

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
LABORO – CONSULTORIA E EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

CLAUDIA RACHEL LIMA RIBEIRO
CRISTIANE ALVES SILVA
JORGE LUÍS COSTA PEREIRA
JOTA JUNIOR MARQUES E SILVA
RAIJA JAKLINE LEITE GUIMARÃES

**EPIDEMIOLOGIA DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE ITAPECURU MIRIM NO
PERÍODO DE 2000 a 2004**

São Luís

2007

CLAUDIA RACHEL LIMA RIBEIRO
CRISTIANE ALVES SILVA
JORGE LUÍS COSTA PEREIRA
JOTA JUNIOR MARQUES E SILVA
RAIJA JAKLINE LEITE GUIMARÃES

**EPIDEMIOLOGIA DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE ITAPECURU MIRIM NO
PERÍODO DE 2000 a 2004**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família - LABORO, Universidade Estácio de Sá, como requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Prof. Dr^a. Mônica E. Gama

São Luís

2007

Ribeiro, Claudia Rachel Lima Ribeiro et al.

Epidemiologia da Hanseníase no município de Itapecuru mirim no período de 2000 a 2004 / Claudia Rachel Lima Ribeiro. – São Luís, 2007.

43 f.

Monografia (Especialização em Saúde da Família) - Curso de Especialização em Saúde da Família, LABORO-Universidade Estácio de Sá, 2007.

1. Hanseníase-epidemiologia-indicadores 2. Itapecuru mirim-MA I. Ribeiro, Claudia Rachel Lima Ribeiro. II. Título

**CLAUDIA RACHEL LIMA RIBEIRO
CRISTIANE ALVES SILVA
JORGE LUÍS COSTA PEREIRA
JOTA JUNIOR MARQUES E SILVA
RAIJA JAKLINE LEITE GUIMARÃES**

**EPIDEMIOLOGIA DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE ITAPECURU MIRIM NO
PERÍODO DE 2000 a 2004**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família - LABORO, Universidade Estácio de Sá, como requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Aprovada em ____/____/____

Banca Examinadora

**Prof.^a Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)
Doutora em Medicina
Universidade de São Paulo- USP**

**Prof.^a Dorlene Maria Cardoso de Aquino
Doutora em Patologia Clínica Humana(Examinadora)
Universidade Federal da Bahia/Fiocruz**

À Deus, por ter nos dado sabedoria e perseverança.

AGRADECIMENTOS

A Prof.^a Dr.^a Mônica Elinor Alves Gama, nosso especial agradecimento pela sua segura orientação, compreensão e disponibilidade;

Aos nossos familiares que souberam suportar a distância e a saudade, encorajando-nos a persistir nessa nova experiência profissional;

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para execução desta monografia.

**Hoje e para todo o sempre, a Deus,
por nossas vidas, nossa família e
nosso trabalho.**

RESUMO

Estudo descritivo, com uma abordagem quantitativa, dos pacientes notificados no Programa de Eliminação da Hanseníase do município de Itapecuru-Mirim localizado no estado do Maranhão, cujo objetivo foi estudar a epidemiologia da hanseníase e analisar os indicadores epidemiológicos no período de 2000 a 2004. Foram analisados os dados contidos nos livros de registro e fichas de notificações dos pacientes portadores da doença, registrados no Banco de Dados do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN). Ressaltamos os aspectos clínicos da doença, buscando identificar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes, o diagnóstico e tratamento da hanseníase no referido município. O estudo epidemiológico e operacional da doença foi realizado com base nos indicadores e parâmetros estabelecidos pelo Centro Nacional de Epidemiologia - CENEPI. Os principais resultados revelados na pesquisa confirmam que: o município de Itapecuru-Mirim apresentou um nível hiperendêmico de detecção de hanseníase durante os períodos investigados; a maioria dos pacientes apresentou prevalência das formas multibacilares, sendo que a maioria do sexo masculino; na faixa etária maior de 15 anos. Com relação ao grau de incapacidade no início do tratamento, houve uma maior prevalência do grau de incapacidade zero.

Palavras - chave: Hanseníase. Epidemiologia. Indicadores e Controle.

ABSTRACT

Descriptive study, with a quantitative approach, of the patients notified in the Program of Hanseniasis elimination of the Itapecuru-Mirim town which is placed in Maranhão state, the aim of this research is to study the epidemiology of hanseniasis and to evaluate the indicators of epidemiologists in the period of 2000 to 2004. The handbooks, book of registered in the Data Base of the System of Information of Agravos de Notificação (SINAN). We stand out the clinical aspects of the illness, searching to identify the epidemiology-clinic profile of the patients, the diagnosis and treatment of hanseniasis in the related city. The study operational epidemiologist and of the illness it was carried through on the basis of the pointers and garment established for the National Center of Epidemiologia-CENEPI. The main results revealed in the research we confirm that: the city of Itapecuru-Mirim presented a hiperendemic level of detection of hanseniasis during the investigated periods; the majority of the patients presented prevalence of the multibacillary forms, being the majority belonged to the masculine sex; of age 15 years. Regarding to the degree of incapacity in the beginning of the treatment, it had a bigger prevalence of the degree of zero incapacity.

