 74-83, 2009.
- LINK, B. PHELAN, J. **Conceptualizing stigma.** *Annual Review of Sociology*. v 27, p 363-385, 2001.
- LOCKWOOD, D. SUNEETHA, S. **Leprosy: too complex a disease for a simple elimination paradigm.** *Bolletín of the World Health Organization*, Geneva, v 83, n 3, p 230-235, Mar, 2005.
- LOMBARDI, C. (Coord.); FERREIRA, J.; MOTTA, C. P.; OLIVEIRA, M. L. W. **Hanseníase: epidemiologia e controle.** São Paulo: IMESP/SAESP, 1990.
- LUKA, E.E. **Understanding the stigma of leprosy.** *Southern Sudan Medical Journal*, vol 3 , Issue 3. August, 2010.
- LYON, S. **Estudo comparativo da carga bacilar em casos novos de hanseníase e o resultado do teste sorológico ML Flow.** Tese (Doutorado em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical) Faculdade de Medicina – UFMG, Minas Gerais, 2005.
- MACKERT, C.C.O. **Estudo de base populacional de fatores epidemiológicos de risco em hanseníase.** Dissertação. (Mestrado em Ciências da Saúde) Centro de Ciências da Saúde da PUC - Paraná, 2008.
- MARGARIDO, L.C.; RIVITTI, E.A. Hanseníase. In: VERONESI, R. **Tratado de infectologia.** 3ª ed. São Paulo: Ed. Atheneu, 2005, p 939-972.
- MARTINS, B.D.L. TORRES, F.N. OLIVEIRA, M.L.W. **Impacto na qualidade de vida em pacientes com hanseníase: correlação do DLQ1 com diversas**

**variáveis relacionadas à doença.** Anais Brasileiros de Dermatologia. v 83, n 1, p 39-43, 2008.

MARTINS, G. **Perfil epidemiológico de hanseníase em Patrocínio. Levantamento de dados sobre a hanseníase em Patrocínio/MG no período de 2005 a 2008.** Monografia (Graduação em Enfermagem) UNICERP, MG, 2009.

MCDougall, A.C.; REES, R.J.; WEDDEL, A.G. KANAN, M.W. **The histopathology of lepromatous leprosy in the nose.** Journal of Pathology, v 115, p 215-226, 1975.

MELO, Z.M. **Violencia y familia. Supervivencia em la casa y la calle.** Universidad de Deusto, Bilbao (tese) Doutorado e Psicologia, 1999.

MEIMA, A. IRGENS, L. M. OORTMARSSSEN, G. J. VAN RICHARDUS, J. H. HABBEMA, J. D. **Disappearance of leprosy from Norway: an exploration of critical factors using um experimental modeling approach.** International Journal of Epidemiolog., v 31, p 991-1000, 2002.

MENDES, V.O. **Repercussões da hanseníase no cotidiano de pessoas e de seus familiares.** Monografia (Curso de Especialização em Saúde da Família), 2004, 53f. Universidade Estadual Vale do Acaraí – UVA e escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, Sobral-CE, 2004.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do adulto: hanseníase.** Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

MINAYO, M.C.S. HARTZ, Z.M.A. BUSS, P.M. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário.** Ciências e Saúde Coletiva. v 5, n 1, p 7-18, 2000.

MONTEIRO, M.P.A. **Incapacidades físicas em pacientes com hanseníase acompanhadas pelas equipes de saúde da família da Zona Urbana de Sobral – Ceará.** Monografia (Curso de Especialização em Saúde da Família), Universidade Estadual Vale do Acaraú e Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia – Ceará, 2004.

MORAIS, S.G. **Avaliação das ações de controle de hanseníase no município de Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil, no período de 2001 a 2006.** Dissertação (Mestrado em Imunopatologia das Doenças Infecciosas e Parasitárias). Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares, Minas Gerais, 2010

MOREIRA, F.L. *et al.* **Hanseníase em Alfenas: aspectos epidemiológicos e clínicos na região sul do Estado de Minas Gerais.** Cadernos de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v 17, n 1, p 131-143, 2009.

MORENO, R.A. MORENO, D.H. **Esclas de depressão de Montgomery & Asberg (MADRS) e de Hamilton (HAM-D).** Revista de Psiquiatria Clínica, v 25, n 5, edição Especial. Disponível em <file:///c:/documents%20and%settings/Administrador/configura...> acesso em 02/09/2009.

MOSCHELLA, S. L. **An update on the diagnosis and treatment of leprosy.** J. Academy American Dermatology. v 51, p 417-26, 2004

MOSCHIONI, C. **Fatores de risco para incapacidade física anotados no momento do diagnóstico de 19.283 casos novos de hanseníase no período de 2000 a 2005, em Minas Gerais, Brasil.** Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical) Faculdade de Medicina – UFMG, Minas Gerais, 2007.

NARDI, S.M.T. MARCIANO, L.H.S.C. VIRMOND, M.C.L. BACCARELLI, R. **Sistemas de informação e deficiências físicas na hanseníase.** Boletim Epidemiológico Paulista. v.3, p 3-7, 2006.

NASCIMENTO, S.S.; OLIVEIRA, D.F. BARBOSA, L.D.; ARAÚJO, M.E.C. **Perfil epidemiológico dos doentes de hanseníase no município de Anápolis, GO.** Anais do Primeiro Seminários de Produção Científica Docentes e Discentes. Faculdade Anhanguera, 2007.

NOORDEEN, S. K. **The epidemiology of leprosy.** In: Hastings, R.C.; OPROMOLLA, D.V.A. Leprosy Edinburgh: Churchill-Livingstone, 1985, cap 2, p 15-30.

NORDENFELT, L. **Concepts of quality of life in health care. Towards a theory of happiness a subjective notion of quality of life.** Dordrethet: Kluwer, 1994, p 35-37.

NORMAN, G *et al.* **Validity of the WHO Operational Classification and value of other clinical signs in the classification of leprosy.** International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases. Paris, France, v 72, n 3, p.278-83, 2004.

NUNES, J.M. **Ter hanseníase. Percepções das pessoas em tratamento.** 2004. 75f. Monografia (Curso de Especialização-Residência em Saúde da Família). Universidade Estadual Vale do Araraú – UVA e Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, Sobral – CE, 2004.

OLIVEIRA, D.R. GOMES, R. OLIVEIRA, C.M. **Hanseníase e sexualidade: convivendo com a diferença.** Revista Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v 7, n 1, p 85-91, 1999.

OLIVEIRA, M.H.P. ROMANELLI, G. **Os efeitos da hanseníase em homens e mulheres: um estudo de gênero.** Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v 14, n 1, p 51-60, 1998.

OPROMOLLA, D. V. A. **Terapêutica multidroga.** An Bras Dermatol. V 65, n 1, p 37-40, 1990

OPROMOLLA, D. V. A. **Recidiva ou reação reversa?** Hansen Int, v 19, n 1, p 10-16, 1994.

- OPROMOLLA, D. V. A. **Noções de Hansenologia**, ed 1. São Paulo. Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, 2000, p 13.
- OPROMOLLA, D.V.A. MAMBELLI, A.C.C. **A terminología relativa à hanseníase**. An Bras. Dermatol., Rio de Janeiro, v 80, n 3, p 293-4, 2005.
- ORGANIZACION 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.
- OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde. **Hanseníase hoje: Boletim de Eliminação da Hanseníase nas Américas**. Brasília, v.8, 2000, 4 p.
- OPAS - Organização Panamericana de Saúde. Organização Mundial de Saúde. Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações Internacionais em Português. **Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF)**. Universidade de São Paulo, 2008.
- PASCHOAL, V.D. **Um sistema de cores na caracterização biopsicossocial do portador de hanseníase reacional**. Dissertação (mestrado). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Autarquia Estadual. São José do Rio Preto, 1998.
- PIMENTEL, M.I.F. NERY, J.A.C. BORGES, E. FONÇALVES, R.R. SARNO, E.N. **O exame neurológico inicial na hanseníase multibacilar: correlação entre a presença de nervos afetados com incapacidades presentes no diagnóstico e com a ocorrência de neurites francas**. Anais Brasileiros de Dermatologia. Rio de Janeiro, v 78, n 5, p 561-568, 1993.
- PIMENTEL, M.I.F. NERY, J.A.C. BORGES, E. ROLO, R. SARNO, E.N. **Influência do tempo de evolução prévio ao diagnóstico nas incapacidades presentes no exame inicial de pacientes portadores de hanseníase multibacilar**. Hansenologia Internacionalis, v 27, n 2, p 77-82, 2002.
- PRATA, P.B. BOHLAND, A.K. VINHAS, S.A. **Aspectos epidemiológicos da hanseníase em localidades do Estado de Sergipe, Brasil, no período de 1994-1998**. Hansenologia Internacionalis, Bauru, v 25, n 1, p 49-53, jan-jul, 2000.
- PRICE, P. HARDING, K.G. **Definine quality of life**. Journal of Wound Care. v 2, 304-6, 1993.
- RAFAEL, A.C. **Pacientes em tratamento e pós-alta em hanseníase: estudo comparativo entre os graus de incapacidades preconizados pelo Ministério da Saúde correlacionando-os com as escalas SALSA e Participação Social**. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) Faculdade de Ciências Médica. Universidade de Brasília, 2009.
- RAPOSO, M.T. **Incapacidades físicas em hanseníase: avaliação da dimensão do dano através do grau de incapacidade e Eye-hand-foot score**. Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Estadual da Paraíba, 2005.

RAPOSO, M.T. RAPOSO, A.V.C. SANCHEZ-GONZALEZ, M.A. MEDEIROS, J.L.A. NEMES, M.I.B. **Avaliação de incapacidades em pessoas vivendo com hanseníase: análise do grau de incapacidade em Campina Grande, Paraíba.** Cadernos de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v 17, n 1, p 221-233, 2009.

REES, R. J.; YOUNG, D. B. **The microbiology of leprosy.** In: HASTINGS, R. C.; OPROMOLLA, D. V. A. L. *Leprosy*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1985. Cap. 3, p. 35-52.

RIDLEY, D. S.; JOPLING, W. H. **Classification of leprosy for research purposes.** Leprosy Review. v 331, p 119-128, 1962.

ROUQUAYROL, M.Z. FILHO, N.A. **Epidemiologia e saúde.** 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999, p 77.

SABESAN, S. RAMANAIAH, R.B. BIDARAKOPPA, G.S. JEYASJNGH, P. MOHAN, A. **Adjustmental problems of leprosy patients.** Indian Journal of Leprosy. v 59, n 1, p 84-91, 1987.

SARUBI, J.C. **Estudo comparativo das técnicas de Ziehl-Neelsen e Auramina 0 na baciloscopia do raspado dérmico de quatro e seis sítios em casos novos de hanseníase, em serviço de Referência de Belo Horizonte.** Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical) Faculdade de Medicina – UFMG, Minas Gerais, 2008.

SCOLLARD, D.M. *et al.* The continuing challenges of leprosy. Clinical Microbiology Review. v 19, n 2, p 338-81, Apr, 2006.

SCOTT, J. **The psychological needs of leprosy patients.** Leprosy Review, v 71, p 486-491, 2000.

SHEPARD, C. C. **The experimental disease that follows the injection of human leprosy bacilli into footpads of mice.** Journal of Experimental Medicine. v 112, p 445- 454, 1960.

SHUMIN, C. DIANGCHANG, L.; BING, L.; LIN, Z.; XIOULU, Y.; **Assessment of disability, social and economic situations of people affected by leprosy in Shandong province. People's Republic of China.** Leprosy Review. v 71, p 344-354, 2003.

SIHOMBING, B. WILDER-SMITH, A. DJAIR, H. BEISE, KUSUMAWARDHANI, L. YULIHANE, R, KURNIASARI, I. KASIM,H.M. KESUMANINGSIH, K.I. VAN BRAKEL, W.H. **Disability in people affected by leprosy: the role of impairment, activity, social participation stigma and discrimination.** PLOS Neglected Tropical Disease. No prelo. 2010.

SILVA, G.M.S.; PATROCÍNIO, L.G. PATROCÍNIO, J.A.; GOULART, I.M.B. **Avaliação otorrinolaringológica na hanseníase protocolo de um Centro de Referência.** Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia. São Paulo, v 12, n 1, p 77-81, 2008.

- SIMPSON, C.A. FONSECA, L.C.T. **Perfil do doente de hanseníase no município de João Pessoa – PB.** Conceitos, São Paulo, v 5, n 8, p 149-152, 2002.
- SINGHI, M.K.GHIYA, B.C. GUPTA, D. KACHHAWA, D. **Disability rates in leprosy.** Indian Journal of Dermatology Venereology and Leprology, v 70, n 5, p 314-316, 2004.
- SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Informações de Saúde.** Datasus, 2006. <Disponível em [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)>. Acesso em 01/07/2010.
- SOARES, J.F.; SIQUEIRA, A.L.. **Introdução à estatística médica.** 2.ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2002, p. 181-6, 2002.
- TALHARI, S.; NEVES, R.G.; PENA, G.O.; OLIVEIRA, M.L.V. **Dermatologia Tropical: Hanseníase.** 4.ed. Manaus: Editora Tropical, 2006.
- TSUTSUMI, A. IZUTSU, T. ISLAM, M. AMED, J. NAKAHARA, S. TAKAGI, F. WAKAI, S. **Depressive status of leprosy patients in Bangladesh : Association with self-perception of stigma.** Leprosy Review, v 75, p 57-66, 2004.
- TSUTSUMI, A. IZUTSU, T. ISLAM, M. AMED, J. NAKAHARA, S. TAKAGI, F. WAKAI, S. **The quality of life, mental health, and perceived stigma of leprosy patients in Bangladesh.** Social Science & Medicine. v 64, p 2443-2453, 2007.
- VAN BRAKEL, W.H.; ANDERSON, A.M.; WORPEL, F.C.; SAIJU, R.; BK, H.B.; SHERPA, S. SUNWAR, S.K.; GURUNG, J. BOER, M.; SCHOLTEN, E. **A scale to asses activities of daily living in persons affected by leprosy.** Leprosy Review. v 70, n 3, p 314-323, 1999.
- VAN BRAKEL, W. **Measuring leprosy stigma – a preliminary review of the leprosy literature.** International Journal of Leprosy and other Mycobacterial Diseases. v 71, p 190-197, 2003.
- VAN BRAKEL, W.H. ANDERSON, A.M. MUTATKAR, R.K. BAKIRTZIEL, Z. NICHOLLS, P.G. RAJU, M.S. DAS-PATTANAYAK, R.K. **The participation scale: measuring a key concept in public health.** Disability and Rehabilitation. v 28, n 4, p 193 -203, 2006.
- VAN DER SCHOUW, Y. T.; VERBEEK, A.L.M; RUIJS, J.H.J; **Roc curves for the initial assessment of new diagnostic tests.** Family Practice, v 9, n 4, p 506-511, 1992.
- VISSCHEDIJK, J.; ENGELHARD, A.; LEVER, P.; GROSSI, M.A.F.; FEENSTRA, P. **Leprosy control strategies and the integration of health services: an international perspective.** Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v 19, n 6, p 1567-81, nov.-dez., 2003.

WHA - WORLD HEALTH ASSEMBLY 44,9 **Elimination of leprosy: resolution of 44th.** World Health Assembly. Geneva, World Health Organization, 1991.

WHOQOL GROUP **The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization.** Social Science & Medicine. 1995; 41, n 10, p 1403-9, 1995.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. expert Committee on Leprosy. **Second Report.** Technical Report Series, n 189, 1960. Geneva: WHO.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Expert Committee on Leprosy. **Fourth Report.** Technical Report Series, n 459, 1970. Geneva: WHO.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Expert Committee on Leprosy. **Sixth Report.** Technical Report Series, n 768. Geneva; WHO, 1988.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A guide to eliminating leprosy as a public health problem.** WHO/LEP/97.7.2 Ed. Geneve, 1997a.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. PQT: **Perguntas e respostas.** Revisão, 1997. WHO/LEP 97.8. 2 ed. Geneva, 1997b.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Expert Committee on Leprosy **Seventh Report.** Technical Report Series. n 874. Geneva: WHO, 1998.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy for further reducing the leprosy burden and sustaining leprosy control activities, 2006-2010.** Geneva; WHO: 2005.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Leprosy elimination project.** Geneva, 2006.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION **Leprosy Global Situation.** Weekly Epidemiological Record. Geneva, v 82, p 225-232, 2007.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Leprosy - Global Situation.** Weekly Epidemiological Report. v 77, p 1-8, 2008.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global leprosy situation.** Weekly Epidemiological Record. v 84, n 33, p 333-340, 2009.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global leprosy situation.** Weekly Epidemiological Record. v 85, n 35 , p 337 348 , 2010.

WILLIAMS, J.B. **A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale.** Archives of General Psychiatry. v 45, p 742-743, 1988.

YAMANOUCHI, A.A. CARON, C.R. SHIWAKU, D.T. SOARES, F.B. NICOLODELLI, M.A. ADUR, R.C. TAMURA, S.Y. **Hanseníase e sociedade: um problema sempre atual.** Anais Brasileiros de Dermatologia, Rio de janeiro, v 68, n 6, p 396-404, 1993.

ZWEIG, M.H.; CAMPBELL, G. **Receiver Operating Characteristic (ROC) plots: a fundamental evaluation tool in clinical medicine.** Clinical Chemistry. V 39, p 561-77, 1993.

ZODPEY, S. TIWARI, R. SALODKAR, A. **Gender differentials in the social and family life of leprosy patients.** Leprosy Review. v 71, p 505-510, 2000.

## APÊNDICE

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### PROJETO DE PESQUISA: Avaliação de Incapacidades e Transtornos Psicossociais em Pacientes com Hanseníase em Centro de Referência

**PESQUISADORES:** Sílvia Helena Lyon de Moura  
Prof. Manoel Otávio da Costa Rocha

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa científica como voluntário (você pode escolher se quer participar ou não). Para isso, deverá ler este documento todo e perguntar aos pesquisadores tudo o que não entendeu antes de aceitar participar da pesquisa.

Esta pesquisa irá estudar a Hanseníase, uma doença que acomete pele e nervos e que pode causar grandes deformidades. O objetivo da pesquisa é entender melhor essa doença, podendo ajudar na prevenção, no tratamento das deformidades provocadas pela doença e melhora da qualidade de vida do paciente.

Os voluntários serão submetidos a questionários simples, com perguntas a respeito do dia-a-dia do paciente com hanseníase. O seu nome e todos os seus outros dados pessoais serão mantidos em sigilo (não serão informados a outras pessoas).