Keywords: Hanseniasis, Epidemiology, Pointers and Control.

LISTA DE GRÁFICOS

P.

- Gráfico 1 - Distribuição numérica dos 566 casos novos de hanseníase em Itapecuru-Mirim/MA (2000 a 2004). 27
- Gráfico 2 - Evolução dos coeficientes de detecção dos casos de hanseníase em Itapecuru-Mirim/MA (2000 a 2004). **Erro! Marcador não definido.**
- Gráfico 3 – Evolução dos coeficientes de prevalência da hanseníase em Itapecuru-Mirim, Maranhão e Brasil, (2000 a 2004). 29
- Gráfico 4 - Evolução dos coeficientes de detecção e prevalência de hanseníase em Itapecuru-Mirim/MA – (2000 a 2004). 29
- Gráfico 5 - Distribuição percentual dos 566 casos de hanseníase, segundo sexo. Itapecuru-Mirim/MA (2000 a 2004). 31
- Gráfico 6 - Distribuição numérica dos 566 casos de hanseníase, segundo forma clínica. Itapecuru-Mirim/MA (2000 a 2004). 31
- Gráfico 7 - Distribuição percentual dos 566 casos de hanseníase, segundo classificação operacional. Itapecuru-Mirim (2000 a 2004). 32
- Gráfico 8 - Distribuição percentual dos 566 casos de hanseníase, segundo grau de incapacidade. Itapecuru-Mirim/MA – (2000 a 2004). 33
- Gráfico 9 - Comparação do percentual de cura e abandono de tratamento nas coortes de casos novos de hanseníase. Itapecuru-Mirim/MA – (2000 a 2004). 33

LISTA DE TABELAS

	P.
Tabela 1 - Situação da hanseníase em seis países endêmicos ao final de 2000.	14
Tabela 2 -Diferenças entre reação reversa e recidiva.....	23
Tabela 3 - Distribuição dos 566 casos de hanseníase, segundo faixa etária. Itapecuru-Mirim/MA (2000 a 2004).....	30

LISTA DE SIGLAS

BAAR – Bacilo Álcool Acido Resistente
CENEPI – Centro Nacional de Epidemiologia;
DT – Dimorfo-Tuberculóide;
DD – Dimorfo-Dimorfo;
DV – Dimorfo-Virchowiano;
ENH – Eritema Nodoso da Hanseníase
HI – Hanseníase Indeterminada;
HT – Hanseníase Tuberculóide;
HV – Hanseníase Virchowiana;
HD – Hanseníase Diforma;
MB – Multibacilar;
MS – Ministério da Saúde;
OMS – Organização Mundial de Saúde;
PCR – Reação em Cadeia Polimerase;
PB – Paucibacilar;
PNCH – Plano Nacional de Controle da Hanseníase;
PQT –Poliquimioterapia
ROM – Rifampicina, Ofloxacina e Minociclina;
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação;
TT – Tuberculose
VVs – Virchowiano-Polar
VV – Virchowiano

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. JUSTIFICATIVA	15
3. OBJETIVOS	16
3.1 Geral	16
3.2 Específicos	16
4. REVISÃO DE LITERATURA.....	17
4.1 Modo de Transmissão	17
4.2 Diagnóstico e Quadro Clínico.....	18
4.3 Formas Clínicas	19
4.3.1 Hanseníase Indeterminada (HI).....	20
4.3.2 Hanseníase Tuberculóide (HT).....	20
4.3.3 Hanseníase Virchowiana (HV).....	21
4.3.4 Hanseníase Dimorfa (HD).....	21
4.4 Surtos Reacionais na Hanseníase	22
4.5 Diagnóstico Diferencial	23
4.6 Tratamento.....	24
5. METODOLOGIA.....	25
5.1 Área de estudo.....	25
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
7. CONCLUSÃO.....	34
REFERÊNCIAS	
APÊNDICE	
ANEXOS	

1. INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infecciosa de evolução lenta causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae* ou bacilo de hansen. A doença se manifesta em dois pólos estáveis e opostos (virchowiano e tuberculóide) e dois grupos instáveis (indeterminado e dimorfo). A predileção pela pele e nervos periféricos confere características peculiares a esta moléstia, tornando o seu diagnóstico simples na maioria dos casos. Em contrapartida, o dano neurológico responsabiliza-se pelas seqüelas que podem surgir. A baciloscopia é o exame complementar mais útil no diagnóstico.

A maior prevalência da hanseníase encontra-se no Sudeste Asiático, seguido de regiões da África e das Américas. Nas Américas chegou com os colonizadores e hoje todos os países sul-americanos tem hanseníase, com exceção do Chile. (OPROMOLLA et al,1997).

O Brasil é o segundo país em número de casos no mundo, após a Índia. Aproximadamente 94% dos casos conhecidos nas Américas e 94% dos novos diagnosticados são notificados pelo Brasil.(ARAUJO,2003).

Num país endêmico como o Brasil, um indivíduo que apresenta lesão de pele com perda de sensibilidade é considerado um caso de hanseníase.

Hoje a hanseníase constitui um sério problema de saúde pública principalmente nos países em desenvolvimento onde há populações com maior risco de contrair a doença. (Tabela 1), e persiste como endemia em 15 países ao final de 2000 (prevalência acima de 1,0/10.000 habitantes). Apesar de todo o empenho em sua eliminação, o Brasil continua sendo o segundo país em número de casos no mundo. Ao longo das últimas décadas, as taxas de prevalência têm declinado ano a ano, resultado da consolidação do tratamento polioquimioterápico. Entretanto, as taxas de detecção de casos novos têm se mantido elevado a expectativa é de que só se alcance a meta de eliminação da doença em 2005, quando a prevalência deverá ser inferior a 1,0/10.000 habitantes (MS,2003).

Tabela 1 - Situação da hanseníase em seis países endêmicos ao final de 2000.

País	Casos Registrados	Prevalência X 10.000 hab	Deteccão em 1999	Taxa de deteccão X 10.000 hab
Índia	384.249	3,8	559.938	5,52
Brasil	77.676	4,6	41.070	2,41
Myannar	18.389	2,3	19.286	2,26
Madagascar	8.662	5,4	8.445	5,30
Nepal	7.984	3,4	8.020	3,44
Moçambique	7.834	4,0	8.617	3,36
TOTAL	496.785	3,9	634.376	4,92

Fonte: WHO- Weeldy Epidemiological Record, January 2002

As informações sobre a hanseníase e suas atividades de controle possibilitam a construção, em diferentes níveis (federal, municipal, e local), de indicadores epidemiológicos e de indicadores operacionais.(BRASIL,1994)

Esses indicadores são construídos pelas unidades de saúde e pelos demais níveis da vigilância epidemiológica, sendo úteis tanto para análise epidemiológica da doença como para análise operacional das atividades de controle da hanseníase. (OPROMOLLA etal; 1997). Os indicadores epidemiológicos referem-se ao comportamento epidemiológico da hanseníase, ou seja, à tendência e magnitude desse problema de saúde pública. Indicam a situação epidemiológica da doença observada num determinado momento ou período numa determinada área, região ou em todo país. Por exemplo: coeficiente de deteccão anual de casos novos por 10.000 habitantes, etc.

Embora a Organização Mundial de Saúde (2005) tenha estipulado e o Brasil assumido a eliminação de hanseníase com problema de saúde pública, isto é, chegar a uma prevalência de menos de um paciente para cada 10.000 habitantes até o ano de 2010, a hanseníase continua sendo um sério problema no mundo e no país.

2. JUSTIFICATIVA

Dentre as doenças que o Brasil tem acordo internacional firmado, visando à priorização de intervenções, encontra-se a hanseníase, cujo compromisso é de sua diminuição enquanto problema de saúde pública, o que significa reduzir seu coeficiente de prevalência a menos de um caso para cada 10 mil habitantes, até o ano 2010.

A Organização Mundial de Saúde lançou em novembro de 2002, o Plano Nacional de Mobilização e Intensificação das Ações para a Eliminação da Hanseníase e o Ministério da Saúde através do Plano Nacional de Controle da Hanseníase - PNCH estabelece metas específicas, entre as quais estão detectar 100% dos casos estimados da doença, curar pelo menos 90% dos casos diagnosticados e manter abaixo de 5% a taxa de abandono do tratamento.

O Plano Nacional de Mobilização e Intensificação das Ações para a Eliminação da Hanseníase é uma ação essencialmente de responsabilidade municipal, visto que pode e deve ocorrer no nível da atenção básica. O controle da doença compreende necessariamente o diagnóstico precoce e a continuidade do tratamento.

Devido à magnitude do problema da hanseníase no município de Itapecuru-Mirim, decidimos realizar um estudo destacando principalmente as características epidemiológicas no período de 2000 a 2004, analisando os casos de hanseníase, segundo idade, sexo, formas clínicas, classificação operacional, grau de incapacidade e situação de encerramento.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Estudar a epidemiologia da hanseníase no município de Itapecuru mirim no período de 2000 a 2004.

3.2 Específicos

- ❖ Descrever os indicadores epidemiológicos da hanseníase no município de Itapecuru mirim nos últimos quatro anos;
- ❖ Descrever o perfil demográfico dos casos de hanseníase notificados;
- ❖ Observar as características clínicas dos casos;
- ❖ Identificar a situação de encerramento dos casos notificados no período.