Se você concordar em participar, você estará ajudando diversos pesquisadores a entender melhor a hanseníase e como se pode melhorar seu tratamento e a cura dos doentes. Assim, poderá ajudar muitas pessoas que, como você, hoje estão com essa doença ou que podem vir a ficar doentes no futuro.

Você não terá nenhuma despesa e nem receberá pagamento nenhum para participar da pesquisa; a qualquer momento, você poderá desistir de fazer parte dela, sem qualquer prejuízo.

“Depois de ter lido este documento todo e ter resolvido minhas dúvidas com um dos pesquisadores, eu declaro que concordo com seus termos e aceito participar desta pesquisa.”

Belo Horizonte, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável

Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais  
Av. Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II – 2º. Andar, sala 2005 – Campus Pampulha  
– CEP Belo Horizonte – MG Telefone (31) 3409-4592 – E-mail: [coep@prpq.ufmg.br](mailto:coep@prpq.ufmg.br)

Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Eduardo de Menezes  
Av. Dr. Cristiano Rezende, 2213 – Bonsucesso – CEP 30622-020 Belo Horizonte – MG  
Telefone (31) 3328-5045 – E-mail: [hem.nep@fhemig.mg.gov.br](mailto:hem.nep@fhemig.mg.gov.br)

Ambulatório de Dermatologia do Hospital Eduardo de Menezes - FHEMIG  
Av. Dr. Cristiano Rezende, 2213 – Bonsucesso – CEP 30622-020 Belo Horizonte – MG  
Telefone: (31) 3328-5000 ou (31) 9202-9920/3241-4605 (Sílvia Helena- pesquisadora responsável)

**ANEXOS****ANEXO 1 – PORTARIA Nº 3.125, DE 7 DE OUTUBRO DE 2010****ADVERTÊNCIA**

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União

**Ministério da Saúde  
Gabinete do Ministro****PORTARIA Nº 3.125, DE 7 DE OUTUBRO DE 2010****Aprova as Diretrizes para Vigilância,  
Atenção e Controle da hanseníase;**

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando que o modelo de intervenção para o controle da endemia é baseado no diagnóstico precoce, tratamento oportuno de todos os casos diagnosticados, prevenção e tratamento de incapacidades e vigilância dos contatos domiciliares;

Considerando que essas ações devem ser executadas em toda a rede de atenção primária do Sistema Único de Saúde - SUS e que, em razão do potencial incapacitante da hanseníase, deve-se garantir atenção especializada em unidades de referência ambulatorial e hospitalar, sempre que necessário; e

Considerando a existência de transmissão ativa da hanseníase no Brasil, com ocorrência de novos casos em todas as unidades federadas, predominantemente nas Regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste, resolve:

Art. 1º As Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase, constantes do Anexo I a esta Portaria, estabelecidas de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, têm a finalidade de orientar os gestores e profissionais dos serviços de saúde.

Parágrafo único. As Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase visam ao fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica da hanseníase, bem como à organização da rede de atenção integral e promoção da saúde com base na comunicação, educação e mobilização social.

Art. 2º Os Formulários das Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase consistem em instrumentos destinados à implementação das ações de controle da hanseníase.

Parágrafo único. Os Formulários referidos no caput estarão disponíveis no endereço eletrônico  
[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/formularios\\_portaria\\_n3125\\_hanseníase.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/formularios_portaria_n3125_hanseníase.pdf)

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 4º Fica revogada a Portaria Conjunta SVS/SAS/MS nº. 125 de 26 de março de 2009, publicada no Diário Oficial da União nº. 59, de 27 de março de 2009, seção 1, páginas 73 a 78.

**JOSÉ GOMES TEMPORÃO**

## ANEXO 1

## DIRETRIZES PARA VIGILÂNCIA, ATENÇÃO E CONTROLE DA HANSENÍASE

## 1. Introdução

Saúde desenvolve um conjunto de ações que visam orientar a prática em serviço em todas as instâncias e diferentes complexidades, de acordo com os princípios do SUS, fortalecendo as ações de vigilância epidemiológica da hanseníase, a promoção da saúde com base na educação permanente e a assistência integral aos portadores deste agravo.

A atenção à pessoa com hanseníase, suas complicações e sequelas, deve ser oferecida em toda a rede do Sistema Único de Saúde, de acordo com a necessidade de cada caso.

Considera-se um caso de hanseníase a pessoa que apresenta um ou mais dos seguintes sinais cardinais e que necessita de tratamento poliquimioterápico:

- a) lesão(ões) e/ou área(s) da pele com alteração de sensibilidade;
- b) acometimento de nervo(s) periférico(s), com ou sem espessamento, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas; e
- c) baciloscopia positiva de esfregaço intradérmico.

A hanseníase é uma doença de notificação compulsória em todo o território nacional e de investigação obrigatória. Os casos diagnosticados devem ser notificados, utilizando-se a ficha de notificação e investigação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Investigação - Sinan Anexo I.

## 2. Assistência

## 2.1. Diagnóstico de caso de hanseníase

O diagnóstico de caso de hanseníase é essencialmente clínico e epidemiológico, e é realizado por meio da análise da história e das condições de vida do paciente, do exame dermatoneurológico para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos (sensitivo, motor e/ou autonômico).

Os casos com suspeita de comprometimento neural, sem lesão cutânea (suspeita de hanseníase neural pura) e aqueles que apresentam área (s) com alteração sensitiva e/ou autonômica duvidosa e sem lesão cutânea evidente, deverão ser encaminhados aos serviços de referência (municipal, regional, estadual ou nacional) para confirmação diagnóstica. Recomenda-se que nessas unidades os casos sejam submetidos novamente ao exame dermatoneurológico, à avaliação neurológica, à coleta de material (baciloscopia ou histopatologia cutânea ou de nervo periférico sensitivo) e, sempre que possível, a exames eletrofisiológicos e/ou outros mais complexos para identificar comprometimento cutâneo ou neural discreto, avaliação pelo ortopedista, neurologista e outros especialistas para diagnóstico diferencial com outras neuropatias periféricas.

Em crianças, o diagnóstico da hanseníase exige exame criterioso, diante da dificuldade de aplicação e interpretação dos testes de sensibilidade. Recomenda-se aplicar o Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 anos - PCID < 15, conforme Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde, 2009 (Anexo II).

O diagnóstico de hanseníase deve ser informado ao paciente de modo semelhante aos diagnósticos de outras doenças curáveis e se causar impacto psicológico, tanto a quem adoeceu quanto aos familiares ou pessoas de sua rede social, a equipe de saúde deve buscar uma abordagem apropriada da situação, que favoreça a aceitação do problema, a superação das

dificuldades e maior adesão aos tratamentos. Esta abordagem deve ser oferecida desde o momento do diagnóstico, bem como no decorrer do tratamento da doença e se necessário após a alta por cura.

A classificação operacional do caso de hanseníase, visando definir o esquema de tratamento com poliquimioterapia é baseada no número de lesões cutâneas, de acordo com os seguintes critérios:

PAUCIBACILAR (PB) - casos com até cinco lesões de pele; e

MULTIBACILAR (MB) - casos com mais de cinco lesões de pele.

A baciloscopia de pele (esfregaço intradérmico), sempre que disponível, deve ser utilizada como exame complementar para a classificação dos casos como PB ou MB.

A baciloscopia positiva classifica o caso como MB, independentemente do número de lesões. Observe-se que o resultado negativo da baciloscopia não exclui o diagnóstico de hanseníase.

#### 2.1.1. Diagnóstico das reações hansênicas

Os estados reacionais ou reações hansênicas (tipos 1 e 2) são alterações do sistema imunológico que se exteriorizam como manifestações inflamatórias agudas e subagudas que podem ocorrer mais frequentemente nos casos MB. Elas podem ocorrer antes (às vezes levando à suspeição diagnóstica de hanseníase), durante ou depois do tratamento com Poliquimioterapia (PQT).

A Reação Tipo 1 ou a Reação Reversa (RR) caracteriza-se pelo aparecimento de novas lesões dermatológicas (manchas ou placas), infiltração, alterações de cor e edema nas lesões antigas, com ou sem espessamento e dor de nervos periféricos (neurite).

A Reação Tipo 2, cuja manifestação clínica mais frequente é o Eritema Nodoso Hansênico (ENH) caracteriza-se pelo aparecimento de nódulos subcutâneos dolorosos, acompanhados ou não de febre, dores articulares e mal-estar generalizado, com ou sem espessamento e dor de nervos periféricos (neurite).

Frente à suspeita de reação hansênica, recomenda-se:

- a) confirmar o diagnóstico de hanseníase e fazer a classificação operacional;
- b) diferenciar o tipo de reação hansênica; e
- c) investigar fatores predisponentes (infecções, infestações, distúrbios hormonais, fatores emocionais e outros).

O diagnóstico dos estados reacionais é realizado por meio do exame físico geral e dermatoneurológico do(a) paciente. Tais procedimentos são fundamentais para monitorar o comprometimento de nervos periféricos e para a avaliação da terapêutica antirreacional.

#### 2.1.2. Avaliação do grau de incapacidade e da função neural

É imprescindível avaliar a integridade da função neural e o grau de incapacidade física no momento do diagnóstico do caso de hanseníase e do estado reacional.

Para determinar o grau de incapacidade física deve-se realizar o teste da sensibilidade dos olhos, das mãos e dos pés. É recomendada a utilização do conjunto de monofilamentos de Semmes-Weinstein (6 monofilamentos: 0.05g, 0.2g, 2g, 4g, 10g e 300g) nos pontos de avaliação

de sensibilidade em mãos e pés e do fio dental (sem sabor) para os olhos. Nas situações em que não houver a disponibilidade de estesiômetro ou monofilamento lilás, deve-se fazer o teste de sensibilidade de mãos e pés com a ponta da caneta esferográfica. Considera-se grau um de incapacidade a ausência de resposta ao monofilamento igual ou mais pesado que o de 2 g (cor violeta), ou não resposta ao toque da caneta.

O formulário para avaliação do grau de incapacidade física (Anexo III) deverá ser preenchido e obedecer aos critérios da Organização Mundial da Saúde - OMS expressos no quadro abaixo:

#### GRAU CARACTERÍSTICAS

- 0 Nenhum problema com os olhos, as mãos e os pés devido à hanseníase.
- 1 Diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos.  
Diminuição ou perda da sensibilidade protetora nas mãos e /ou nos pés.
- 2 Olhos: lagofalmo e/ou ectrópio; triquíase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou incapacidade de contar dedos a 6m de distância.  
Mãos: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; mão caída.  
Pés: lesões tróficas e/ou traumáticas; garras; reabsorção; pé caído; contratura do tornozelo.

Para verificar a integridade da função neural recomenda-se a utilização do formulário de Avaliação Neurológica Simplificada (Anexo IV).

Para avaliação da força motora, preconiza-se o teste manual da exploração da força muscular, a partir da unidade músculo-tendinosa durante o movimento e da capacidade de oposição à força da gravidade e à resistência manual, em cada grupo muscular referente a um nervo específico.

Os critérios de graduação da força muscular podem ser expressos como forte, diminuída e paralisada ou de zero a cinco, conforme o quadro a seguir:

Força		Descrição
Forte	5	Realiza o movimento completo contra a gravidade com resistência máxima.
	4	
Diminuída	3	Realiza o movimento completo contra a gravidade com resistência parcial.
	2	Realiza o movimento completo contra a gravidade. Realiza o movimento parcial.
Paralisada	1	Contração muscular sem movimento.
	0	Paralisia (nenhum movimento).

## 2.2 - Tratamento Poliquimioterápico - PQT/OMS

### 2.2.1 - Apresentação das cartelas

Faixa	Cartela PB	Cartela MB
Adulto	Rifampicina (RFM): cápsula de 300 mg (2)	Rifampicina (RFM): cápsula de 300 mg (2)
	Dapsona (DDS): comprimido de 100 mg (28)	Dapsona (DDS): comprimido de 100 mg (28)
	-	Clofazimina (CFZ): cápsula de 100 mg (3) e cápsula de 50 mg (27)
Criança	Rifampicina (RFM): cápsula de 150 mg (1) e cápsula de 300 mg (1)	Rifampicina (RFM): cápsula de 150 mg (1) e cápsula de 300 mg (1)

Dapsona (DDS): comprimido de 50 mg (28)

Dapsona (DDS): comprimido de 50 mg (28)

-

Clofazimina (CFZ): cápsula de 50 mg (16)

### 2.2.2. Esquemas terapêuticos

O tratamento da hanseníase é ambulatorial, utilizando-se os esquemas terapêuticos padronizados de acordo com a classificação operacional.

Esquema terapêutico para casos PAUCIBACILARES: 6 cartelas

Adulto	Rifampicina (RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada. Dapsona (DDS): dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada.
Criança	Rifampicina (RFM): dose mensal de 450 mg (1 cápsula de 150 mg e 1 cápsula de 300 mg) com administração supervisionada. Dapsona (DDS): dose mensal de 50 mg supervisionada e dose diária de 50 mg autoadministrada.

Duração: 6 doses.

Seguimento dos casos: comparecimento mensal para dose supervisionada.

Critério de alta: o tratamento estará concluído com seis (6) doses supervisionadas em até 9 meses. Na 6ª dose, os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico, à avaliações neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e receber alta por cura.

Esquema terapêutico para casos MULTIBACILARES: 12 cartelas

Adulto	Rifampicina (RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada. Dapsona (DDS): dose mensal de 100 mg supervisionada e uma dose diária de 100 mg autoadministrada. Clofazimina (CFZ): dose mensal de 300 mg (3 cápsulas de 100mg) com administração supervisionada e uma dose diária de 50 mg autoadministrada.
Criança	Rifampicina (RFM): dose mensal de 450 mg (1 cápsula de 150 mg e 1 cápsula de 300 mg) com administração supervisionada. Dapsona (DDS): dose mensal de 50 mg supervisionada e uma dose diária de 50 mg autoadministrada. Clofazimina (CFZ): dose mensal de 150 mg (3 cápsulas de 50 mg) com administração supervisionada e uma dose de 50 mg autoadministrada em dias alternados.

Duração: 12 doses.

Seguimento dos casos: comparecimento mensal para dose supervisionada.

Critério de alta: o tratamento estará concluído com doze (12) doses supervisionadas em até 18 meses. Na 12ª dose, os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico, a avaliações neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e receber alta por cura.

Os pacientes MB que excepcionalmente não apresentarem melhora clínica, com presença de lesões ativas da doença, no final do tratamento preconizado de 12 doses (cartelas) deverão ser encaminhados para avaliação em serviço de referência (municipal, regional, estadual ou nacional) para verificar a conduta mais adequada para o caso.

## Notas

- a) A gravidez e o aleitamento não contraindicam o tratamento PQT padrão.
- b) Em mulheres em idade reprodutiva, deve-se atentar ao fato de que a rifampicina pode interagir com anticoncepcionais orais, diminuindo a sua ação.
- c) Em crianças ou adulto com peso inferior a 30 kg, ajustar a dose de acordo com o peso conforme o quadro a seguir:

Dose mensal	Dose diária
Rifampicina (RFM) - 10 a 20 mg/kg	-
Dapsona (DDS) - 1,5 mg/kg	Dapsona (DDS) - 1,5 mg/kg
Clofazimina (CFZ) - 5 mg/kg	Clofazimina (CFZ) - 1 mg/kg

- d) Nos casos de hanseníase neural pura, faz-se o tratamento com PQT de acordo com a classificação (PB ou MB) definida pelo serviço de referência e o tratamento adequado do dano neural. Os pacientes deverão ser orientados para retorno imediato à unidade de saúde, em caso de aparecimento de lesões de pele e/ou de dores nos trajetos dos nervos periféricos e/ou piora da função sensitiva e/ou motora, mesmo após a alta por cura.
- e) Quando disponíveis, os exames laboratoriais complementares como hemograma, TGO, TGP e creatinina poderão ser solicitados no início do tratamento para acompanhamento dos pacientes. A análise dos resultados desses exames não deverá retardar o início da PQT, exceto nos casos em que a avaliação clínica sugerir doenças que contraindiquem o início do tratamento.

## 2.2.3. Esquemas terapêuticos substitutivos

Os esquemas apresentados a seguir deverão ser utilizados nos casos de intolerância grave ou contraindicação a uma ou mais drogas do esquema-padrão PQT/OMS e serão disponibilizados apenas nos serviços de referência municipais, regionais, estaduais ou nacionais.

## Casos de intolerância à Dapsona (DDS)

## PAUCIBACILARES

Rifampicina (RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada  
 + Clofazimina (CFZ): dose mensal de 300 mg (3 cápsulas de 100 mg) administração supervisionada  
 + Clofazimina (CFZ): dose diária de mg autoadministrada.

## MULTIBACILARES

Rifampicina (RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada  
 + Clofazimina (CFZ): dose mensal de 300 mg (3 cápsulas de 100 mg) com administração supervisionada  
 + Ofloxacino (OFX): dose mensal de 400mg supervisionada e com dose diária de 400 mg autoadministrada + Clofazimina (CFZ): dose diária de 50 mg, autoadministrada OU 50

Minociclina (MNC) dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada.

Duração: 6 doses.

Duração: 12 doses.

Seguimento dos casos: Seguimento dos casos: comparecimento mensal para dose supervisionada.  
comparecimento mensal para dose supervisionada.

Critério de alta: o tratamento estará concluído com doze (12)

Critério de alta: o tratamento estará doses supervisionadas (12 cartelas MB sem dapsona) + concluído com 6 (seis) doses ofloxacino (ou minociclina) em até 18 meses. Na 12ª dose, os supervisionadas em até 9 (nove) pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico, às meses. Na 6ª dose, os pacientes avaliações neurológica simplificada e do grau de incapacidade deverão ser submetidos ao exame física e receber alta por cura.

dermatológico, às avaliações

neurológica simplificada e do grau Os pacientes MB que excepcionalmente não apresentarem de incapacidade física e receber melhora clínica e com presença de lesões ativas da doença, no final do tratamento preconizado de 12 doses (cartelas) deverão ser encaminhados para avaliação em serviço de referência (municipal, regional, estadual ou nacional) para verificar a conduta mais adequada para o caso.

#### Casos de intolerância à Clofazimina (CFZ)

##### PAUCIBACILARES

Não previsto.

##### MULTIBACILARES

Rifampicina (RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada.  
+Dapsona (DDS): dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada (28 dias).

+ Ofloxacino (OFX): dose mensal de 400 mg supervisionada e dose diária de 400 mg autoadministrada  
OU

Minociclina (MNC) dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada.

Duração: 12 meses

Seguimento dos casos: comparecimento mensal para dose supervisionada. clofazimina) + ofloxacino (ou minociclina) em até 18 meses. Na 12ª dose, os pacientes deverão ser

Critério de alta: o tratamento estará concluído com 12 (doze) doses supervisionadas (12 cartelas MB sem

submetidos ao exame dermatológico, às avaliações neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e receber alta por cura.