4. REVISÃO DE LITERATURA

O *Mycobacterium leprae* foi descrito em 1873 pelo norueguês Amauer Hansen. O bacilo álcool-ácido resistente, parasita intracelular com predileção pela célula de Schwann e pele. Não pode ser cultivado. Mas existem modelos animais utilizados no seu estudo e reprodução, como o tatu e camundongos timentomizados e irradiados.(ARAÚJO,2003)

4.1 Modo de Transmissão

Considera-se o homem como o único reservatório natural do bacilo, apesar do relato de animais selvagens naturalmente infectados (tatus e macacos). Os pacientes portadores de formas de infecção, não obstante o papel dos paucibacilares na cadeia de transmissão já ter sido demonstrado. A existência de portadores sadios tem sido relatada pelos estudos de DNA utilizando a técnica da reação em cadeia da polimerase - PCR, entretanto, o papel desses na transmissão e o seu risco de adoecimento não está definido.(ARAÚJO,1994)

Admite-se que as vias aéreas superiores constituem a principal porta de entrada e via de eliminação do bacilo. A pele erodida, eventualmente, pode ser porta de entrada da infecção. As secreções orgânicas como leite, esperma, suor, e secreção vaginal, podem eliminar bacilos, mais não possuem importância na disseminação da infecção.

Embora a hanseníase hoje se mantenha nos países mais pobres e neste nos extratos da população menos favorecidos, não se sabe ao certo o peso de variáveis como moradia, estado nutricional, infecções concomitantes (HIV e malária), e infecções prévias por outras micobactérias. O papel de fatores genéticos tem sido avaliado há muito tempo, a distribuição da doença em conglomerados, famílias ou comunidades com antecedentes genéticos comuns sugerem esta possibilidade.(BRASIL,2003)

4.2 Diagnóstico e Quadro Clínico

Para melhor entendimento do quadro clínico e classificação, alguns aspectos imunológicos devem ser mencionados. Demonstrou-se que o *M. leprae* é um bacilo com alto poder infectante e baixo poder patogênico. Depois da sua entrada no organismo, não ocorrendo a sua destruição, este irá se localizar na célula de Schwann e na pele. Sua disseminação para outros tecidos pode ocorrer nas formas mais graves da doença, nas quais o agente infectante não encontra resistência contra a sua multiplicação. Nesse caso, os linfonodos, olhos, testículos e fígado podem abrigar grande quantidade do bacilo.(BRASIL,2003)

O Ministério da Saúde define como caso de hanseníase para tratamento, quando um ou mais dos seguintes achados encontram-se presentes: lesão de pele com alteração de sensibilidade, espessamento de tronco nervoso ou baciloscopia positiva na pele.

De acordo com Araújo(2003) a descrição detalhada da execução dos testes de sensibilidade pode ser encontrada em livros texto e manuais. Este tipo de teste apresenta limitações para ser feito em crianças muito novas, adultos ansiosos, manipuladores ou incapazes de compreender as instruções dadas antes de sua execução. Em caso de dúvida deve-se lançar mão de provas complementares que são o teste da histamina e da pilocarpina. Estes são de fácil realização. A palpação de nervos e sua avaliação funcional têm como objetivo pesquisar possíveis alterações neurológicas provocadas pela hanseníase. Deve-se fazer a palpação dos troncos nervosos acessíveis e a avaliação funcional (sensitiva, motora e autonômica) daqueles mais frequentemente comprometidos pela doença. Cumpre lembrar que qualquer ramo ou tronco nervoso superficial poderá ser afetado, especialmente nas partes mais superficiais, onde estão mais sujeitos aos traumatismos e na sua passagem por estruturas osteoligamentosas (áreas de constrição). Na palpação deve ser avaliado o calibre do nervo em comparação com o contralateral, a presença de dor, fibrose ou nodulações. Os nervos comumente avaliados são: nos membros superiores, o nervo ulnar, o mediano, radial e radial cutâneo; nos membros inferiores, o tibial posterior e o fibular comum; no segmento cefálico, o grande auricular e o nervo facial que é motor e não é palpável.

A avaliação da função motora de grupos musculares específicos deve ser feita principalmente nos pacientes em tratamento, com a finalidade de detecção precoce de incapacidades. Sequelas bem definidas podem ser encontradas já no período do diagnóstico, tais como: paralisia facial do tipo periférico unilateral ou bilateral, ou paralisia do ramo orbicular do

nervo zigomático, provocando o lagofalmo, epífora e exposição da córnea; mão em garra (garra do quarto e quinto quirodáctilos ou garra completa); mão caída; pé caído, garra de artelhos que pode ser acompanhada do mal perfurante plantar.

A baciloscopia é o exame complementar mais útil no diagnóstico; é de fácil execução e baixo custo. Colhe-se o material a ser examinado (raspado de tecido dérmico) nos lóbulos das orelhas direita e esquerda, cotovelos direito e esquerdo e em lesão suspeita. A coloração é feita pelo método de Ziehl-Neelsen e apresenta-se o resultado sob a forma de índice baciloscópico (IB), numa escala que vai de 0 a 6+. A baciloscopia mostra-se negativa (IB=0), nas formas tuberculóide e indeterminada, fortemente positiva na forma virchowiana e revela resultado variável na forma dimorfa.

Outros exames podem ser necessários: realiza-se o exame histopatológico da pele nos casos em que há dúvidas diagnósticas ou na classificação, e indica-se a biópsia do nervo em casos especiais, quando há dúvida no diagnóstico diferencial com outras neuropatias. A reação de Mitsuda é um teste de aplicação intradérmica e leitura tardia - 28 dias. Utiliza-se na classificação da doença e na definição do prognóstico. Não possui valor para o diagnóstico.

A identificação do *Micobacterium leprae* pela reação em cadeia da polimerase tem sido estudada em centros de pesquisa, mas não é realizada rotineiramente.

4.3 Formas Clínicas

Segundo Araújo(2003) as classificações mais usadas no Brasil são as de Madri (Congresso Internacional, 1953) e de Ridley e Jopling. Na de Madri, consideram-se dois pólos estáveis e opostos (virchowiano e tuberculóide) e dois grupos instáveis (indeterminada e dimorfa), que caminhariam para um dos pólos, na evolução natural da doença. A classificação proposta por Ridley e Jopling, em 1966, é utilizada em pesquisas e leva em consideração a imunidade dentro de um espectro de resistência do hospedeiro. Esta classificação não inclui a forma indeterminada no espectro e o exame histopatológico torna-se necessário para sua utilização. São descritos a forma tuberculóide (TT), os casos *borderline* ou dimorfos que são subdivididos em dimorfo-tuberculóide (DT), dimorfo-dimorfo (DD) e dimorfo-virchowiano (DV), virchowiano-subpolar (VVs) e virchowiano (VV).

4.3.1 Hanseníase Indeterminada (HI)

As lesões da HI surgem após um período de incubação que varia, em média, de dois a cinco anos. Caracteriza-se pelo aparecimento de manchas hipocrômicas, com alteração de sensibilidade, ou simplesmente por áreas de hipoestesia na pele. As lesões são em pequeno número e podem se localizar em qualquer área da pele. Frequentemente, apenas a sensibilidade térmica encontra-se alterada. Não há comprometimento de troncos nervosos nesta forma clínica, apenas músculos nervosos cutâneos. A pesquisa de BAAR revela-se negativa. A HI é considerada a primeira manifestação clínica da hanseníase e, após período de tempo que varia de poucos meses até anos, ocorre evolução para cura ou para outra forma clínica.

4.3.2 Hanseníase Tuberculóide (HT)

Nesta forma clínica, encontram-se lesões bem delimitadas, em número reduzido, anestésico e de distribuição assimétrica. Descrevem-se lesões em placas ou anulares com bordas papulosas, e áreas da pele eritematosas ou hipocrômicas. Seu crescimento centrífugo lento leva à atrofia no interior da lesão, que pode, ainda, assumir aspecto tricofitóide, com descamação das bordas. Observam-se, ainda, as variedades infantis e a forma neural pura. A primeira manifesta-se em crianças conviventes com portadores de formas bacilíferas e localiza-se principalmente na face. Podem se manifestar como nódulos, placas, lesões tricofitoides ou sarcoídicas. Na forma neural pura, não se encontram lesões cutâneas. Há espessamento do tronco nervoso e dano neural precoce e grave, em especial, quando atinge nervos sensitivos-motores. A baciloscopia resulta negativa. A HT, juntamente com a HI constitui as formas paucibacilares da hanseníase. Apesar da possibilidade de cura espontânea na HT, a orientação é de que os casos sejam tratados para reduzir o tempo de evolução da doença e o risco de dano neural.

4.3.3 Hanseníase Virchowiana (HV)

Trata-se de forma multibacilar, reconhecida por corresponder ao pólo de baixa resistência, dentro do espectro imunológico da doença. Portanto, manifesta-se naqueles indivíduos que apresentam imunidade celular deprimida para o *Mycobacterium leprae*. Admite-se que a HV possa evoluir a partir da forma indeterminada ou se apresentar como tal desde o início. Sua evolução crônica caracteriza-se pela infiltração progressiva e difusa da pele, mucosas das vias aéreas superiores, olhos, testículos, nervos, podendo afetar, ainda, os linfonodos, o fígado e o baço. Na pele, descrevem-se pápulas, nódulos e máculas. A infiltração é difusa e mais acentuada na face e nos membros. A pele torna-se luzidia, xerótica, com aspecto apergaminhado e tonalidade semelhante ao cobre. Há rarefação dos pelos nos membros, cílios e supercílios. A queda de pelos nesse local chama-se madarose. A infiltração da face, incluindo os pavilhões auriculares, com madarose e manutenção da cabeleira, forma o quadro conhecido como fácies leonina. O comprometimento nervoso ocorre nos músculos da pele, na inervação vascular e nos troncos nervosos. Estes últimos vão apresentar deficiências funcionais e seqüelas tardias. São sinais precoces de HV, a obstrução nasal, rinorréia serossangüinolenta e edema de membros inferiores. A HV apresenta baciloscopia fortemente positiva e representa nos casos virgens de tratamento, importante foco infeccioso ou reservatório da doença.