Os pacientes MB que excepcionalmente não apresentarem melhora clínica e com presença de lesões ativas da doença, no final do tratamento preconizado de 12 doses (cartelas) deverão ser encaminhados para avaliação aos serviços de referência (municipal, regional, estadual ou nacional) para verificar a conduta mais adequada para o caso.

Nota: os efeitos adversos da clofazimina, geralmente, são toleráveis e deve-se evitar a suspensão da droga por queixa de pigmentação cutânea.

#### Casos de intolerância à Rifampicina (RFM)

##### PAUCIBACILARES

Dapsona (DDS): dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada  
+ Ofloxacino (OFX): dose mensal de 400 mg supervisionada e dose diária de 400 mg autoadministrada  
OU

Minociclina (MNC) dose mensal de 100 mg OU supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada.

Duração: 6 doses

Seguimento dos casos: comparecimento mensal para dose supervisionada e exame dermatoneurológico.

Critério de alta: o tratamento estará concluído com 06 doses supervisionadas (6 cartelas PB sem rifampicina) + ofloxacino (ou minociclina) em até 9 meses. Na 6ª dose, os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico, às avaliações neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e receber alta por cura.

##### MULTIBACILARES

Dapsona (DDS): dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada  
+ Clofazimina (CFZ): dose mensal de 300 mg (3 cápsulas de 100 mg) com administração supervisionada + Clofazimina (CFZ): dose diária de 50 mg, autoadministrada  
+ Ofloxacino (OFX): dose mensal de 400 mg supervisionada e dose diária de 400mg autoadministrada

Minociclina (MNC) dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100mg autoadministrada.

Duração: 24 doses.

Seguimento dos casos: comparecimento mensal para dose supervisionada e realização de exame dermatoneurológico e baciloscópico na 12ª e 24ª doses.

Critério de alta: o tratamento estará concluído com 24 doses supervisionadas de clofazimina e dapsona (24 cartelas MB sem rifampicina) + ofloxacino (ou minociclina) em até 36 meses. Na 24ª dose, os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico e baciloscópico, às avaliações neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e receber alta por cura.

## Casos de intolerância à Rifampicina (RFM) e à Dapsona (DDS)

## PAUCIBACILARES

Clofazimina (CFZ): dose mensal supervisionada 300mg, e dose diária de 50mg autoadministrada.  
+ Ofloxacino (OFX): dose mensal de 400mg supervisionada e dose diária de 400mg autoadministrada

## MULTIBACILARES

Nos 06 primeiros meses:  
Clofazimina (CFZ): dose mensal de 300 mg supervisionada e dose diária de 50mg, autoadministrada.  
+ Ofloxacino (OFX): dose mensal de 400 mg supervisionada e dose diária de 400mg, autoadministrada.  
+ Minociclina (MNC): dose mensal de 100 mg OU supervisionada e dose diária de 100mg autoadministrada.

Minociclina (MNC) dose mensal de 100mg supervisionada e dose diária de 100mg autoadministrada.

Nos 18 meses subsequentes:  
Clofazimina (CFZ): dose mensal de 300 mg supervisionada e dose diária de 50mg autoadministrada. + Ofloxacino (OFX): dose mensal de 400mg supervisionada e dose diária de 400 mg autoadministrada OU

Duração: 06 doses.

Seguimento dos casos: comparecimento mensal para dose supervisionada e exame dermatoneurológico.

Clofazimina (CFZ): dose mensal de 300 mg supervisionada e dose diária de 50 mg autoadministrada

Critério de alta: o tratamento estará concluído com seis (6) doses supervisionadas e autoadministradas de clofazimina + minociclina + ofloxacino e 18 (dezoito) doses supervisionadas e autoadministradas de clofazimina + ofloxacino ou clofazimina + minociclina. Na 24ª dose, os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico e baciloscópico, às avaliações neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e receber alta por cura.

concluído com seis (6) doses supervisionadas em até nove (9) meses. Na 6ª dose, os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico, às avaliações neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e receber alta por cura.

super na s i d 0 mg oa nis da.

Duração: 24 doses em até 36 meses.

Seguimento dos casos: comparecimento mensal para dose supervisionada e realização de exame dermatoneurológico e baciloscópico na 12ª e na 24ª dose.

Critério de alta: o tratamento estará concluído com 6 (seis) doses supervisionadas e autoadministradas de clofazimina + minociclina + ofloxacino e 18 (dezoito) doses supervisionadas e autoadministradas de clofazimina + ofloxacino ou clofazimina + minociclina. Na 24ª dose, os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico e baciloscópico, às avaliações neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e receber alta por cura.

## Notas

- Em crianças MB menores de 8 anos de idade: quando houver necessidade de retirada da Dapsona, mantém-se o esquema terapêutico apenas com Rifampicina e Clofazimina.
- Em crianças menores de 8 anos de idade, tanto MB quanto PB, quando houver necessidade de retirada da Rifampicina, este medicamento deverá ser substituído pelo Ofloxacino na dose de 10 mg/kg/dia, e não pela Minociclina que implica riscos para esta faixa etária.
- Em gestantes, MB ou PB, com intolerância à Dapsona, o esquema terapêutico recomendado é a associação da Rifampicina com a Clofazimina, pelo risco para o feto do uso da Ofloxacino e da Minociclina.
- O critério de alta por cura não depende da negatização da baciloscopia do raspado intradérmico.
- O (a) paciente deve ser orientado (a) a não tomar a dose autoadministrada no dia da dose supervisionada.

2.2.4. Esquemas de tratamento para casos especiais - situações extremas (transtornos mentais, uso de álcool e de outras drogas, entre outras situações).

Em situações extremas, principalmente de casos multibacilares, que não se enquadram nos esquemas acima, recomenda-se a administração mensal supervisionada, do esquema ROM, conforme quadro a seguir:

#### FAIXA CASOS PAUCIBACILARES

Adulto Rifampicina (RFM): cápsula de 300 mg (2)  
 Ofloxacino(OFX): comprimido de 400 mg (1)  
 Minociclina (MNC): comprimido de 100 mg (01)  
 Duração: 06 doses.  
 Seguimento dos casos: comparecimento mensal para dose supervisionada e exame dermatoneurológico.  
 Critério de alta: o tratamento estará concluído com 6 (seis) doses supervisionadas em até 9 (nove) meses. Na 6ª dose, os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico, às avaliações neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e receber alta por cura.

#### CASOS MULTIBACILARES

Rifampicina (RFM): cápsula de 300 mg (2)  
 Ofloxacino(OFX): comprimido de 400 mg (1)  
 Minociclina (MNC): comprimido de 100 mg (01)  
 Duração: 24 doses.  
 Seguimento dos casos: comparecimento mensal para dose supervisionada e exame dermatoneurológico.  
 Critério de alta: o tratamento estará concluído com 24 (vinte e quatro) doses supervisionadas em até 36 (trinta e seis) meses. Na 24ª dose, os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico e baciloscópico, às avaliações neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e receber alta por cura.

#### 2.2.5. Seguimento de casos

Os pacientes devem ser agendados para retorno a cada 28 dias. Nessas consultas eles tomam a dose supervisionada no serviço de saúde e recebem a cartela com os medicamentos das doses a serem autoadministradas em domicílio. Esta oportunidade deve ser aproveitada para avaliação do(a) paciente, esclarecimento de dúvidas e orientações. Além disso, deve-se reforçar a importância do exame dos contatos, agendando o exame clínico e a vacinação.

O cartão de agendamento deve ser usado para registro da data de retorno à unidade de saúde e para controle da adesão ao tratamento.

Os pacientes que não comparecerem à dose supervisionada deverão ser visitados em domicílio, no máximo em até 30 dias, buscando-se continuar o tratamento e evitar o abandono.

No retorno para tomar a dose supervisionada, o(a) paciente deve ser submetido(a) à revisão sistemática por médico(a) e/ou enfermeiro(a) responsáveis pelo monitoramento clínico e terapêutico. Essa medida visa identificar reações adversas, efeitos adversos aos medicamentos e dano neural. Em caso de reações ou outras intercorrências, os(as) pacientes devem ser examinados a(s) em intervalos menores.

A demonstração e a prática de autocuidado devem fazer parte das orientações de rotina do atendimento mensal sendo recomendada a organização de grupos de pacientes e familiares ou de pessoas de sua convivência que possam apoiá-los na execução dos procedimentos recomendados. A prática das técnicas de autocuidado deve ser avaliada sistematicamente para evitar piora do dano neural por execução inadequada. Em todas as situações, o esforço realizado pelos(as) pacientes deve ser valorizado para estimular a continuidade das práticas de autocuidado apoiado.

Os efeitos adversos aos medicamentos que compõem a PQT não são frequentes e em geral são bem tolerados. No mundo, mais de 25 milhões de pessoas já utilizaram a PQT nos últimos 25 anos.

Nos casos suspeitos de efeitos adversos aos medicamentos da PQT deve-se suspender temporariamente o esquema terapêutico, com imediato encaminhamento do(a) paciente para avaliação em serviço de referência (municipal, regional, estadual ou nacional), com apoio de exames laboratoriais complementares e prescrição da conduta adequada.

Os principais efeitos adversos aos medicamentos da PQT para os quais estão indicados os esquemas substitutivos são: anemia hemolítica, hepatite medicamentosa, meta- hemoglobinemia, agranulocitose, síndrome pseudogripal, síndrome da dapsona, eritrodermia, dermatite esfoliativa e plaquetopenia. Os efeitos mais graves estão relacionados à dapsona, e em geral ocorrem nas primeiras seis semanas de tratamento.

Pessoas com hanseníase que apresentem outras doenças associadas (AIDS, tuberculose, nefropatias, hepatopatias, endocrinopatias), se necessário, devem ser encaminhadas às unidades de saúde de maior complexidade para avaliação.

#### 2.2.6. Critérios de encerramento do tratamento na alta por cura

O encerramento da Poliquimioterapia (alta por cura) deve ser estabelecido segundo os critérios de regularidade ao tratamento: número de doses e tempo de tratamento, de acordo com cada esquema mencionado anteriormente, sempre com avaliação neurológica simplificada, avaliação do grau de incapacidade física e orientação para os cuidados pós-alta.

#### Situações a serem observadas

a) Condutas para pacientes irregulares: os pacientes que não completaram o tratamento preconizado - PB: 6 (seis) doses em até 9 (nove) meses e MB: 12 (doze) doses em até 18 (dezoito) meses - deverão ser avaliados quanto à necessidade de reinício ou possibilidade de aproveitamento de doses anteriores, visando à finalização do tratamento dentro do prazo preconizado.

b) Condutas para casos MB sem melhora clínica ao final do tratamento preconizado de 12 doses PQT/OMS (cartelas): os pacientes MB que excepcionalmente não apresentarem melhora clínica e com presença de lesões ativas da doença, no final do tratamento preconizado de 12 doses (cartelas), deverão ser encaminhados para avaliação em serviço de referência (municipal, regional, estadual ou nacional). A conduta deverá ser baseada na associação de sinais de atividade da doença, mediante exame clínico e correlação laboratorial (baciloscopia e, se indicada, histopatologia).

Casos MB que iniciam o tratamento com numerosas lesões ou extensas áreas de infiltração cutânea podem ter um risco maior de desenvolver reações e dano neural após completar as 12 doses. Esses casos poderão apresentar uma regressão mais lenta das lesões de pele. A maioria desses doentes continuará a melhorar após a conclusão do tratamento com 12 doses. É possível, no entanto, que alguns desses casos não demonstrem qualquer melhora e por isso deverão ser avaliados em serviço de referência (municipal, regional, estadual ou nacional) quanto à necessidade de 12 doses adicionais de PQT/MB.

c) Condutas para efeitos adversos da PQT: de acordo com os sinais e sintomas específicos dos efeitos adversos de cada droga, o tratamento deverá ser suspenso temporariamente e o(a) paciente encaminhado (a) para avaliação em unidades de referência. Deverão ser solicitados exames laboratoriais específicos para confirmação e/ou diagnóstico diferencial de outras patologias que podem ocorrer concomitantemente. Se a suspensão do uso do medicamento não for suficiente para a regressão do quadro e os exames laboratoriais apresentarem alterações importantes, o(a) paciente deverá ser encaminhado(a) para avaliação e acompanhamento em serviços de atenção especializada hospitalar.

d) Hanseníase e gestação: em que pese a recomendação de se restringir a ingestão de medicamentos no primeiro trimestre da gravidez, os esquemas padrão PQT/OMS, para tratamento da hanseníase, têm sua utilização recomendada. Contudo, mulheres com diagnóstico

de hanseníase e não grávidas que desejem engravidar devem receber aconselhamento para planejar a gestação após a finalização do tratamento. Especial atenção deve ser dada ao período compreendido entre o terceiro trimestre da gravidez e o puerpério, no qual as reações hansênicas podem ter sua frequência aumentada.

e) Hanseníase e tuberculose: para o(a) paciente com tuberculose e hanseníase deve ser mantido o esquema terapêutico apropriado para a tuberculose (lembrando que nesse caso a dose de rifampicina de 600 mg será administrada diariamente), acrescido dos medicamentos específicos para a hanseníase, nas doses e tempos previstos no esquema padrão PQT/OMS:

1. casos paucibacilares: acrescenta-se a dapsona;

2. casos multibacilares: acrescenta-se a dapsona e a clofazimina até o término do tratamento da tuberculose, quando deverá ser acrescida a rifampicina do esquema padrão da hanseníase;

3. casos em que não se utiliza a rifampicina no tratamento da tuberculose, por contraindicação dessa droga: utilizar o esquema substitutivo próprio para esses casos na hanseníase; e

4. casos em que não se utiliza a rifampicina no tratamento da tuberculose por resistência do *Mycobacterium tuberculosis* a essa droga: utilizar o esquema padrão PQT/OMS da hanseníase.

f) Hanseníase e infecção pelo HIV e/ou AIDS: para o(a) paciente com infecção pelo HIV e/ou AIDS e hanseníase deve ser mantido o esquema PQT/OMS de acordo com a classificação operacional. Especial atenção deve ser dada às reações hansênicas que podem ocorrer com maior gravidade.

g) Hanseníase e outras doenças: em casos de associação da hanseníase com doenças hepáticas, renais ou hematológicas, a escolha do melhor esquema terapêutico para tratar a hanseníase deverá ser discutida com especialistas das referidas áreas.

### 2.3. Tratamento de reações hansênicas

Para o tratamento das reações hansênicas é imprescindível:

1. diferenciar o tipo de reação hansênica;

2. avaliar a extensão do comprometimento de nervos periféricos, órgãos e outros sistemas;

3. investigar e controlar fatores potencialmente capazes de desencadear os estados reacionais;

4. conhecer as contraindicações, interações e efeitos adversos dos medicamentos utilizados no tratamento da hanseníase e em seus estados reacionais;

5. instituir, precocemente, a terapêutica medicamentosa e medidas coadjuvantes adequadas visando à prevenção de incapacidades; e

6. encaminhar os casos graves para internação hospitalar.

Observe-se que a ocorrência de reações hansênicas não contraindica o início da PQT/OMS, não implica sua interrupção nem é indicação de reinício da PQT, se o paciente já houver concluído seu tratamento.

As reações com ou sem neurites devem ser diagnosticadas por meio da investigação cuidadosa dos sinais e sintomas específicos, valorização das queixas e exame físico geral, com ênfase na avaliação dermatológica e neurológica simplificada. Essas ocorrências deverão ser consideradas como situações de urgência e encaminhadas aos serviços de referência (municipal, regional, estadual ou nacional) para tratamento nas primeiras 24 (vinte e quatro) horas. Nas situações onde há dificuldade de encaminhamento imediato, os seguintes procedimentos deverão ser aplicados até a avaliação:

1. orientar repouso do membro afetado em caso de suspeita de neurite;

2. iniciar prednisona na dose 1 a 1,5 mg/kg/dia (excepcionalmente de 1,5 a 2 mg/kg/dia), devendo-se tomar as seguintes precauções para a sua utilização: garantia de acompanhamento médico, registro do peso, da pressão arterial, da glicemia de jejum no sangue, tratamentos profiláticos da estrogiloidíase e da osteoporose.

O acompanhamento dos casos com reação deverá ser realizado por profissionais com maior experiência ou por unidades de referência (municipal, regional e/ou estadual). Para o encaminhamento deverá ser utilizada a Ficha de Referência/Contra Referência padronizada pelo Município, contendo todas as informações necessárias, incluindo-se a data do início do tratamento, esquema terapêutico, número de doses administradas e o tempo de tratamento.

### 2.3.1. Tratamento clínico das reações

O tratamento dos estados reacionais é geralmente ambulatorial e deve ser prescrito e supervisionado por médico(a).

#### a) Reação tipo 1 ou Reação Reversa (RR)

1. Iniciar prednisona na dose de 1 a 1,5 mg/kg/dia (excepcionalmente de 1,5 a 2 mg/kg/dia), conforme avaliação clínica.

2. Manter a poliquimioterapia se o doente ainda estiver em tratamento específico.

3. Imobilizar o membro afetado com tala gessada em caso de neurite associada.

4. Monitorar a função neural sensitiva e motora.

5. Reduzir a dose de corticóide conforme resposta terapêutica.

6. Programar e realizar ações de prevenção de incapacidades.

Na utilização da Prednisona, devem ser tomadas algumas precauções:

1. registro do peso, da pressão arterial e da glicemia de jejum no sangue para controle.

2. tratamento antiparasitário com medicamento específico para *Strongiloides stercoralis* prevenindo a disseminação sistêmica deste parasita (Tiabendazol 50 mg/kg/dia, em 3 tomadas por 2 dias ou 1,5 g/dose única, ou Albendazol na dose de 400 mg/dia, durante 3 dias consecutivos).

3. profilaxia da osteoporose: cálcio 1000 mg/dia, vitamina D 400-800 UI/dia ou Bifosfonatos (por exemplo, Alendronato 10 mg/dia, administrado com água, pela manhã, em jejum. Recomenda-se que o desjejum ou outra alimentação matinal deve ser realizado(a), no mínimo, 30 minutos após a ingestão do comprimido do alendronato).