4.3.4 Hanseníase Dimorfa (HD)

Este grupo é caracterizado por sua instabilidade imunológica, o que faz com que haja grande variação em suas manifestações clínicas, seja na pele, nos nervos, ou no comprometimento sistêmico. As lesões da pele revelam-se numerosas e a sua morfologia mescla aspectos de HV e HT, podendo haver predominância ora de um, ora de outro tipo. Compreendem placas eritematosas, manchas hipocrômicas com bordas ferruginosas, manchas eritematosas ou acastanhadas, com limite interno nítido e limites externos imprecisos, placas eritemato-ferruginosas ou violáceas, com bordas internas nítidas e limites externos difusos (lesões foveolares). Quando numerosas, são chamadas lesões *em renda* ou *queijo suíço*. A infiltração assimétrica da face, dos pavilhões auriculares, e a presença de lesões no pescoço e nuca são elementos sugestivos desta forma clínica. As lesões neurais são precoces, assimétricas e, com

freqüência, levam a incapacidade física. A pesquisa de BAAR pode ser negativa ou positiva com índice bacilar variável.

4.4 Surtos Reacionais na Hanseníase

Os surtos reacionais representam episódios inflamatórios que se intercalam no curso crônico da hanseníase. Devem ser prontamente diagnosticados e tratados. Os tipos de reação mais importantes são a reação reversa ou reação do tipo 1 e a reação do tipo 2 ou eritema nodoso da hanseníase (ENH). As reações seguem-se a fatores desencadeantes, tais como: infecções intercorrentes, vacinação, gravidez e puerpério, medicamentos iodados, estresse físico e emocional. Os quadros reacionais, às vezes, antecedem o diagnóstico da hanseníase, surgem durante o tratamento ou após a alta. A reação do tipo 1 tende a surgir mais precocemente no tratamento, entre o 2º e o 6º meses, caracteristicamente na hanseníase dimorfa. Clinicamente são indistinguíveis e se caracterizam por exacerbação das lesões pré-existentes, que se tornam edemaciadas, eritematosas, brilhantes, podendo chegar à ulceração. Os sintomas sistêmicos variam. Surgem lesões novas à distância e as neurites mostram-se freqüentes, podendo ser a única manifestação clínica. As neurites podem ser silenciosas, ou seja, o dano funcional do nervo se instala sem quadro clínico de dor e espessamento do nervo. Os nervos mais comprometidos são os ulnares e medianos nos membros superiores, fibular comum e tibial posterior nos membros inferiores e facial e grande auricular no segmento cefálico. Observa-se a reação do tipo 2 ou ENH nas formas virchowiana e dimorfa, em geral, após seis meses de tratamento. Na pele, a lesão típica é o eritema nodoso (ENH) que se caracterizam por lesões eritematosas, dolorosas, de tamanhos variados incluindo pápulas e nódulos localizados em qualquer região da pele.(OLIVEIRA et al,1998)

4.5 Diagnóstico Diferencial

Segundo a OMS(1989) no diagnóstico diferencial da hanseníase devem-se levar em conta as manifestações dermatológicas, neurológicas, as doenças deformantes e doenças sistêmicas nos períodos reacionais.

Reação e recidiva: considera-se recidiva o quadro observado em paciente que completa com êxito o tratamento, mas que posteriormente desenvolve novos sinais e sintomas da doença. As recidivas são raras e, geralmente, ocorrem nos casos que receberam poliquimioterapia inadequada para a sua forma clínica. Na maioria, os bacilos são sensíveis aos medicamentos e os pacientes podem ser retratados com os regimes originais. São de grande importância a diferenciação entre um quadro reacional tipo I e uma recidiva. Clinicamente, os quadros podem ser muito semelhantes. A Tabela 2 aponta as principais diferenças entre reação reversa e recidiva. A reação do tipo 2, quando ocorre em paciente que terminou tratamento há mais de três anos e não apresentava surtos reacionais anteriores, também deve levantar a suspeita de recidiva e deve ser cuidadosamente avaliada.

Tabela 2 - Diferenças entre reação reversa e recidiva

REACAO REVERSA	RECIDIVA
Geralmente durante a quimioterapia ou dentro de 6 meses após o tratamento.	Normalmente muito depois do termino da quimioterapia, acima de um ano de intervalo de tratamento.
Início súbito e inesperado.	Início lento e insidioso.
Pode vir acompanhado de febre e mal-estar.	Em geral sem sintomatologia geral.
Lesões antigas se tornam eritomasos, brilhantes, infiltradas.	Lesões antigas podem apresentar bordas eritematosas.
Em geral varias lesões novas.	Poucas lesões novas.
Pode haver ulceração das lesões.	Ulceração e rara.
Regressão com escamação.	Não há descamação.
Pode acometer vários troncos nervosos rapidamente, com dor e alteração da sensibilidade e função motora.	Pode acometer um único nervo e as alterações motoras ocorrem muito lentamente.
Excelente resposta a corticoterapia.	Não responde bem a corticoterapia.

Fonte: Adaptada do Manual para o controle da Lepra, OMS. 2 edição, 1989.

4.6 Tratamento

O tratamento da hanseníase compreende: quimioterapia específica, supressão dos surtos reacionais, prevenção de incapacidades físicas, reabilitação física e psicossocial. Este conjunto de medidas deve ser desenvolvido em serviços de saúde da rede pública ou particular, mediante notificação de casos à autoridade sanitária competente. As ações de controle são realizadas em níveis progressivos de complexidade, dispondo-se de centros de referência locais, regionais e nacionais para o apoio da rede básica. O Ministério da Saúde regulamenta o assunto através da portaria de número 1073/GM publicada em 28/09/2000 no Diário Oficial da União, disponível no *site* www.saude.gov.br.