#### b) Reação tipo 2 ou Eritema Nodoso Hansênico (ENH)

A talidomida é o medicamento de escolha na dose de 100 a 400 mg/dia, conforme a intensidade do quadro. Na impossibilidade do seu uso, prescrever prednisona na dose 1 a 1,5mg/kg peso/dia (excepcionalmente de 1 a 2 mg/kg peso/dia). Além disso, é preciso:

1. manter a poliquimioterapia se o(a) doente ainda estiver em tratamento específico;

2. introduzir corticosteróide em caso de comprometimento de nervos (bem definido após palpação e avaliação da função neural), segundo o esquema já referido;

3. imobilizar o membro afetado em caso de neurite associada;

4. monitorar a função neural sensitiva e motora;

5. reduzir a dose da talidomida e/ou do corticóide conforme resposta terapêutica; e

6. programar e realizar ações de prevenção de incapacidades.

c) Reações tipo 2 (ENH) - indicações da corticoterapia

1. Contraindicações da talidomida.

2. Mulheres grávidas ou sob risco de engravidar (mulheres em idade fértil) - Lei nº 10.651, de 16 de abril de 2003, que dispõe sobre o uso da talidomida).

3. Presença de lesões oculares reacionais, com manifestações de hiperemia conjuntival com ou sem dor, embaçamento visual, acompanhadas ou não de manifestações cutâneas.

4. Edema inflamatório de mãos e pés (mãos e pés reacionais).

5. Glomerulonefrite; orquiepididimite; artrite; vasculites; eritema nodoso necrotizante.

6. Reações tipo eritema polimorfo-símile, síndrome de sweet-símile.

d) Conduta nos casos de reação crônica ou subintrante

A reação subintrante é a reação intermitente, cujos surtos são tão frequentes que, antes de terminado um, surge o outro. Esses casos respondem ao tratamento com corticosteroides e/ou talidomida, mas tão logo a dose seja reduzida ou retirada, a fase aguda recrudescer. Isso pode acontecer mesmo na ausência de doença ativa e perdurar por muitos anos após o tratamento da doença. Nesses casos recomenda-se:

1. observar a coexistência de fatores desencadeantes, como parasitose intestinal, infecções concomitantes, cárie dentária, estresse emocional; e

2. após excluir atividade de doença (recidiva), se houver disponibilidade de clofazimina avulsa (50 mg ou 100 mg) em centros de referência, utilizar o esquema: clofazimina em dose inicial de 300 mg/dia por 30 dias; reduzir para 200 mg/dia por 30 dias e em seguida para 100 mg/dia por mais 30 dias, associada ao corticoesteroide ou à talidomida.

e) Esquema terapêutico alternativo para reação tipo 2

Utilizar a pentoxifilina, após alimentação, na dose de 1200 mg/dia, dividida em doses de 400 mg de 8/8 horas, associada ou não ao corticosteroide. Sugere-se iniciar com a dose de 400 mg/dia, com aumento de 400 mg a cada semana, no total de 3 semanas para alcançar a dose máxima e minimizar os efeitos gastrointestinais. Pode ser uma opção para os casos onde a talidomida for contraindicada, como em mulheres em idade fértil. A pentoxifilina pode beneficiar

os quadros com predomínio de vasculites. Reduzir a dose conforme resposta terapêutica, após pelo menos 30 dias, observando a regressão dos sinais e sintomas gerais e dermatoneurológicos.

#### e) Tratamento cirúrgico das neurites

Este tratamento é indicado depois de esgotados todos os recursos clínicos para reduzir a compressão do nervo periférico por estruturas anatômicas constrictivas próximas. O (a) paciente deverá ser encaminhado(a) para avaliação em unidade de referência de maior complexidade para descompressão neural cirúrgica, de acordo com as seguintes indicações:

1. abscesso de nervo;
2. neurite que não responde ao tratamento clínico padronizado dentro de quatro (4) semanas;
3. neurites subintransientes ou reentrantes; e
4. neurite do nervo tibial após avaliação, por ser, geralmente, silenciosa e, nem sempre, responder bem ao corticoide. A cirurgia pode auxiliar na prevenção da ocorrência de úlceras plantares.

#### f) Dor neural não controlada e/ou crônica

A dor neuropática (neuralgia) pode ocorrer durante o processo inflamatório, associado ou não à compressão neural ou por seqüela da neurite e deve ser contemplada no tratamento da neuropatia.

Pacientes com dores persistentes e quadro sensitivo e motor normal ou sem piora devem ser encaminhados aos centros de referência para o tratamento adequado.

Para aqueles com quadro de neurite de difícil controle, os serviços de referência poderão também adotar protocolo clínico de pulsoterapia com metilprednisolona endovenosa na dose de 1g por dia até melhora acentuada dos sinais e sintomas, até o máximo de três pulsos seguidos, em ambiente hospitalar, por profissional experiente, quando será substituída por prednisona via oral.

Nos pacientes com dor persistente e quadro sensitivo e motor normal ou sem piora, poderão ser utilizados antidepressivos tricíclicos (Amitriptilina, Nortriptilina,) ou anticonvulsivantes (Carbamazepina, Gabapentina), observando-se as interações medicamentosas correspondentes, como apresentado a seguir.

#### Antidepressivos tricíclicos:

FÁRMACO	APRESENTAÇÃO	DOSE HABITUAL/DIA	DOSE MÁXIMA/DIA
Cloridrato de Amitriptilina	25 mg comprimido	25-150 mg	300 mg
Cloridrato de Nortriptilina	25 mg e 50 mg cápsula	10-50 mg (0,2-3 mg kg)	150 mg

#### Anticonvulsivantes:

APRESENTAÇÃO	DOSE HABITUAL/DIA	DOSE MÁXIMA/DIA
Carbamazepina	200 mg comprimido; 20 mg/ml suspensão oral	200-1200 mg 3000 mg

Gabapentina                      300 mg e 400 mg cápsula                      900-2400 mg                      3600 mg

#### 2.4. Prevenção e tratamento de incapacidades

A principal forma de prevenir a instalação de deficiências e incapacidades físicas é o diagnóstico precoce. A prevenção de deficiências (temporárias) e incapacidades (permanentes) não deve ser dissociada do tratamento PQT. Essas ações devem fazer parte da rotina dos serviços de saúde e serem recomendadas para todos os pacientes.

A avaliação neurológica deve ser realizada:

1. no início do tratamento;
2. a cada três meses durante o tratamento se não houver queixas;
3. sempre que houver queixas, tais como: dor em trajeto de nervos, fraqueza muscular, início ou piora de queixas parestésicas;
4. no controle periódico de pacientes em uso de corticóides, em estados reacionais e neurites;
5. na alta do tratamento; e
6. no acompanhamento pós-operatório de descompressão neural com 15 (quinze), 45 (quarenta e cinco), 90 (noventa) e 180 (cento e oitenta) dias.

##### 2.4.1. Técnicas simples de autocuidado

A prevenção das incapacidades físicas e deformidades decorrentes da hanseníase é realizada por meio de técnicas simples e de orientação ao paciente para a prática regular de autocuidado apoiado. Elas precisam ser aplicadas e ensinadas nas unidades básicas de saúde durante o acompanhamento do(a) paciente e após a alta.

Autocuidados são procedimentos, técnicas e exercícios que o (a) próprio paciente, devidamente apoiado (a), incentivado (a) e capacitado (a) poderá realizar regularmente no seu domicílio e em outros ambientes. Os pacientes devem ser orientados a fazer a auto inspeção diária e, se necessário, estimulados a usar proteção, especialmente voltada para os olhos, nariz, mãos e pés. O quadro a seguir apresenta exemplos de tipos de exercícios de autocuidado relacionados à alteração da força muscular.

Força	Descrição	Orientação
Forte	5 Realiza o movimento completo contra a gravidade com resistência máxima.	Não necessita de exercícios.
Diminuída	4 Realiza o movimento completo contra a gravidade com resistência parcial.	Exercícios ativos com resistência.
	3 Realiza o movimento completo contra a gravidade.	Exercícios ativos sem ou com pouca resistência.
	2 Realiza o movimento parcial.	Alongamentos e exercícios passivos. Exercícios com ajuda da outra mão. Exercícios ativos sem resistência.
Paralisada	1 Contração muscular sem movimento.	Alongamento e exercícios passivos. Exercícios com ajuda da outra mão.
	0 Paralisia (nenhum movimento).	Alongamento e exercícios passivos.

#### 2.4.2. Indicação de cirurgia de reabilitação

O(a) paciente com incapacidade instalada, apresentando mão em garra, pé caído e lagoftalmo, bem como outras incapacidades como madarose superciliar, desabamento da pirâmide nasal, queda do lóbulo da orelha, atrofia cutânea da face, deverá ser encaminhado para avaliação e indicação de cirurgia de reabilitação em centros de atenção especializada hospitalar, de acordo com os seguintes critérios: ter completado o tratamento PQT e estar sem apresentar estados inflamatórios reacionais e/ou uso de medicamentos antirreacionais há pelo menos um ano.

#### 2.5. Situações pós-alta por cura

##### 2.5.1. Reações pós-alta por cura

Pacientes que, no momento da alta por cura, apresentam reações ou deficiências sensitivomotoras e/ou incapacidades deverão ser monitorados.

Os pacientes deverão ser orientados para retorno imediato à unidade de saúde, em caso de aparecimento de novas lesões de pele e/ou de dores nos trajetos dos nervos periféricos e/ou piora da função sensitiva e/ou motora.

##### 2.5.2. Recidiva

Os casos de recidiva em hanseníase são raros em pacientes tratados regularmente com os esquemas poliquimioterápicos recomendados. Geralmente as recidivas ocorrem em período superior a cinco anos após a cura. O diagnóstico diferencial entre reação e recidiva deverá ser baseado na associação de exames clínicos e laboratoriais, especialmente, a baciloscopia nos casos MB.

##### a) Critérios clínicos para a suspeição e diagnóstico de recidiva:

Os casos que não responderem ao tratamento proposto para os estados reacionais deverão ser encaminhados aos serviços de referência (municipal, regional, estadual ou nacional) para confirmação de recidiva, ocasião em que o paciente deverá portar a ficha de investigação de suspeita de recidiva preenchida.

b) Casos paucibacilares (PB): (i) paciente que, após alta por cura, apresentar dor no trajeto de nervos, novas áreas com alterações de sensibilidade, lesões novas e/ou exacerbação de lesões anteriores que não respondem ao tratamento com corticosteróide, por pelo menos 90 (noventa) dias; (ii) pacientes com surtos reacionais tardios, em geral, cinco anos após a alta.

c) Casos multibacilares (MB): (i) paciente que, após alta por cura, apresentar lesões cutâneas e/ou exacerbação de lesões antigas, novas alterações neurológicas que não respondem ao tratamento com talidomida e/ou corticosteroide nas doses e prazos recomendados, baciloscopia positiva e quadro compatível com pacientes virgens de tratamento; (ii) pacientes com surtos reacionais tardios, em geral, cinco anos após a alta; (iii) aumento do índice baciloscópico em 2+, em qualquer sítio de coleta, comparandose com um exame anterior do paciente após-alta da PQT (se houver) sendo os dois coletados na ausência de estado reacional ativo.

Principais aspectos para distinção entre estados reacionais e recidiva

Características	Reação	Recidiva
Período de ocorrência	Frequente durante a PQT e menos frequente no período de dois a três anos após término do tratamento.	Em geral, período superior a cinco anos após término da PQT

Surgimento	Súbito e inesperado	Lento e insidioso
Lesões antigas	Algumas ou todas as lesões podem se tornar eritematosas, brilhantes, intumescidas e infiltradas	Geralmente imperceptíveis
Lesões recentes	Em geral, múltiplas	Poucas
Ulceração	Pode ocorrer	Raramente ocorre
Regressão	Presença de descamação	Ausência de descamação
Comprometimento neural	Muitos nervos podem ser rapidamente envolvidos ocorrendo dor e alterações sensitivo-motoras	Poucos nervos podem ser envolvidos, com alterações sensitivo-motoras de evolução mais lenta
Resposta a medicamentos antirreacionais.	Excelente	Não pronunciada

Fonte: Adaptado do Manual da OMS, 2ª ed. 1989.

Apesar da eficácia comprovada dos esquemas PQT/OMS, a vigilância da resistência medicamentosa deve ser realizada. Para tanto, as unidades de referência devem encaminhar coleta de material de casos multibacilares com recidiva confirmada aos centros de referência nacionais que realizam essa vigilância.

### 2.5.3. Prevenção e tratamento de incapacidades

Todas as medidas recomendadas para o (a) paciente em tratamento devem ser extensivas ao período pós-alta por cura, especialmente dos casos que apresentam graus 1 e 2 para acompanhamento das práticas de autocuidado, adaptação de calçados e tratamento de feridas e reabilitação cirúrgica. O (a) paciente deve ser orientado (a) para o retorno pós-alta por cura, de acordo com as suas necessidades.

### 2.5.4. Atenção às áreas de ex-colônias de hanseníase

Apesar do isolamento compulsório, no Brasil, ter sido abolido em 1962, muitas pessoas permaneceram residindo em ex-colônias ou em seus arredores. Outras foram internadas por razões sociais até o início dos anos oitenta, em alguns Estados. Recomenda-se, portanto, que essas populações sejam alvo das seguintes ações de vigilância e controle de hanseníase:

- a) vigilância de contatos ou exame de coletividade;
- b) investigação dos casos de recidiva, pela possibilidade de ocorrência de resistência medicamentosa em pessoas submetidas a monoterapia irregular com dapsona;
- c) ações de prevenção e reabilitação física, psicossocial e profissional;
- d) integração dessas instituições à rede de serviços do SUS; e
- e) observação e orientação do (a) paciente que se enquadra nos critérios da Lei nº 11.520 de 18/09/2007.

## 3. vigilância epidemiológica

A vigilância epidemiológica envolve a coleta, processamento, análise e interpretação dos dados referentes aos casos de hanseníase e seus contatos. A produção e divulgação das

informações subsidiam análises e avaliações da efetividade das intervenções e embasam o planejamento de novas ações e recomendações a serem implementadas.

A vigilância epidemiológica deve ser organizada em todos os níveis de atenção, da unidade básica de saúde à atenção especializada ambulatorial e hospitalar, de modo a garantir informações sobre a distribuição, a magnitude e a carga de morbidade da doença nas diversas áreas geográficas. Ela propicia o acompanhamento rotineiro das principais ações estratégicas para o controle da hanseníase.

### 3.1. Descoberta e notificação de caso de hanseníase

A descoberta de caso de hanseníase é feita por meio da detecção ativa (investigação epidemiológica de contatos, e exame de coletividade, como inquéritos e campanhas) e passiva (demanda espontânea e encaminhamento).

Considera-se caso novo de hanseníase a pessoa que nunca recebeu qualquer tratamento específico.

A hanseníase é uma doença de notificação compulsória em todo o território nacional e de investigação obrigatória. Cada caso diagnosticado deve ser notificado na semana epidemiológica de ocorrência do diagnóstico, utilizando-se a ficha de notificação e investigação do Sistema de Informação de Notificação de Agravos Nacional - Sinan (Anexo I) nos três níveis de atenção à saúde. A notificação deve ser enviada em meio físico, magnético ou virtual, ao órgão de vigilância epidemiológica hierarquicamente superior, permanecendo uma cópia no prontuário. As fichas de notificação de casos devem ser preenchidas por profissionais das unidades de saúde onde o (a) paciente foi diagnosticado (a).

A notificação de casos de recidiva deverá ser realizada pelo serviço de referência que procedeu a confirmação diagnóstica. Após avaliação, os casos confirmados e sem complicação deverão ser contrarreferenciados para tratamento e acompanhamento na unidade básica.

### 3.2. Acompanhamento dos casos

Por ser a hanseníase uma doença infecciosa crônica, os casos notificados demandam atualização das informações do acompanhamento pela unidade de saúde, por meio do preenchimento mensal do Boletim de Acompanhamento de Hanseníase do Sinan (Anexo V).

O Boletim de Acompanhamento de Casos deve ser encaminhado pela unidade de saúde, ao final de cada mês, ao nível hierárquico superior informatizado, contendo as seguintes informações: (i) data do último comparecimento; (ii) classificação operacional atual; (iii) esquema terapêutico atual; (iv) número de doses de PQT/OMS administradas; (v) episódio reacional durante o tratamento; (vi) número de contatos registrados e examinados; e (vii), em caso de saída, tipo, data e grau de incapacidade na alta por cura.

A saída por "abandono" deverá ser informada quando o doente que ainda não concluiu o tratamento não compareceu ao serviço de saúde nos últimos 12 meses, tanto nos casos PB quanto nos MB.

As alterações dos casos no Sinan só poderão ser feitas no primeiro nível informatizado.

### 3.3. Investigação epidemiológica de contato

A investigação consiste no exame dermatoneurológico de todos os contatos intradomiciliares dos casos novos detectados, independentemente da classificação operacional e do repasse de orientações sobre período de incubação, transmissão e sinais e sintomas precoces da hanseníase.

A investigação epidemiológica tem por finalidade a descoberta de casos entre aqueles que convivem ou conviveram com o doente e suas possíveis fontes de infecção.

Para fins operacionais, considera-se contato intradomiciliar toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase nos últimos cinco anos.

### 3.3.1. Recomendações sobre o uso da vacina BCG (Bacilo de Calmette-Guërin) para os contatos intradomiciliares de casos de hanseníase

A vacina BCG-ID deverá ser aplicada nos contatos intradomiciliares sem presença de sinais e sintomas de hanseníase no momento da avaliação, independentemente de serem contatos de casos PB ou MB. A aplicação da vacina BCG depende da história vacinal e segue as recomendações do quadro a seguir:

Avaliação da cicatriz vacinal	Conduta
Sem cicatriz	Prescrever uma dose
Com uma cicatriz de BCG	Prescrever uma dose
Com duas cicatrizes de BCG	Não prescrever nenhuma dose

Fonte: Caderno da Atenção Básica- nº 21, DAB/SAS/MS, 2.ed. rev.2008.

#### Notas

a) Todo contato de hanseníase deve receber orientação de que a BCG não é uma vacina específica para este agravo e neste grupo é destinada, prioritariamente, aos contatos intradomiciliares.

b) Contatos intradomiciliares de hanseníase com menos de 1 ano de idade, já vacinados, não necessitam da aplicação de outra dose de BCG.

c) Contatos intradomiciliares de hanseníase com mais de 1 ano de idade, já vacinados com a primeira dose, devem seguir as instruções do quadro acima.

d) Na incerteza de cicatriz vacinal, no exame dos contatos intradomiciliares, recomenda-se aplicar uma dose independentemente da idade.

e) As contraindicações para aplicação da vacina BCG são as mesmas referidas pelo Programa Nacional de Imunização -PNI disponíveis no endereço eletrônico: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\\_pos-vacinacao.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_pos-vacinacao.pdf)

f) É importante considerar a situação de risco dos contatos possivelmente expostos ao HIV e outras situações de imunodepressão, incluindo corticoterapia. Para pessoas HIV positivas ou com AIDS, devem ser seguidas as recomendações específicas para imunização com agentes biológicos vivos ou atenuados disponíveis no seguinte endereço eletrônico: [www.aids.gov.br/final/biblioteca/imunizacao/imuniza.htm](http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/imunizacao/imuniza.htm).

## 3.4. Monitoramento e avaliação

### 3.4.1. Indicador do Pacto pela Vida

a) Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes

### 3.4.2. Ações Prioritárias da Programação das Ações de Vigilância em Saúde - PAVS

a) Examinar os contatos intradomiciliares dos casos novos de hanseníase diagnosticados no ano da avaliação.

b) Avaliar no diagnóstico o grau de incapacidade física dos casos novos de hanseníase.

c) Avaliar o grau de incapacidade física dos casos curados no ano de avaliação.

d) Realizar capacitação de pessoal- estados, para ações de controle da hanseníase.

#### 3.4.3. Indicadores recomendados para o monitoramento e avaliação da endemia

a) Da força de morbidade, de magnitude da hanseníase e perfil epidemiológico.

1. Coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100.000 habitantes.

2. Coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos de idade por 100.000 habitantes.

3. Proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico, entre os casos novos detectados e avaliados no ano.

4. Proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física, entre os casos avaliados no momento da alta por cura.

5. Coeficiente de grau 2 de incapacidade física dos casos novos por 100.000 habitantes no momento do diagnóstico.

6. Coeficiente de prevalência anual de hanseníase por 10.000 habitantes.

b) Da qualidade das ações e serviços (indicadores operacionais)

1. Proporção de casos novos de hanseníase com o grau de incapacidade física avaliado no momento do diagnóstico.

2. Proporção de casos de hanseníase avaliados quanto ao grau de incapacidade física no momento da alta por cura.

3. Proporção de contatos examinados entre os contatos registrados dos casos novos diagnosticados no ano.

4. Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes.

5. Proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes.

#### 3.4.4. Indicadores Recomendados para o Monitoramento e Avaliação da Hanseníase

a) Indicadores da força de morbidade, magnitude e perfil epidemiológico

Indicador	Construção	Utilidade	Parâmetros
Coefficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100.000 habitantes	Numerador: casos novos residentes em determinado local e diagnosticados no ano da avaliação Denominador: população total residente no mesmo local e período. Fator de multiplicação: 100.000	Medir força de mortalidade, magnitude e tendência da endemia.	Hiperendêmico: $\geq 40,00/100.000$ hab. Muito Alto: 20,00 a 39,99/100.000 hab. Alto: 10,00 a 19,99 /100.000 hab. Médio: 2,00 a 9,99 /100.000 hab. Baixo: $\leq 2,00/100.000$ hab.
Coefficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase na população de 0 a 14 anos por 100.000 habitantes	Numerador: casos novos em menores de 15 anos de idade residentes em determinado local e diagnosticados no ano da avaliação Denominador: população de 0 a 14 anos no mesmo local e período. Fator de multiplicação: 100.000	Medir força da transmissão recente da endemia e sua tendência.	Hiperendêmico: $\geq 10,00/100.000$ hab. Muito Alto: 5,00 a 9,99 /100.000 hab. Alto: 2,50 a 4,99 /100.000 hab. Médio: 0,50 a 2,49 /100.000 hab. Baixo: $\leq 0,50/100.000$ hab.
Proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico, entre os casos novos detectados e avaliados no ano <sup>(1)</sup>	Numerador: casos novos com grau 2 de incapacidade física no diagnóstico, residentes em determinado local e detectados no ano da avaliação Denominador: casos novos com grau de incapacidade física avaliado, residentes no mesmo local e período Fator de multiplicação: 100	Avaliar a efetividade das atividades da detecção oportuna e/ou precoce de casos	Alto: $\geq 10\%$ Médio: 5 a 9,9% Baixo: $< 5\%$
Coefficiente de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico por 100.000 habitantes.	Numerador: casos novos com grau 2 de incapacidade física no diagnóstico, residentes em determinado local e detectados no ano da avaliação Denominador: população residente no mesmo local e período Fator de multiplicação: 100.000	Avaliar as deformidades causadas pela hanseníase na população geral e compará-las com outras doenças incapacitantes	A Organização Mundial de Saúde - OMS não definiu parâmetros para esse indicador. A meta global da OMS é reduzir este coeficiente em pelo menos 35% de 2011 a 2015. No Brasil, a meta é reduzir em 13% de 2008 a 2015.
Coefficiente anual de prevalência de hanseníase por 10.000 habitantes	Numerador: casos residentes em determinado local e em tratamento em 31/12 do ano de avaliação Denominador: população total residente no mesmo local no ano de avaliação Fator de multiplicação: 10.000	Medir a magnitude da endemia	Hiperendêmico: $\geq 30,0/10.000$ hab. Muito Alto: 10,0 a 19,9 /10.000 hab. Alto: 5,0 a 9,9 /10.000 hab. Médio: 1,0 a 4,9 /10.000 hab. Baixo: $\leq 1,0 /10.000$ hab.
Proporção de casos de hanseníase curados com grau 2 de incapacidade física dentre os casos avaliados no momento da alta por cura no ano <sup>(1)</sup>	Numerador: casos com grau 2 de incapacidade física na alta por cura, residentes em determinado local e curados no ano da avaliação Denominador: casos com grau de incapacidade física avaliados na alta por cura, no mesmo local e período. Fator de multiplicação: 100	Avaliar a transcendência da doença e subsidiar a programação de ações de prevenção e tratamento de incapacidades pós-alta por cura	Alto: $\geq 10\%$ Médio: 5 a 9,9% Baixo: $< 5\%$

## b) Indicadores da qualidade das ações e serviços (operacionais)

Indicador	Construção	Utilidade	Parâmetros
Proporção de casos novos de hanseníase com o grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico	Numerador: casos novos de hanseníase com o grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico, residentes em determinado local e detectados no ano da avaliação Denominador: casos novos de hanseníase residentes no mesmo local e diagnosticados no ano da avaliação Fator de multiplicação: 100	Medir a qualidade do atendimento nos Serviços de Saúde e monitorar os resultados das ações da Programação de Ações de Vigilância em Saúde -PAVS.	Bom $\geq 90\%$ Regular 75 a 89,9 % Precário $< 75\%$

Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes <sup>(1) (2)</sup>	Numerador: casos novos residentes em determinado local, diagnosticados nos anos das coortes e curados até 31.12 do ano de avaliação Denominador: total de casos novos residentes no mesmo local e diagnosticados nos anos das coortes Fator de multiplicação: 100	Avaliar a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados até a completitude do tratamento. Monitorar o Pacto pela Vida (Portaria nº 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008)	Bom: ≥ 90% Regular: 75% a 89,9% Precário: < 75%
Proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado	Numerador: casos curados no ano com o grau de incapacidade física avaliado por ocasião da cura residentes em determinado local Denominador: total de casos curados no ano residentes no mesmo local Fator de multiplicação: 100	Medir a qualidade do atendimento nos Serviços de Saúde e monitorar o resultado das ações da PAVS.	Bom: ≥ 90% Regular: 75 a 89,9% Precário: < 75%
Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase no ano	Numerador: contatos intradomiciliares examinados referentes aos casos novos residentes em determinado local e diagnosticados no ano de avaliação Denominador: total de contatos intradomiciliares registrados referentes aos casos novos residentes no mesmo local e diagnosticados no ano de avaliação Fator de multiplicação: 100	Avaliar a capacidade dos serviços em realizar a vigilância de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase para detecção de novos casos. Monitorar o resultado das ações da PAVS.	Bom: ≥ 75% Regular: 50 a 74,9% Precário: < 50%
Proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes <sup>(2)</sup>	Numerador: casos residentes em determinado local, informados como abandono entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes Denominador: total de casos novos residentes no mesmo local e diagnosticados nos anos das coortes Fator de multiplicação: 100	Avaliar a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados até a completitude do tratamento	Bom: < 10% Regular: 10 a 24,9% Precário: ≥ 25%

Notas referentes aos dois quadros acima

<sup>(1)</sup> Indicador calculado somente quando o percentual de casos com grau de incapacidade física avaliado for maior ou igual a 75%

<sup>(2)</sup> Indicador a ser calculado por local de residência atual do paciente. Deverão ser retirados do denominador apenas os casos considerados como erro diagnóstico.

<sup>(3)</sup> Os anos das coortes são diferenciados conforme a classificação operacional atual e data de diagnóstico de hanseníase:

a) Paucibacilar (PB) - todos os casos novos paucibaciliares que foram diagnosticados 1 ano antes do ano da avaliação;

b) Multibacilar (MB) - todos os casos novos multibaciliares que foram diagnosticados 2 anos antes do ano da avaliação.

#### 4. Organização das Ações de Controle da Hanseníase

##### 4.1. Programação de medicamentos

É de responsabilidade da unidade básica de saúde disponibilizar o tratamento completo Poliquimioterápico (PQT/OMS) para cada caso conforme faixa etária e classificação operacional. A programação deverá ser feita de acordo com o número de casos PB e MB esperados. O armazenamento da medicação deve ser feito em local arejado, sem umidade, calor ou luminosidade excessiva.

É de responsabilidade dos serviços de referência municipais, regionais, estaduais e nacionais disponibilizar o tratamento completo para cada caso que necessitar dos esquemas substitutivos.

O estoque regulador de tratamento PQT/OMS para a assistência nos três níveis de complexidade e dos medicamentos dos esquemas substitutivos e antirreacionais para os Centros de Referência municipais, regionais, estaduais e nacionais é estimado a partir do número de casos novos detectados no ano anterior, conforme matriz programática específica.

O Ministério da Saúde é responsável pela programação, aquisição e distribuição nacional dos medicamentos, com a participação das Secretarias Estaduais de Saúde. Cabe às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde a gestão da distribuição às unidades de saúde onde são dispensados, zelando para que não haja descontinuidade na oferta desses medicamentos.

#### 4.2. Outros insumos

Os medicamentos antirreacionais também são adquiridos e distribuídos às Secretarias de Saúde pelo Ministério da Saúde. As Secretarias e Unidades de Saúde devem dar atenção ao cumprimento da Lei nº 10.651, de 16 de abril de 2003, que dispõe sobre o uso da talidomida para mulheres em idade fértil.

Da mesma forma, devem-se seguir protocolos para corticoterapia prolongada e uso dos insumos para apoio à prevenção de incapacidades físicas de olhos, mãos e pés, durante e após o tratamento, conforme indicação.

Outros insumos, como material para testes de sensibilidade e para coleta de material para baciloscopia devem estar disponíveis em todos os serviços de saúde. Os serviços de referência devem dispor de insumos para exames complementares na elucidação de casos de difícil diagnóstico.

#### 4.3. Referência e Contrarreferência

Para atenção integral à pessoa com hanseníase e suas complicações ou seqüelas, nos serviços com incorporação de tecnologias diferenciadas na rede de saúde, deve-se estruturar, organizar e oficializar as referências estaduais, regionais e municipais, e o sistema de contrarreferência, conforme as políticas vigentes do SUS, definidas através de pactuações nos colegiados de gestão regionais e comissões bipartites e tripartite, que estabelecem as atribuições das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, de acordo com as respectivas condições de gestão e divisão de responsabilidades.

Na presença de intercorrências clínicas, reações adversas ao tratamento, reações hansênicas, recidivas e necessidade de reabilitação cirúrgica, além de dúvidas no diagnóstico e na conduta, o caso deverá ser encaminhado para os serviços de referência.

Esse encaminhamento deverá ser realizado após agendamento prévio na unidade de referência, acompanhado de formulário contendo todas as informações necessárias ao atendimento (motivo do encaminhamento, resumo da história clínica, resultados de exames realizados, diagnóstico, evolução clínica, esquema terapêutico e dose a que o paciente está submetido, entre outras).

Do mesmo modo, a contrarreferência deverá ser acompanhada de formulário próprio, contendo informações detalhadas a respeito do atendimento prestado e das condutas e orientações para o seguimento do (a) paciente no estabelecimento de origem.

Diante da necessidade de atendimento psicológico ou psiquiátrico, a pessoa com hanseníase ou seus familiares devem ser encaminhados para acompanhamento em saúde mental, na própria unidade básica ou em serviço de referência.

#### 4.3. Organização do sistema de informação

##### 4.3.1. Prontuário e documentação

O prontuário da pessoa com hanseníase deverá ser o mesmo utilizado para os demais atendimentos realizados na unidade de saúde, acrescido de anexos constituídos por impressos específicos como cópia da ficha de notificação, ficha de avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e informações sobre a evolução do caso.

O arquivamento dos prontuários dos casos de hanseníase, em registro nas unidades, deve obedecer aos processos administrativos internos da organização institucional. É importante reiterar que constem do prontuário os seguintes formulários:

- a) cópia da ficha de notificação/investigação do Sinan (Anexo I);
- b) protocolo complementar de investigação diagnóstica de casos de hanseníase em menores de 15 anos - PCID < 15 (Anexo II);
- c) formulário para avaliação do grau de incapacidade (Anexo III);
- d) formulário para avaliação neurológica simplificada (Anexo IV);
- e) boletim de acompanhamento de hanseníase (Anexo V);
- f) ficha de investigação de suspeita de recidiva (Anexo VI);
- g) formulário de vigilância de contatos intradomiciliares de hanseníase (Anexo VII); e
- h) outros formulários que se fizerem necessários para o acompanhamento eficiente dos doentes.

Informações sobre a evolução clínica e psicossocial, administração das doses supervisionadas e vigilância de contatos deverão constar do registro regular no prontuário de todos os pacientes.

Aos casos de suspeição diagnóstica de hanseníase em menores de 15 anos recomenda-se aplicar o Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 anos - PCID < 15, conforme Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde, 2009 (Anexo II).

#### 4.3.2. Do Acompanhamento e Agendamento/Aprazamento

Cartões de agendamento devem ser utilizados para registro do retorno à unidade de saúde a cada 28 (vinte e oito) dias para tomada da dose supervisionada e controle da adesão ao tratamento.

No ato do comparecimento à unidade de saúde para receber a dose supervisionada da medicação, o paciente deve ser submetido à revisão sistemática por médico e/ou enfermeiro responsáveis pelo monitoramento clínico e terapêutico objetivando a identificação de reações hanseníacas, de efeitos adversos aos medicamentos em uso e dano neural.

Recomenda-se que nesse momento seja agendada a vinda dos contatos intradomiciliares à unidade de saúde para exame clínico, orientação e administração da vacina BCG, conforme preconizado.

Para monitorar a ocorrência de recidiva, recomenda-se que as gerências estaduais e municipais investiguem as entradas por recidiva no Sinan e a utilização da Ficha de Investigação de Suspeita de Recidiva (Anexo VI).

#### 4.3.3. Fluxo de informação

O fluxo de informações em hanseníase deverá ser construído segundo a lógica do envio sistemático dos dados e atualização permanente do sistema de informações, desde o nível municipal até a esfera federal. Todos os casos detectados deverão ser notificados utilizando-se a Ficha de Notificação e Investigação (Anexo I). Esta ficha deve ser enviada semanalmente à Secretaria Municipal de Saúde para inserção no Sinan, e em seguida, encaminhada à Secretaria

Estadual, conforme normas e rotinas estabelecidas pela Gerência Técnica do Sinan (GT - Sinan) da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

O Município é responsável por imprimir e enviar mensalmente às unidades de saúde o Boletim de Acompanhamento (Anexo V) para atualização das informações. Após atualização, as unidades de saúde deverão devolvê-lo à vigilância epidemiológica para a digitação no Sinan.

#### 5. Comunicação e Educação em Saúde

Um dos componentes do PNCH compreende ações de comunicação em saúde, educação permanente e mobilização social. Em consonância com as políticas vigentes, deve-se promover a participação de diferentes atores sociais no planejamento, execução e avaliação, favorecendo a democratização e a descentralização dessas ações.

As ações de comunicação são fundamentais à divulgação das informações sobre hanseníase dirigidas à população em geral e, em particular, aos profissionais de saúde e às pessoas atingidas pela doença e às de sua convivência. Essas ações devem ser realizadas de forma integrada à mobilização social.

É recomendável que a divulgação de informações sobre hanseníase dirigida à população em geral, às pessoas atingidas pela doença e aos profissionais de saúde seja feita de forma integrada às ações de mobilização e de participação social.

As práticas de educação em saúde para controle da hanseníase devem estar baseadas na política de educação permanente e na política nacional de promoção da saúde e compreendem, pelo menos, orientações sobre a atenção integral, estímulo ao auto-exame e investigação dos contatos domiciliares, autocuidado apoiado, prevenção e tratamento de incapacidades físicas e suporte psicológico durante e após o tratamento.

A educação permanente em saúde, ao proporcionar a formação dos profissionais de saúde, gestores e usuários, é uma estratégia essencial à atenção integral humanizada e de qualidade, ao fortalecimento do SUS e à garantia de direitos e da cidadania. Para tanto, faz-se necessário estabelecer ações intersetoriais envolvendo a educação e a saúde, de acordo com a Portaria n<sup>o</sup> 1.996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para implementação da política nacional de educação permanente em saúde.

Recomenda-se que a educação permanente em saúde contemple - na hanseníase - a reorientação das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social e seja realizada de forma intersetorial com outras áreas governamentais, sociedades científicas, conselhos reguladores e órgãos formadores de profissionais da saúde e entidades não governamentais.

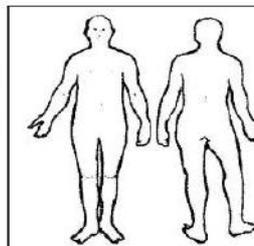
De acordo com as recomendações do Pacto pela Saúde, caberá às três esferas de governo trabalhar em parceria com as demais instituições e entidades da sociedade civil para a divulgação de informações atualizadas sobre a hanseníase e atenção integral ao portador de hanseníase ou de suas sequelas.