Na indicação do esquema terapêutico deve-se levar em conta toda a história clínica do paciente, com especial atenção para alergias a medicamentos, interação de drogas, e doenças associadas. A definição do esquema depende da classificação final do caso. No Brasil adota-se a classificação de Madri e o Ministério da Saúde sugere classificação operacional com os seguintes critérios: paucibacilares (PB) - casos com até cinco lesões de pele e ou apenas um tronco nervoso comprometido e multibacilares (MB) - casos com mais de cinco lesões de pele e ou mais de um tronco nervoso acometido. A baciloscopia positiva classifica o caso como multibacilar, independentemente do número de lesões.

As drogas usadas nos esquemas padronizados pela OMS e MS são a rifampicina (única bactericida dos esquemas padrão), dapsona e clofazimina.

Os esquemas poliquimioterápicos têm como princípio a associação de drogas. O fornecimento da medicação é gratuito em todo o país. Existem tratamentos alternativos, disponíveis nos centros de referência, para pacientes com impossibilidade de usar os esquemas padronizados, incluindo o esquema ROM (rifampicina, ofloxacina e minociclina) para tratamento de lesão única de pele em pacientes paucibacilares.(MS,2000)

5. METODOLOGIA

O presente trabalho é um estudo retrospectivo, descritivo, com análise de dados secundários obtidos das fichas de notificação de hanseníase, modelo padronizado pelo Ministério da Saúde, arquivadas no setor de vigilância epidemiológica, na Secretaria Municipal de Saúde de Itapecuru-Mirim. Os dados foram complementados a partir de informações dos livros de controle da hanseníase encontrados nas fontes notificadoras.

Vale ressaltar que os casos de hanseníase foram notificados pelo Hospital Regional Adélia Matos Fonseca e uma unidade básica de saúde, perfazendo um total de 566 pacientes diagnosticados e acompanhados pelo programa no período de 2000 a 2004. Assim, a população de estudo refere-se aos 566 casos notificados no município nesse período.

A obtenção dos dados da pesquisa foi feita através do levantamento e análise de informações nos livros de controle da hanseníase complementando com os dados registrados nas fichas de notificação fornecidas pelo banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN e fichas de investigação (Anexo 1). Serão selecionadas as seguintes variáveis para o estudo: faixa etária, sexo, forma clínica, classificação operacional e grau de incapacidade avaliado no momento do diagnóstico e na alta, números de casos novos descobertos em cada ano e número de casos em registro ativo até 31 de dezembro de cada ano na série histórica em estudo e a situação de encerramento do caso.

A coleta de dados foi realizada no período de outubro de 2005 à junho de 2006.

Para efeito de estudo, os pacientes foram agrupados em duas faixas etárias, obedecendo à classificação estabelecida pelo Ministério da Saúde, que é de 0 a 14 anos e igual ou maior de 15 anos. As formas clínicas registradas nas fontes foram agrupadas considerando a classificação de Madrid em: indeterminada, tuberculóide, dimorfa e virchowiana, sendo esta a classificação adotada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 1994).

Para elaboração do coeficiente de detecção anual de casos novos, foi feito o cálculo multiplicando-se o número de casos novos residentes diagnosticados no ano, divididos pela população residente, multiplicando-se por 10.000 (Brasil, 2003, p.143) foram analisados todos os formulários de classificação do grau de incapacidade física referentes ao exame de olhos, mãos e pés.(Anexo 2).

O grau de incapacidade registrado foi classificado de acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2000) em três graus considerando os seguintes critérios:

Grau 0: quando não há incapacidade (não há comprometimento neural nas mãos, olhos e pés).

Grau I: quando há incapacidade (diminuição ou perda de sensibilidade nas mãos, olhos e nos pés).

Grau II: quando há incapacidade e deformidade (nos olhos, mãos e pés).

Os dados foram tabulados e processados em Word versão 2005, sendo procedida análise descritiva dos mesmos.

5.1 Área de estudo

O município de Itapecuru mirim localiza-se ao norte do Maranhão, está a 108 km da capital do Estado, com uma população de aproximadamente 51.338 hab(IBGE,2006). Apresenta como limite ao norte os municípios de Santa Rita e Presidente Juscelino;ao sul Cantanhede; ao leste Presidente Vargas e Vargem Grande e a oeste Anajatuba e Miranda do Norte.

A infra-estrutura de saneamento básico encontra-se em processo de desenvolvimento, com implantação de poços artesianos e água encanada na zona rural e conta com destino adequado de dejetos e lixo na zona urbana.

Até 2000, Itapecuru mirim apresentava uma cobertura relativamente baixa de equipes de saúde da família, com a implementação de novas equipes melhorou a cobertura dos serviços oferecidos na atenção básica.