## ANEXO I

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº				
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO HANSENIASE								
<b>Caso confirmado de Hanseníase:</b> pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer poliquimioterapia: - lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo (s) com espessamento neural; baciloscopia positiva.								
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação			2 - Individual			
	2	Agravado/ença		3	Data da Notificação			
	HANSENIASE		Código (CID-10)	A 3 0. 9				
	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)			
Notificação Individual	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7	Data do Diagnóstico		
	8	Nome do Paciente			9	Data de Nascimento		
	10	(ou) Idade	11	Sexo	12	Gestante	13	Raça/Cor
	14	Escolaridade						
Dados de Residência	15	Número do Cartão SUS		16	Nome da mãe			
	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)	19	Distrito	
	20	Bairro	21	Logradouro (rua, avenida,...)	Código			
	22	Número	23	Complemento (apto., casa,...)	24			Geo campo 1
	25	Geo campo 2		26	Ponto de Referência		27	CEP
	28	(DDD) Telefone		29	Zona		30	Pais (se residente fora do Brasil)
	<b>Dados Complementares do Caso</b>							
	Dados Clínicos	31	Nº do Prontuário		32	Ocupação		
33		Nº de Lesões Cutâneas	34	Forma Clínica	35	Classificação Operacional		36
Atendimento	37 Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico							0 - Grau Zero 1 - Grau I 2 - Grau II 3 - Não Avaliado
	38 Modo de Entrada							1 - Caso Novo 2 - Transferência do mesmo município (outra unidade) 3 - Transferência de Outro Município ( mesma UF ) 4 - Transferência de Outro Estado 5 - Transferência de Outro País 6 - Recidiva 7 -Outros Reingressos 9 - Ignorado
Dados Lab.	39 Modo de Detecção do Caso Novo							1 - Encaminhamento 2 - Demanda Espontânea 3 - Exame de Coletividade 4 - Exame de Contatos 5 - Outros Modos 9 - Ignorado
	40 Baciloscopia							1. Positiva 2. Negativa 3. Não realizada 9. Ignorado
Tratamento	41 Data do Início do Tratamento			42 Esquema Terapêutico Inicial				
	1 - PQT/PB/ 6 doses 2 - PQT/MB/ 12 doses 3 - Outros Esquemas Substitutos							
Med. Cont.	43 Número de Contatos Registrados							
Observações adicionais:								
Investigador	Município/Unidade de Saúde				Código da Unid. de Saúde			
	Nome			Função		Assinatura		
	Hanseníase			Sinan NET		SVS 30/10/2007		

## ANEXO II

MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE		Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 Anos - PCID < 15							
1 - Unidade de Saúde: _____									
2 - Município: _____			3 - UF: _____						
4 - Nome do Paciente: _____			5 - Nº Prontuário: _____						
6 - Nome da Mãe: _____									
7 - Data de Nascimento: ____/____/____		8 - Idade: _____ anos							
9 - Município de Residência: _____			10 - UF: _____						
11 - Há quanto tempo reside nesse município? _____									
12 - Há quanto tempo apareceram os primeiros sinais e sintomas?									
<input type="checkbox"/> Menos de 6 meses <input type="checkbox"/> De 6 meses há 1 ano <input type="checkbox"/> Mais de 1 ano									
13 - Já fez algum tipo de tratamento anterior para a sintomatologia atual? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim									
Qual o problema/doença havia sido identificado? _____									
14 - Existem outras pessoas com problemas de pele na família? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim    Quantas? _____									
15 - Existe ou existiu doente de hanseníase na família? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim    Quantas? _____									
<b>OBS.: Todos os contatos de menores de 15 anos devem ser examinados</b>									
<b>EXAME DO DOENTE</b>									
16 - Número de lesões de pele: _____									
17 - Tipos/características de lesões:									
Área(s) com alteração de sensibilidade sem mancha(s)		<input type="checkbox"/> c/ alter. sensibilidade		<input type="checkbox"/> s/ alter. sensibilidade					
Mancha(s) com alteração da coloração da pele		<input type="checkbox"/> c/ alter. sensibilidade		<input type="checkbox"/> s/ alter. sensibilidade					
Placas eritematomatosa com bordas elevadas		<input type="checkbox"/> c/ alter. sensibilidade		<input type="checkbox"/> s/ alter. sensibilidade					
Nódulos/pápulas <input type="checkbox"/> Infiltração <input type="checkbox"/>		Outras (especificar): _____							
18 - Cicatriz de BCG: <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas ou mais									
19 - Existem áreas com rarefação de pelo?									
<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Onde? _____									
20 - Existem nervos acometidos?									
<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Quantos? _____									
21 - Teste de Histamina:									
<input type="checkbox"/> não realizado <input type="checkbox"/> realizado    Resultado: _____									
22 - Localize as lesões e nervos acometidos no esquema corporal ao lado									
23 - Avaliação do grau de incapacidade:									
Grau	Olho			Mão			Pé		
	Sinais e/ou Sintomas	D	E	Sinais e/ou Sintomas	D	E	Sinais e/ou Sintomas	D	E
0	Nenhum problema com os olhos devido à hanseníase			Nenhum problema com as mãos devido à hanseníase			Nenhum problema com os pés devido à hanseníase		
1	Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade		
2	Lagofalmo e/ou ectrópio			Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas			Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas		
	Triquitase			Garras			Garras		
	Opacidade corneana central			Reabsorção			Reabsorção		
	Acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6m			Mão caída			Pé caído Contratura do tornozelo		
24 - Caso confirmado como caso de Hanseníase? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim									
25 - Data do diagnóstico: ____/____/20____			Classificação Operacional: <input type="checkbox"/> PB <input type="checkbox"/> MB						
26 - Nome do profissional: _____						CRM: _____			
27 - Data do preenchimento do protocolo: ____/____/20____									
Anexar a cópia desta ficha ao prontuário, mesmo daqueles não confirmados. SENDO CASO DE HANSENÍASE, ANEXAR ESTA FICHA À DO SINAN E ENCAMINHAR À SMS									



## ANEXO III

## HANSENÍASE

## Formulário para avaliação do grau de incapacidade

GRAUS	OLHO			MÃO			PÉ				
	Sinais e/ou Sintomas	D	E	Sinais e/ou Sintomas	D	E	Sinais e/ou Sintomas	D	E		
0	Nenhum problema com os olhos devido à Hanseníase			Nenhum problema com as mãos devido à Hanseníase			Nenhum problema com os pés devido à Hanseníase				
1	Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade				
2	Lagofalmo e/ou ectrópio			Lesões tróficas/ traumáticas			Lesões tróficas e/ou traumáticas				
	Triquiase			Garras			Garra dos artelhos				
	Opacidade corneana central			Reabsorção			Reabsorção/contratura do tomozelo				
	Acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6 metros			Mão caída			Pé caído				
Maior grau		(a)	(b)	Maior grau		(c)	(d)	Maior grau		(e)	(f)

Maior Grau atribuído: 0  1  2  NA

Soma total (a+b+c+d+e+f)

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Ministério da Saúde**  
**Secretaria de Vigilância em Saúde**  
**Departamento de Vigilância Epidemiológica**  
**Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Hanseníase**

**ANEXO IV**

**AVALIAÇÃO SIMPLIFICADA DAS FUNÇÕES NEURAIS E COMPLICAÇÕES**

Nome \_\_\_\_\_ Data Nasc. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Ocupação: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F   
 Município \_\_\_\_\_ Unidade Federada \_\_\_\_\_  
 Classificação Operacional PB  B  Data início PQT: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data Alta PQT: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FACE	1ª		2ª		3ª	
Nariz	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Ressecamento (S/N)						
Fenda (S/N)						
Perfuração de septo (S/N)						
Olhos	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Fecha olhos s/ força (mm)						
Fecha olhos c/ força (mm)						
Triquiase (S/N) / Ectrópio (S/N)						
Diminuição da sensibilidade da córnea (S/N)						
Opacidade córnea (S/N)						
Catarata (S/N)						
Acuidade Visual						

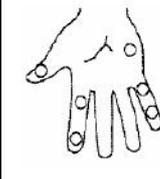
Membros Superiores	1ª		2ª		3ª	
Palpação de nervos	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Ulnar						
Mediano						
Radial						

**Legenda:** N = normal E = espessado D = dor

Avaliação da Força	1ª		2ª		3ª	
	D	E	D	E	D	E
Abrir dedo mínimo Abdução do 5º dedo (nervo ulnar) 						
Elevar o polegar Abdução do polegar (nervo mediano) 						
Elevar o punho Extensão de punho (nervo radial) 						

**Legenda:** F=Forte D=Diminuída P=Paralisado ou 5=Forte, 4=Resistência Parcial, 3=Movimento completo, 2=Movimento Parcial, 1=Contração, 0=Paralisado

**Inspeção e Avaliação Sensitiva**

1ª		2ª		3ª	
D	E	D	E	D	E
					

**Legenda:** Caneta/filamento lilás (2g): Sente ✓ Não sente X ou Monofilamentos: seguir cores

Garra móvel: M Garra rígida: R Reabsorção:  Ferida: 

MEMBROS INFERIORES	1ª		2ª		3ª	
Queixa principal						
Palpação de nervos	D	E	D	E	D	E
Fibular						
Tibial						

Legenda: N = normal E = espessado D = dor

Avaliação da Força	1ª		2ª		3ª	
	D	E	D	E	D	E
Elevar o hálux Extensão de hálux (nervo fibular) 						
Elevar o pé Dorsiflexão de pé (nervo fibular) 						

Legenda: F=Forte D=Diminuída P=Paralisado ou 5=Forte, 4=Resistência Parcial, 3=Movimento completo, 2=Movimento Parcial, 1=Contração, 0=Paralisado

### Inspeção e Avaliação Sensitiva

1ª		2ª		3ª	
D	E	D	E	D	E
					

Legenda: Caneta filamento lilás (2g): Sente ✓ Não sente X ou Monofilamentos: seguir cores

Garra móvel: M Garra rígida: R Reabsorção:  Ferida: 

### CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE

#### Classificação do Grau de Incapacidade e Soma de Olhos Mão e Pés OMP (escore)

DATA DA AVALIAÇÃO	Grau de Incapacidade	OLHOS		MÃOS		PÉS		Maior Grau	Total OMP	ASSINATURA
		D	E	D	E	D	E			
1ª / /	Grau									
	Soma OMP									
2ª / /	Grau									
	Soma OMP									
3ª / /	Grau									
	Soma OMP									

0 = para grau 0 1= para grau 1 2= para grau 2

#### LEGENDA PARA PREENCHIMENTO DO GRAU DE INCAPACIDADES

GRAU	CARACTERÍSTICAS
0	Neuham problema com os olhos, mãos e pés devido à Hanseníase.
1	Diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos. Diminuição ou perda da sensibilidade nas mãos e /ou pés. (não sente 2g ou toque da caneta)
2	Olhos: lagofalmo e/ou ectrópio; triquíase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6m. Mãos: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; mão caída. Pés: lesões tróficas e/ou traumáticas; garras; reabsorção; pé caído; contratura do tornozelo.

#### MONOFILAMENTOS

COR	Gramas
Verde	0,05
Azul	0,2
Lilás	2,0
Vermelho Fechado	4,0
Vermelho Cruzado	10,0
Vermelho Aberto	300,0
Preto	Sem Resposta

## ANEXO - V



República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde  
SES-HANSEN-RO

Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Boletim de Acompanhamento de Hanseníase

Página: 1

UF: RO Município de Notificação Atual: CANDEIAS DO JAMARI

Unidade: POSTO DE SAUDE UNIAO PALHEIRAL

Nº da Notificação Atual	Data da Notificação Atual	Nome	Município residência	Distrito de Residência Atual	Bairro de Residência Atual	Data Último Comparec.	CO	AI	ET	ND	ER	Data mudança esquema	Cont Reg	Cont Exam	Tipo saída	de reg
0000000	05/05/2009	HANSENILDO SILVA F. SOUZA	110020			/ /	1		1			/ /	5			/ /

Classificação operacional atual 1-PB (Paucibacilar) 2-MB (Multibacilar)

CO: Classificação Operacional Atual

AI: Avaliação de incapacidade física no momento da cura 0-Grau zero 1-Grau I 2-Grau II 3-Não avaliado

ET: Esquema Terapêutico Atual

ND: Número de Doses Supervisionadas

ER: Episódio reacional durante o tratamento 1- Reação tipo 1 2- Reação tipo 2 3- Reação tipo 1 e 2 4- Sem reação

Esquema Terapêutico Atual 1 - PQT/PB/6 doses 2 - PQT/MB/12 doses 3 -Outros Esquemas substitutivos

Tipo de Saída : 1 - Cura 2 - Transf. para o mesmo município 3 - Transf. para outro município 4 - Transf. para outro Estado 5 - Transf. para outro país  
6 - Óbito 7 - Abandono 8 - Erro diagnóstico

Emitido em: 23/06/2010

**ANEXO VI**  
**Ministério da Saúde**  
**Secretaria de Vigilância em Saúde**  
**Departamento de Vigilância Epidemiológica**  
**Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Hanseníase**

CGPNCH/SVS-MS	Ficha de Investigação de Suspeita de Recidiva	
Regional de Saúde: _____ Mun. Notificação: _____ UF _____ Unidade de Saúde: _____	N.º Reg. Sinan: _____ N.º Prontuário: _____	
<b>Identificação do Paciente</b>		
Nome: _____ Idade: _____ Data de Nascimento: __/__/__ Sexo: M) Masc F) Fem <input type="checkbox"/> Nome da Mãe: _____ Endereço: _____ Município de Residência: _____ UF _____		
<b>História Anterior</b>		
1. Exame Dermatoneurológico: 1) Sim, 2) Não Manchas <input type="checkbox"/> Placas <input type="checkbox"/> Nódulos <input type="checkbox"/> Infiltrações <input type="checkbox"/> N.º De Lesões _____ Outros _____ 1.1 Nervos Acometidos: 1) Sim, 2) Não <input type="checkbox"/> Nervos acometidos: 1) Sim, 2) Não Auricular <input type="checkbox"/> Ulnar <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Radial <input type="checkbox"/> Fibular <input type="checkbox"/> Tibial <input type="checkbox"/>		
2. <b>Classificação</b> 1)PB 2)MB <input type="checkbox"/> 1)I, 2)T, 3)D, 4)V, <input type="checkbox"/> Data do Diagnóstico __/__/__	3. <b>Baciloscopia</b> <input type="checkbox"/> 1)Positiva Ib _____ 2)Negativa 3)Não Realizada/Não informada	4. <b>Grau Incapacidade</b> <input type="checkbox"/> 0)Zero 1)Um 2)Dois 3) Não Avaliado/Não Informado
<b>5. TRATAMENTO</b>		
Data do Início do Tratamento Anterior: __/__/__ 1) PQT/OMS/PB 2) PQT/OMS/MB 3) Outros Esquemas (Especificar): _____ <input type="checkbox"/> Tempo de Tratamento: _____ Anos _____ Doses _____ Meses. Regularidade: 1) Sim 2) Não <input type="checkbox"/> Data do Término do Tratamento: __/__/__ Observações: _____		
<b>6. EPISÓDIOS REACIONAIS DURANTE O TRATAMENTO:</b>		
1) Sim, 2) Não TIPO I <input type="checkbox"/> TIPO II <input type="checkbox"/> TIPO I / II <input type="checkbox"/> NEURITES <input type="checkbox"/> N.º DE EPISÓDIOS _____ Conduta Medicamentosa (Drogas Usadas): _____		
<b>SITUAÇÃO DO PACIENTE NO MOMENTO DA ALTA POR CURA</b>		
1. <b>Exame Dermatológico</b> 1) Sim 2) Não		
Áreas hipoanestésicas <input type="checkbox"/>	Infiltrações <input type="checkbox"/>	
Manchas <input type="checkbox"/>	Lesão residual <input type="checkbox"/>	
Placas <input type="checkbox"/>	Sem lesão cutânea <input type="checkbox"/>	
Nódulos <input type="checkbox"/>	N.º de lesões _____	
1.1 <b>Nervos Acometidos</b> 1) Sim 2) Não <input type="checkbox"/> Nervos acometidos 1) Sim, 2) Não Auricular <input type="checkbox"/> Ulnar <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Radial <input type="checkbox"/> Fibular <input type="checkbox"/> Tibial <input type="checkbox"/>		
2. <b>Episódios Reacionais:</b> 1) Sim 2) Não TIPO I <input type="checkbox"/> TIPO II <input type="checkbox"/> TIPO I / II <input type="checkbox"/> Conduta Medicamentosa (Drogas usadas): _____		
3. <b>Grau De Incapacidade:</b> 0) Zero 1) Um 2) Dois 3) Não Avaliado/Não Informado <input type="checkbox"/>		

<b>SITUAÇÃO DO PACIENTE NA SUSPEITA DE RECIDIVA</b>	
Tempo de alta por cura _____ (Meses/Anos) Data dos primeiros sintomas ____/____/____	
<b>1. EXAME DERMATOLÓGICO</b> 1) Sim, 2) Não	
Manchas <input type="checkbox"/>	Infiltrações <input type="checkbox"/>
Placas <input type="checkbox"/>	Outras <input type="checkbox"/>
Nódulos <input type="checkbox"/>	No De Lesões _____
<b>1.1 NERVOS ACOMETIDOS</b> 1) Sim 2) Não <input type="checkbox"/>	
Nervos Acometidos 1) Sim, 2) Não	
Auricular <input type="checkbox"/>	Ulnar <input type="checkbox"/>
Mediano <input type="checkbox"/>	Radial <input type="checkbox"/>
	Fibular <input type="checkbox"/>
	Tibial <input type="checkbox"/>
<b>2. BACILOSCOPIA</b>	<b>3. GRAU DE INCAPACIDADE</b> <input type="checkbox"/>
1) Positiva 2) Negativa 3) Não Realizada IB _____ <input type="checkbox"/>	0) Zero 1) Um 2) Dois 3) Não Avaliado/Não Informado
<b>4. EPISÓDIOS REACIONAIS:</b> 1) Sim 2) Não <input type="checkbox"/>	
Conduta Medicamentosa (Drogas usadas) _____	
<b>5. SINAIS E SINTOMAS</b> 1) Sim, 2) Não	
<input type="checkbox"/> Aparcimento súbito e inesperado	<input type="checkbox"/> Lento e insidioso
<input type="checkbox"/> Acompanhados de febre e mal estar	<input type="checkbox"/> Sem febre e mal estar
<input type="checkbox"/> Aparcimento de várias lesões novas	<input type="checkbox"/> Poucas lesões novas
<input type="checkbox"/> Ulceração das lesões	<input type="checkbox"/> Sem ulceração
<input type="checkbox"/> Envolvimento de muitos nervos	<input type="checkbox"/> Nenhum ou algum nervo envolvido
<input type="checkbox"/> Boa resposta aos esteroides	<input type="checkbox"/> Resposta não pronunciada aos esteroides
<b>6. DIAGNOSTICO PROVÁVEL:</b> 1) Sim, 2) Não	
<input type="checkbox"/> Estado reacional de hanseníase	
<input type="checkbox"/> Classificação operacional inicial errônea (esquema terapêutico insuficiente)	
<input type="checkbox"/> Recidiva de hanseníase	
<input type="checkbox"/> Recidiva e estado reacional de hanseníase	
<input type="checkbox"/> Suspeita de resistência medicamentosa	
<input type="checkbox"/> Outros _____	
(Especificar)	
<b>7. CONDUTA</b> 1) Sim, 2) Não	
DATA ____/____/____	<input type="checkbox"/> Introduzido medicação anti-reacional
	<input type="checkbox"/> Introduzida PQT/PB
	<input type="checkbox"/> Introduzida PQT/MB
	<input type="checkbox"/> Iniciada investigação para resistência medicamentosa
	<input type="checkbox"/> Retirado material para inoculação
	<input type="checkbox"/> Outros _____
	(Especificar)
<b>8. FORMA CLÍNICA / CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL NA RECIDIVA</b>	
1)I, 2)T 3)D 4)V <input type="checkbox"/>	1)PB 2)MB <input type="checkbox"/>
Data Diagnóstico ____/____/____	

Ministério da Saúde  
 Secretaria de Vigilância em Saúde  
 Departamento de Vigilância Epidemiológica  
 Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Hanseníase  
 ANEXO VII

CGPNCH/SVS-MS		FORMULÁRIO DE VIGILÂNCIA DE CONTATOS INTRADOMICILIARES DE HANSENÍASE					
UNIDADE DE SAÚDE: _____		N.º REG. DO CASO DE HANSENÍASE NO SINAN: _____					
MUNICÍPIO: _____ UF _____		N.º PRONTUÁRIO: _____					
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>							
NOME: _____							
ENDEREÇO: _____							
MUNICÍPIO _____ UF _____							
DATA DO DIAGNÓSTICO __/__/____ CLASSIFICAÇÃO PB <input type="checkbox"/> MB <input type="checkbox"/>							
<b>CONTATOS INTRADOMICILIARES</b>							
N.º DE ORDEM	NOME	IDADE	PARENTESCO	EXAME DERMATO NEUROLÓGICO		CONDUTA	BCG
				Data	*Resultado		
1							__/__/____
2							__/__/____
3							__/__/____
4							__/__/____
5							__/__/____
6							__/__/____
7							__/__/____
8							__/__/____
9							__/__/____
10							__/__/____

\* Resultado: N – Sem sinais/sintomas de hanseníase, S – Suspeito de hanseníase, C – Caso de hanseníase.

## ANEXO 2 - GRAU DE INCAPACIDADE E ESCORE “OLHO-MÃO-PÉ”

Nome (Iniciais): \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

### CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE (OMS)

DATA DA AVALIAÇÃO	OLHOS		MÃOS		PÉS		MAIOR GRAU	ASSINATURA
	D	E	D	E	D	E		
Aval. diagnóstico / /								
Aval. de alta / /								

### LEGENDA PARA PREENCHIMENTO DO GRAU DE INCAPACIDADES

GRAU	CARACTERÍSTICAS
0	Nenhum problema com os olhos, mãos e pés devido à hanseníase.
I	Diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos. Diminuição ou perda da sensibilidade nas mãos e /ou pés. (não sente 2g ou toque da caneta)
II	Olhos: lagofalmo e/ou ectrópio; triquíase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6m. Mãos: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; mão caída. Pés: lesões tróficas e/ou traumáticas; garras; reabsorção; pé caído; contratura do tornozelo.

### Escore Olho-Mão-Pé (OMP)

**OLHOS**

**MÃOS**

**PÉS**

**D**

**E**

**D**

**E**

**D**

**E**

TOTAL:

## ANEXO 3: PROTOCOLO RESUMIDO DE INCAPACIDADES ADAPTADO

NARIZ	VARIÁVEL	Resposta	Resultado	Escore	
	Dificuldade para respirar	Sim ou Não	N = 0 S = 1		
Úlceras	Sim ou Não	N = 0 S = 1			
Perfuração de septo	Sim ou Não	N = 0 S = 1			
	VARIÁVEL	Resposta	Resultado	Escore - D	Escore - E
OLHO	Visão	(0, 1, 2) 0 = Funcional $\geq$ 20/50 1 = Prejudicada < 20/50 2 = Cegueira, < 20/200	0 1 2		
	Olho vermelho	Sim ou Não	N = 0 S = 1		
	Sensibilidade corneana	(0, 1, 2) 0 = Preservada (P) 1 = Diminuída (D) 2 = Ausente (A)	0 a 2		
	M. Orbicular do olho	(0, 1, 2) Normal (N) - 0 Força Diminuída (D) - 1 Paralisado (P) - 2	0 a 2		
	Grau de Incapacidade	(0, 1, 2) 0 = sem incapacidades, 1 = falta de sensibilidade, 2 = Incapacidade visível e/ou visão < 20/200	0 a 2		
		VARIÁVEL	Resposta	Resultado	Escore - D
MÃO	5° dedo	(0, 1, 2, 3, 4, 5) 0 = forte, 1 = Resistência diminuído com movimento total, 2 = Movimento total contra gravidade, 3 = Movimento reduzido, 4 = contração, 5 = paralisia	0 a 5		
	Polegar	(0, 1, 2, 3, 4, 5) 0 = forte, 1 = Resistência diminuído com movimento total, 2 = Movimento total contra gravidade, 3 = Movimento reduzido, 4 = contração, 5 = paralisia	0 a 5		
	Extensão do punho	(0, 1, 2, 3, 4, 5) 0 = forte, 1 = Resistência diminuído com movimento total, 2 = Movimento total contra gravidade, 3 = Movimento reduzido, 4 = contração, 5 = paralisia	0 a 5		

	Sensibilidade	Soma (6 pontos) 0 = verde. 1 = azul. 2 = lilás, 3 = vermelha, 4 = vermelha X, vermelha 0 =5, sem resposta = 6	0 a 6 em cada ponto(7 pontos)		
	No. Pontos > 2g	Total de pontos não sentindo 2 g.	0 a 7		
	No. de Ulceras	No. ( 0 a...)	0 a ....		
	Perda Óssea (No.)	No. de áreas com perda 0 a 15). 0 = sem perda, 15 = amputação do parte	0 a 15		
	Espessamento/Dor neurais	0 = Ausente 1 = Espessamento 2 = Dor 3= Espessamento e Dor	0 a 4		
	Grau de Incapacidade	<b>(0, 1, 2)</b> 0= sem incapacidades, 1 = falta de sensibilidade, 2 = Incapacidade visível	0 a 2		
	<b>VARIÁVEL</b>	<b>Resposta</b>	<b>Resultado</b>	<b>Score - D</b>	<b>Score - E</b>
<b>PE</b>	Dorsiflexão	<b>(0, 1, 2, 3, 4, 5)</b> 0 = forte, 1 = Resistência diminuído com movimento total, 2 = Movimento total contra gravidade, 3 = Movimento reduzido, 4 = contração, 5 = paralisia	0 a 5		
	Extensão do hálux	<b>(0, 1, 2, 3, 4, 5)</b> 0 = forte, 1 = Resistência diminuído com movimento total, 2 = Movimento total contra gravidade, 3 = Movimento reduzido, 4 = contração, 5 = paralisia	0 a 5		
	Sensibilidade		0 a 6 em cada ponto(10 pontos) 0-54		
	No. Pontos > 2g	Total de pontos não sentindo 2 g.	0 a 10		
	No. de Ulceras	No. ( 0 a...)	0 a ....		
	Perda Óssea (No.)	No. de áreas com perda 0 a 21). 0 = sem perda, 21 = amputação do parte	0 a 21		
	Espessamento/Dor neurais	0 = Ausente 1 = Espessamento 2 = Dor	0 a 4		
Grau de Incapacidade	<b>(0, 1, 2)</b> 0= sem incapacidades, 1 = falta de sensibilidade, 2 = Incapacidade visível	0			

## ANEXO 4: ESCALA SALSA

	Domínios	Escala SALSA  Screening of Activity Limitation & Safety Awareness (Triagem de Limitação de Atividade e Consciência de Risco)  Marque uma resposta em cada linha	Se SIM, o quanto isso é fácil para você?			Se NÃO, por que não?		
			Fácil	Um pouco difícil	Muito difícil	Eu não preciso fazer isso	Eu fisicamente não consigo	Eu evito por causa do risco
1.		<b>Você consegue enxergar</b> (o suficiente para realizar suas atividades diárias)?	1	2	3		4	
2.	Mobilidade	<b>Você se senta ou agacha no chão?</b>	1	2	3	0	4	4
3.		<b>Você anda descalço?</b> i.e. a maior parte do tempo	1	2	3	0	Ⓞ	Ⓞ
4.		<b>Você anda sobre chão irregular?</b>	1	2	3	0	Ⓞ	Ⓞ
5.		<b>Você anda distâncias mais longas?</b> i.e. mais que 30 minutos	1	2	3	0	Ⓞ	Ⓞ
6.	Auto	<b>Você lava seu corpo todo?</b> (usando sabão, esponja, jarra; de pé ou sentado)	1	2	3	0	4	4
7.		<b>Você corta as unhas das mãos ou dos pés?</b> e.g. usando tesoura ou cortador	1	2	3	0	Ⓞ	Ⓞ
8.		<b>Você segura um copo/tigela com conteúdo quente?</b> e.g. bebida, comida	1	2	3	0	4	4
9.	Trabalho (mãos)	<b>Você trabalha com ferramentas?</b> i.e. ferramentas que você segura com as mãos para ajudar a trabalhar	1	2	3	0	Ⓞ	Ⓞ
10.		<b>Você carrega objetos ou sacolas pesadas?</b> e.g. compras, comida, água, lenha	1	2	3	0	Ⓞ	Ⓞ
11.		<b>Você levanta objetos acima de sua cabeça?</b> e.g. para colocar em uma prateleira, em cima de sua cabeça, para estender roupa para secar	1	2	3	0	Ⓞ	Ⓞ
12.		<b>Você cozinha?</b> i.e. preparar comida quente ou fria	1	2	3	0	Ⓞ	Ⓞ
13.		<b>Você despeja/serve líquidos quentes?</b>	1	2	3	0	Ⓞ	Ⓞ
14.		<b>Você abre/fecha garrafas com tampa de rosca?</b> e.g. óleo, água	1	2	3	0	4	4
15.		<b>Você abre vidros com tampa de rosca?</b> e.g. maionese	1	2	3	0	Ⓞ	Ⓞ
16.	Destreza (mãos)	<b>Você mexe/manipula objetos pequenos?</b> e.g. moedas, pregos, parafusos pequenos, grãos, sementes	1	2	3	0	4	4
17.		<b>Você usa botões?</b> e.g. botões em roupas, bolsas	1	2	3	0	4	4
18.		<b>Você coloca linha na agulha?</b> i.e. passa a linha pelo olho da agulha	1	2	3	0	Ⓞ	Ⓞ
19.		<b>Você apanha pedaços de papel, mexe com papel/coloca papel em ordem?</b>	1	2	3	0	4	4
20.		<b>Você apanha coisas do chão?</b>	1	2	3	0	4	4
<b>Escores parciais</b>			(S1)	(S2)	(S3)	(S4)	(S5)	(S6)
<b>Score SALSA (some todos os escores parciais)</b>			(S1+S2+S3+S4+S5+S6)					
<b>Score de consciência de risco (Conte o número de Ⓞ's marcados em cada coluna)</b>								

## ANEXO 5: ESCALA DE ATIVIDADE GREEN PASTURES

### ESCALA DE ATIVIDADE GREEN PASTURE

Perguntas	Não preciso fazer isso	Não é difícil	Um pouco difícil	Muito difícil	Não posso devido à minha condição
	0	0	1	2	4
<b>A. ANDAR</b>					
1. Para você, caminhar fora de sua casa é					
2. Para você, subir escadas é					
3. Para você, subir um morro é					
4. Para você, descer um morro é					
<b>B. SENTAR-SE OU LEVANTAR-SE</b>					
5. Para você, agachar-se é					
6. Para você, sentar com as pernas cruzadas é					
7. Para você, levantar é					
<b>C. ENXERGAR</b>					
8. Para você, reconhecer pessoas de longe é					
9. Para você, ver pequenas coisas de perto (ex: leitura, colocar uma linha na agulha) é					
<b>D. PREPARANDO COMIDA</b>					
10. Para você, cortar vegetais é					
11. Para você, colocar vasilhas no fogão é					
12. Para você, mexer a comida é					
13. Para você, abrir potes ou garrafas é					
<b>E. ATIVIDADES EM CASA</b>					
14. Para você, varrer é					
15. Para você, abrir uma porta é					
<b>F. ATIVIDADES AO REDOR DA CASA OU NO QUINTAL</b>					
16. Para você, abrir uma torneira é					
17. Para você, cortar a grama com uma foice é					
18. Para você, capinar a grama é					
19. Para você, plantar mudas é					
20. Para você, cavar é					
21. Para você, debulhar milho, grão de café, amendoim, etc. é					
<b>G. CUIDADOS PESSOAIS</b>					
22. Para você, lavar-se é					
23. Para você, lavar seus pés é					
24. Para você, cortar suas unhas é					
25. Para você, massagear seus pés é					
26. Para você, ir ao banheiro é	xxx				
27. Para você, se limpar após ir ao banheiro é	xxx				
<b>H. VESTIR-SE</b>					
28. Para você, usar botões, fechos e alfinetes é					
29. Para você, dar nós ou laços é					
30. Para você, calçar os sapatos ou sandálias é					
31. Para você, vestir roupas é					
<b>I. COMER E BEBER</b>					
32. Para você, comer com as mãos e/ou utilizar talheres é					
33. Para você, beber água de um copo é					
34. Para você, descascar frutas é					

TOTAL



Número	Escala de Participação	Não especificado, não respondeu	Sim	Às vezes	Não	Irrelevante, eu não quero, eu não preciso	Não é problema	Pequeno	Médio	Grande	PONTUAÇÃO
			0								
			0				1	2	3	5	
	<i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	
12	Em sua cidade, você frequenta todos os locais públicos (incluindo escolas, lojas, escritórios, mercados, bares e restaurantes)?		0								
	<i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	
13	Você tem a mesma oportunidade de se cuidar tão bem quanto seus pares (aparência, nutrição, saúde)?		0								
	<i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	
14	Em sua casa, você faz o serviço de casa?		0								
	<i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	
15	Nas discussões familiares, a sua opinião é importante?		0								
	<i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	
16	Na sua casa, você come junto com as outras pessoas, inclusive dividindo os mesmos utensílios, etc.?		0								
	<i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	
17	Você participa tão ativamente quanto seus pares das festas e rituais religiosos (p. ex., casamentos, batizados, velórios, etc.)?		0								
	<i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	
18	Você se sente confiante para tentar aprender coisas novas?		0								
	<i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	

Comentário:

---



---



---



---

<b>TOTAL</b>
--------------

**ANEXO 7: ESCALA DE ESTIGMA JACOBY****ESCALA DE ESTIGMA JACOBY**

<b>Perguntas</b>	<b>Sim = 1</b>	<b>Não = 0</b>
Você sente que, por causa de seu diagnóstico de hanseníase e/ou incapacidades, outras pessoas não se sentem bem com você?		
Você sente que, por causa de seu diagnóstico de hanseníase e/ou incapacidades, outras pessoas lhe tratam como inferior?		
Você sente que, por causa de seu diagnóstico de hanseníase e/ou incapacidades, outras pessoas preferem lhe evitar?		
<b>TOTAL</b>		

**ANEXO 8: QUESTIONÁRIO SOBRE DISCRIMINAÇÃO****QUESTIONÁRIO SOBRE DISCRIMINAÇÃO**

<b>Desde o seu diagnóstico de hanseníase você já passou por qualquer destas situações ?</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>Não se aplica</b>
Não foi admitido em uma escola / Instituição de Ensino			
Foi forçado a sair ou foi retirado de uma escola ou Instituição de Ensino			
Seu esposo lhe abandonou, separou-se de você ou divorciou-se			
Não é capaz de se casar			
Foi forçado a sair ou foi retirado de um trabalho			
Não conseguiu um emprego devido à hanseníase			
Deixou de ser promovido devido à hanseníase			
Emprego restrito ou proibido em algumas áreas (ex: cozinheiro ou empregado doméstico)			
Impedida viagem em transporte público			
Recusada admissão em um templo, igreja, mesquita ou outro local de adoração			
Recusado tratamento médico ou admissão em hospital ou clínica			
Proibido de candidatar-se para eleições			
Outras situações de discriminação (detalhar)			

## ANEXO 9: ESCALA PARA AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO DE HAMILTON

### ESCALA DE HAMILTON - DEPRESSÃO

Todos os itens devem ser respondidos. Assinalar com um círculo o número apropriado.

- 1 HUMOR DEPRIMIDO**  
(tristeza, desesperança, desamparo, inutilidade)
- 0 Ausente.  
1 Sentimentos relatados apenas ao ser inquirido.  
2 Sentimentos relatados espontaneamente com palavras.  
3 Comunica os sentimentos não com palavras, isto é, com a expressão facial, a postura, a voz e a tendência ao choro.  
4 Sentimentos deduzidos da comunicação verbal e não verbal do paciente.
- 2 SENTIMENTOS DE CULPA**
- 0 Ausentes.  
1 Auto-recriminação; sente que decepcionou os outros.  
2 Idéias de culpa ou ruminções sobre erros passados ou más ações.  
3 A doença atual é um castigo. Delírio de culpa.  
4 Ouve vozes de acusação ou denúncia e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras.
- 3 SUICÍDIO**
- 0 Ausente.  
1 Sente que a vida não vale a pena.  
2 Desejaria estar morto ou pensa na possibilidade de sua própria morte.  
3 Idéias ou gestos suicidas.  
4 Tentativa de suicídio (qualquer tentativa séria marcar 4).
- 4 INSÔNIA INICIAL**
- 0 Sem dificuldade para conciliar o sono.  
1 Queixa-se de dificuldade ocasional para conciliar o sono. Isto é, mais de meia hora.  
2 Queixa-se de dificuldade para conciliar o sono todas as noites.
- 5 INSÔNIA INTERMEDIÁRIA**
- 0 Sem dificuldade.  
1 O paciente se queixa de inquietude e perturbação durante a noite.  
2 Acorda à noite - qualquer saída da cama marcar 2 (exceto para urinar).
- 6 INSÔNIA TARDIA**
- 11 ANSIEDADE SOMÁTICA**
- 0 Ausente. Concomitantes fisiológicos da ansiedade, tais como:  
1 Leve. Gastrointestinais: boca seca, flatulência, indigestão, diarreia, cólicas, eructações  
2 Moderada. Cardiovasculares: palpitações, cefaléias.  
3 Grave. Respiratórios: hiperventilação, suspiros.  
4 Incapacitante. Frequência urinária. Sudorese.
- 12 SINTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINAIS**
- 0 Nenhum.  
1 Perda de apetite, mas alimenta-se voluntariamente. Sensações de peso no abdome.  
2 Dificuldade de comer se não insistirem. Solicita ou exige laxativos ou medicações para os intestinos ou para sintomas digestivos.
- 13 SINTOMAS SOMÁTICOS EM GERAL**
- 0 Sem dificuldade.  
1 Acorda de madrugada, mas volta a dormir.  
2 Incapaz de voltar a conciliar o sono se deixar a cama.
- 7 TRABALHO E ATIVIDADES**
- 0 Sem dificuldade.  
1 Pensamentos e sentimentos de incapacidade; fadiga ou fraqueza relacionada a atividades (trabalho ou passatempos).  
2 Perda de interesses por atividades (trabalho ou passatempos) - quer diretamente relatada pelo paciente, quer indiretamente, por desatenção, indecisão e vacilação (sente que precisa esforçar-se para o trabalho ou atividade).  
3 Diminuição do tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. No hospital, marcar 3 se o paciente não passar ao menos 3 horas por dia em atividades externas (trabalho hospitalar ou passatempos).  
4 Parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital, marcar 4 se o paciente não se ocupar de outras atividades além de pequenas tarefas do leito, ou for incapaz de realizá-las sem ajuda.
- 8 RETARDO (lentidão de idéias e fala; dificuldade de concentração; atividade motora diminuída)**
- 0 Pensamento e fala normais.  
1 Leve retardo à entrevista.  
2 Retardo óbvio à entrevista.  
3 Entrevista difícil.  
4 Estupor completo.
- 9 AGITAÇÃO**
- 0 Nenhuma.  
1 Inquietude.  
2 Brinca com as mãos, com os cabelos etc.  
3 Mexe-se, não consegue sentar quieto.  
4 Torce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios.
- 10 ANSIEDADE PSÍQUICA**
- 0 Sem dificuldade.  
1 Tensão e irritabilidade subjetivas.  
2 Preocupação com trivialidades.  
3 Atitude apreensiva aparente no rosto ou na fala  
4 Medos expressos sem serem inquiridos.
- 0 Nenhum.  
1 Peso nos membros, nas costas ou na cabeça. Dores nas costas, cefaléia, mialgias. Perda de energia e cansaço.  
2 Qualquer sintoma bem caracterizado e nítido marcar 2.  
3
- 14 SINTOMAS GENITAIS**
- 0 Ausentes. Sintomas como:  
1 Leves. perda da libido,

2 Intensos. distúrbios  
menstruais.

1 Leves.  
2 Grave

### 15 HIPOCONDRIA

- 0 Ausente  
1 Auto-observação aumentada (com relação ao corpo)  
2 Preocupação com a saúde  
3 Queixas freqüentes, pedidos de ajuda, etc.  
4 Idéias delirantes hipocondríacas.

**SOMAR OS PONTOS OBTIDOS EM TODOS OS ITENS  
(EXCETO 18A)**

**CONTAGEM TOTAL: \_\_\_\_\_ PONTOS**  
(Faixa de variação: 0 - 62 pontos)

### 16 PERDA DE PESO (Marcar A ou B)

- A. Quando avaliada pela história clínica.  
0 Sem perda de peso.  
1 Provável perda de peso associada à moléstia atual.  
2 Perda de peso definida (de acordo com o paciente).  
3 Não avaliada.

### 17 CONSCIÊNCIA

- 0 Reconhece que está deprimido e doente.  
1 Reconhece a doença, mas atribui-lhe a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a vírus, à necessidade de repouso etc.  
2 Nega estar doente.

### 18 VARIAÇÃO DIURNA

A. Observar se os sintomas são piores pela manhã ou à tarde. Caso NÃO haja variação, marcar "nenhuma".

- 0 Nenhuma.  
1 Pior de manhã.  
2 Pior à tarde.

B. Quando presente, marcar a gravidade da variação.

Marcar "nenhuma" caso NÃO haja variação.

- 0 Nenhuma.  
1 Leve.  
2 Grave.

Nota: caso haja variação diurna, só a contagem referente à sua gravidade (1 ou 2 pontos no item 18B) é que deve ser incluída na contagem final. O item 18A não deve ser computado.

### 19 DESPERSONALIZAÇÃO E PERDA DE NOÇÃO DE REALIDADE

- 0 Ausentes.  
1 Leves. Tais  
como:  
3 Moderadas.  
4 Graves.  
5 Incapacitantes.  
sensações de irrealidade,  
idéias niilistas.

### 20 SINTOMAS PARANÓIDES

- 0 Nenhum.  
1 Desconfiança.  
2 Idéias de referência.  
2 Delírio de referência e perseguição.

### 21 SINTOMAS OBSESSIVOS E COMPULSIVOS

- 0 Nenhum.

## ANEXO 10: SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO - FICHA DE NOTIFICAÇÃO

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº				
		FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO		HANSENIASE				
<b>Caso confirmado de Hanseníase: pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer poliquimioterapia: - lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo (s) com espessamento neural; baciloscopia positiva.</b>								
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual				
	2	Agravado/doença		HANSENIASE				
	3	Código (CID-10)	Data da Notificação					
	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)			
Notificação Individual	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código				
	7	Data do Diagnóstico						
	8	Nome do Paciente		9	Data de Nascimento			
Dados de Residência	10	(ou) Idade		11	Sexo			
	12	Gestante		13	Raça/Cor			
	14	Escolaridade						
	15	Número do Cartão SUS		16		Nome da mãe		
Dados Complementares do Caso	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)	19	Distrito	
	20	Bairro		21	Logradouro (rua, avenida, ...)		Código	
	22	Número	23		Complemento (apto., casa, ...)	24		Geo campo 1
	25	Geo campo 2		26		Ponto de Referência	27	CEP
	28	(DDD) Telefone		29	Zona		30	Pais (se residente fora do Brasil)
	31	Nº do Prontuário		32				Ocupação
	33	Nº de Lesões Cutâneas		34	Forma Clínica		35	Classificação Operacional
	36	Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico		37				Modo de Entrada
38	Modo de Detecção do Caso Novo		39				Baciloscopia	
40	Data do Início do Tratamento		41				Esquema Terapêutico Inicial	
42	Número de Contatos Registrados		43				Observações adicionais:	
Investigador	Município/Unidade de Saúde			Código da Unid. de Saúde				
	Nome		Função		Assinatura			
	Hanseníase		Sinan NET		SVS 30/10/2007			

## ANEXO 11 – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL EDUARDO DE MENEZES – FHEMIG

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

HOSPITAL EDUARDO DE MENEZES

PARECER CONSUBSTANCIADO

TÍTULO: “AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADES E TRANSTORNOS PSICOSSOCIAIS EM PACIENTES COM HANSENIASE EM CENTRO DE REFERÊNCIA DE MINAS GERAIS”

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Dra. Silvia Helena Lyon de Moura

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL EDUARDO DE MENEZES

DATA DE APRESENTAÇÃO AO CEP: 10/12/2008

PROJETO PARA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO NO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE: INFECTOLOGIA E MEDICINA TROPICAL DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

### SUMÁRIO

#### a) Introdução

A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa, de evolução lenta, que se manifesta principalmente através de sinais e sintomas dermatoneurológicos: lesões de pele e nervos periféricos, principalmente nos olhos, mãos e pés.

É causada pelo *Mycobacterium leprae*, ou bacilo de Hansen, com afinidade por células cutâneas e por células dos nervos periféricos, o qual se instala no organismo da pessoa infectada, podendo se multiplicar.

O *M. leprae* tem alta infectividade e baixa patogenicidade, isto é, infecta muitas pessoas, embora poucas delas adoçam. Dentre essas, algumas apresentam “resistência” ao bacilo, constituindo os casos paucibacilares (PB), que abrigam um pequeno número de bacilos no organismo, insuficiente para infectar outras pessoas. Um número menor de pessoas não apresenta “resistência” ao bacilo, que se multiplica no organismo infectado, passando a ser eliminado para o meio exterior, podendo infectar outros indivíduos. Essas pessoas constituem os casos multibacilares (MB), que são a fonte de infecção e manutenção da cadeia epidemiológica da doença.

Um dos principais problemas da hanseníase é o comprometimento neural e suas consequências. Além de incapacidades e deformidades físicas, a lesão neural também é a causa mais comum de impedimentos sociais para o portador de hanseníase, pois gera o estigma de o indivíduo ser visto como “leproso”. Daí a importância do desenvolvimento de ferramentas de avaliação das limitações desses pacientes, como as Escalas de SALSA e de Participação.

Na hanseníase, as deformidades são facilmente reconhecidas, mas se sabe pouco sobre como elas afetam as atividades diárias do paciente. Algumas avaliações de limitação de atividade foram utilizadas no passado, mas não se aplicavam a países em desenvolvimento ou à hanseníase. Além disso, essas avaliações não contemplavam a questão da segurança ou dos riscos de se piorar deficiências existentes. Duas

ferramentas de avaliação foram desenvolvidas recentemente por um grupo de pesquisadores de diversos países, como Índia, Nepal e Brasil, que são regiões endêmicas para hanseníase: as Escalas de SALSA e de Participação, que já estão sendo aplicadas em diversos países.

O questionário SALSA (*Screening of Activity Limitation and Safety Awareness – Triagem de Limitação de Atividade e Consciência de Risco*) foi desenvolvido como um instrumento padronizado para medir limitação de atividade e consciência de risco nos indivíduos afetados pela hanseníase, diabetes e outras neuropatias periféricas tanto em áreas desenvolvidas, quanto em desenvolvimento.

A Escala de Participação é um instrumento internacional para ser usado em países endêmicos para hanseníase, adequado para medir restrições à participação na sociedade de pessoas afetadas pela hanseníase, deficiências ou outras condições estigmatizantes. Ambos os métodos constituem-se de um questionário com perguntas fechadas, a ser aplicado ao paciente por profissional da área médica ou não, que deve receber instruções especiais sobre o uso da escala.

A hanseníase é um problema de saúde pública no Brasil, país que representa o segundo lugar em números de casos da doença no mundo. Com o desenvolvimento da poliquimioterapia anti-hansênica, que aumentou consideravelmente a eficácia do tratamento e a cura bacteriológica dos doentes, a atenção dos profissionais de saúde e gestores passou a ser direcionada, sobretudo, para a questão das incapacidades, as quais persistem apesar da eliminação do bacilo pelo hospedeiro.

#### b) Objetivos

- Geral: avaliar incapacidades físicas, restrições de atividade e de participação social, discriminação, estigma e saúde mental em casos novos de hanseníase atendidos no Hospital Eduardo de Menezes (FHEMIG), utilizando diferentes métodos.

- Específicos: Definir o perfil epidemiológico e clínico dos casos novos de hanseníase atendidos no HEM/FHEMIG: distribuição por sexo, idade, procedência, modo de detecção, data do início dos sinais/sintomas, número de lesões cutâneas e de nervos acometidos, forma clínica e resultado da baciloscopia; determinar a frequência de incapacidades físicas, restrições de atividade e de participação social, discriminação, estigma e saúde mental nos pacientes com hanseníase; associar a presença de incapacidades físicas com restrições de atividade e de participação social, discriminação, estigma e saúde mental nos pacientes com hanseníase; definir os melhores métodos para avaliação das incapacidades físicas, restrições de atividade e de participação social, discriminação, estigma e saúde mental nos pacientes com hanseníase.

#### c) Metodologia

Estudo observacional e prospectivo com casos novos de hanseníase diagnosticados no serviço de dermatologia do HEM /FHEMIG ou referenciados a esse serviço no período de um ano.

Serão utilizados como instrumento para avaliação das incapacidades o Grau de Incapacidade, Escore EHF e Protocolo de Avaliação de Incapacidades. As Escalas SALSA, Green Pasture, de Participação, de Estigma Jacoby, de Hamilton e de Dor e Questões sobre Discriminação serão usadas para avaliar os transtornos psicossociais dos pacientes. As avaliações serão realizadas ao diagnóstico e no momento da alta dos pacientes.

Os pacientes atendidos receberão tratamento adequado independentemente de sua participação no estudo. Os resultados da pesquisa serão publicados, sejam eles favoráveis ou não, e serão utilizados apenas para fins acadêmicos.

#### d) Financiamento

O HEM/FHEMIG e o Serviço Único de Saúde (SUS) não terão encargos financeiros adicionais aos habitualmente dispensados para os pacientes que procuram o Centro de Referência Estadual em Dermatologia Sanitária.  
Todo o material utilizado para a confecção e aplicação dos questionários será financiado pelo pesquisador.  
e) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
Há Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

#### PARECER

O Projeto de Pesquisa "AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADES E TRANSTORNOS PSICOSSOCIAIS EM PACIENTES COM HANSENÍASE EM CENTRO DE REFERÊNCIA DE MINAS GERAIS" originalmente foi apresentado ao CEP/HEM com o título de "Avaliação de Pacientes com Hanseníase em Centro de Referência Através dos Métodos SALSA e Escala de Participação". Por atender aos requisitos determinados pela Resolução CNS 196/1996, recebeu parecer favorável e foi aprovado na reunião ordinária deste Comitê de Ética em Pesquisa do dia 10/12/2008. Foi reapresentado na reunião do dia 14 de setembro de 2009 com novo título e mudanças nos seus objetivos e na sua estrutura. Além da avaliação dos pacientes pela Escala SALSA e Escala de Participação, foram acrescentados os seguintes instrumentos para avaliação das incapacidades: Registro do Grau de Incapacidades Físicas (Escore 'Eye-Hand-Foot'), Protocolo de Avaliação de Incapacidades, Escala de Atividade de Green Pasture, Escala de Estigma de Jacoby, Questões sobre Discriminação, Escala de Hamilton.

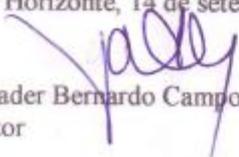
O estudo pode identificar os métodos mais adequados para a detecção de deficiências, limitações das atividades, consciência de risco e restrição da participação social de portadores de hanseníase, que possam auxiliar no desenvolvimento de programas de reabilitação e reinserção social desses indivíduos. Tem, portanto, relevância social. Apresenta estruturação metodológica adequada e pode responder a incertezas numa área negligenciada da saúde pública.

Prevê procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas.

Possui Termo de Consentimento Livre e Esclarecido elaborado dentro das determinações do Resolução CNS 196/1996.

Proponho sua APROVAÇÃO.

Belo Horizonte, 14 de setembro de 2009

  
Dr. Jader Bernardo Campomizzi  
Relator

## ANEXO 12: APROVAÇÃO PELO CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG



### FACULDADE DE MEDICINA CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533  
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100  
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640



Parecer para o Colegiado de Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical.

I – Interesse: Sílvia Helena Lyon de Moura, Manoel Otávio da Costa Rocha, aluno e professor, respectivamente, do Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical, sobre o projeto de mestrado intitulado: Avaliação de incapacidades e transtornos psicossociais em pacientes com hanseníase em centro de referência de Minas Gerais.

II – Histórico: a hanseníase tem no comprometimento neural um de seus principais problemas médico-psicossociais. Este trabalho estuda de forma prospectiva casos novos de hanseníase diagnosticados, as suas condições sociais e psicológicas. Os instrumentos de avaliação são: Grau de Incapacidade, escore EHF, Protocolo de Avaliação de incapacidades, Escalas SALSA, Green Pasture, de Participação, de Estigma Jacoby, de Hamilton e Questões sobre Discriminação. As avaliações serão realizadas ao diagnóstico e no momento da alta, com o término da poliquimioterapia. Espera-se identificar os melhores métodos para detecção de incapacidades, limitações das atividades diárias, restrições da participação social, transtornos mentais e estigma relacionados à hanseníase e a inserção destes instrumentos avaliativos no atendimento de rotina de pacientes, com vistas à abordagem dos diversos aspectos da saúde do indivíduo. O trabalho será realizado no Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do estado de Minas Gerais.

III – Mérito: as questões sócio-psicológicas dos hansenianos ainda não são contempladas como prioritárias no atendimento de rotina. Este trabalho dirige-se a determinar como melhor abordar os aspectos psicológicos e sociais no atendimento de rotina dos hansenianos.

IV – Parecer: aprovado. A principal preocupação é com o número da amostra e como poderá dar fidedignidade aos seus resultados.

*Esrinete*

*28/10/2009*

*Aprovado "ad referendum" do Colegiado de Curso*

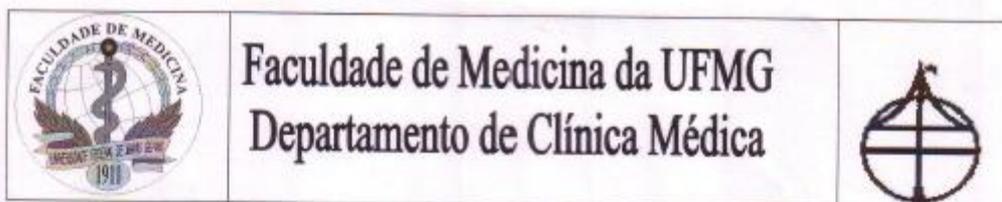
*aprovado em reunião do*

*Colegiado: 04.11.09*

*Vand. J.*

*ao CUM para encaminhamento e registro.*

## ANEXO 13 – APROVAÇÃO PELO DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE, INFECTOLOGIA E  
MEDICINA TROPICAL  
PROJETO DE MESTRADO

ALUNA: Dra. Silvia Helena Lyon de Moura  
ORIENTADOR: Prof. Dr. Manoel Otávio da Costa Rocha

Este projeto "*Avaliação de incapacidades e transtornos psicossociais em pacientes com hanseníase em centro de referência de Minas Gerais*" foi aprovado pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Infectologia e Medicina Tropical, conforme parecer anexo, datado de 04/11/09. Assim fica ratificada sua aprovação pelo Departamento de Clínica Médica para posterior encaminhamento ao COEP/UFMG.

Belo Horizonte, 10 de dezembro de 2009.

Prof. José Carlos Bruno da Silveira  
Chefe do Departamento de Clínica Médica

*Prof. José Carlos Bruno da Silveira*  
Chefe do Departamento de Clínica Médica  
Insc. UFMG 07530

**ANEXO 14: APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFMG**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

**Parecer nº. ETIC 0034.0.203.000-10**

**Interessado(a): Prof. Manoel Otávio da Costa Rocha  
Departamento de Clínica Médica  
Faculdade de Medicina - UFMG**

**DECISÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 31 de março de 2010, o projeto de pesquisa intitulado "**Avaliação de incapacidades e transtornos psicossociais em pacientes com hanseníase em Centro de Referência de Minas Gerais**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

**Prof. Maria Teresa Marques Amaral  
Coordenadora do COEP-UFMG**