Com o processo de descentralização o município possui duas equipes de saúde da família realizando o acompanhamento dos casos de hanseníase, sendo que o diagnóstico é realizado no Hospital Regional Adélia Matos Fonseca e em uma unidade básica de saúde.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentam-se a seguir, através de gráficos, os resultados da pesquisa sobre a Epidemiologia da hanseníase no município de Itapecuru mirim no período de 2000 a 2004, tendo sido notificados 566 casos de hanseníase, com uma média de 113 casos por ano, atingindo o máximo de 156 casos em 2003(Gráfico 1).

A queda registrada no ano de 2001 deve-se a escassez de profissionais treinados nas ações básicas de hanseníase, considerando que o atendimento era realizado por apenas um enfermeiro. O ano 2003 alcançou a maior taxa de detecção de casos novos em Itapecuru-Mirim na série histórica em estudo, Tal ocorrência foi devido à organização dos serviços, a capacitação dos profissionais e a busca ativa realizada pelos agentes comunitários de saúde (Informação pessoal).

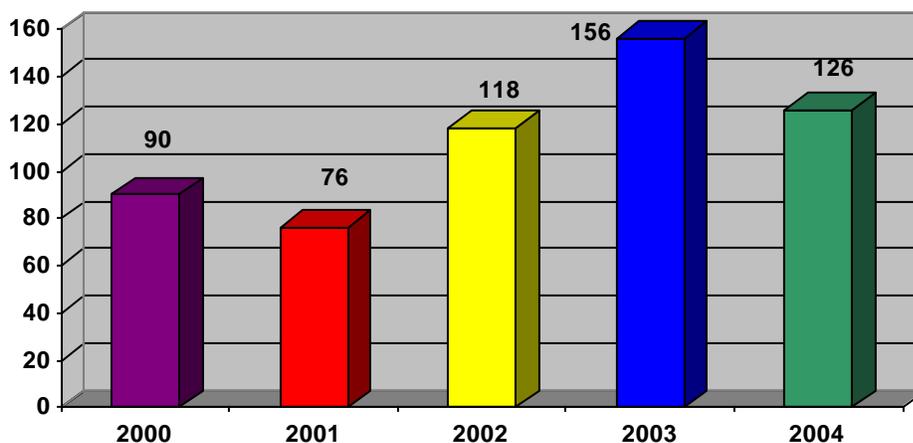


Gráfico 1 - Distribuição numérica dos 566 casos novos de hanseníase em Itapecuru-Mirim/MA (2000 a 2004).

Durante o período em estudo, o município de Itapecuru-Mirim apresentou taxa de detecção anual muito alta, caracterizando assim como hiperendêmico, conforme parâmetros preconizados pelo CENEPI, ou seja, o coeficiente superior a 4,0/ 10.000 habitantes. (Gráfico 2)

Em 1998, houve decréscimo no coeficiente nacional de detecção de casos o qual vinha crescendo anualmente desde 1995. Vale ressaltar que em 1998 o Ministério da Saúde estava em Campanha Nacional para descoberta de casos de hanseníase visando o diagnóstico precoce e tratamento imediato com esquema PQT, com o objetivo de eliminar a hanseníase como problema de saúde pública até o ano de 2010, ou, seja alcançar a meta de menos de um caso por 10.000 habitantes (Brasil, 2000).

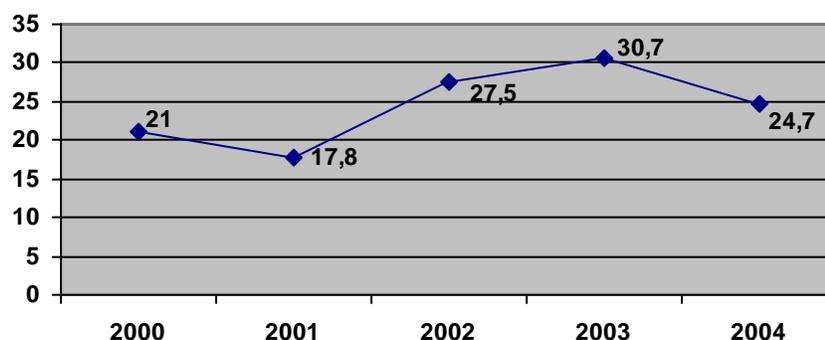


Gráfico 2-Evolução dos coeficientes de detecção dos casos de hanseníase em Itapecuru-Mirim/MA(2000 a 2004).

Os maiores índices de prevalência de hanseníase em Itapecuru-mirim e Maranhão foram registrados no ano de 2002, com coeficientes de 42,5 e 19,6, respectivamente, ambos considerados muito alto, contrastando com o coeficiente nacional apresentado no mesmo ano que foi de 4,3/10.000 habitantes, classificado como médio pelo CENEPI (BRASIL, 2003).

Ainda que o país registre um importante decréscimo nas taxas de prevalência, os níveis de magnitude da doença, segundo as regiões geográficas, demonstram a necessidade de se dar continuidade à execução de atividades que impactem a transmissão da doença, de modo a atingir taxas inferiores a 1 caso/10.000 habitantes.

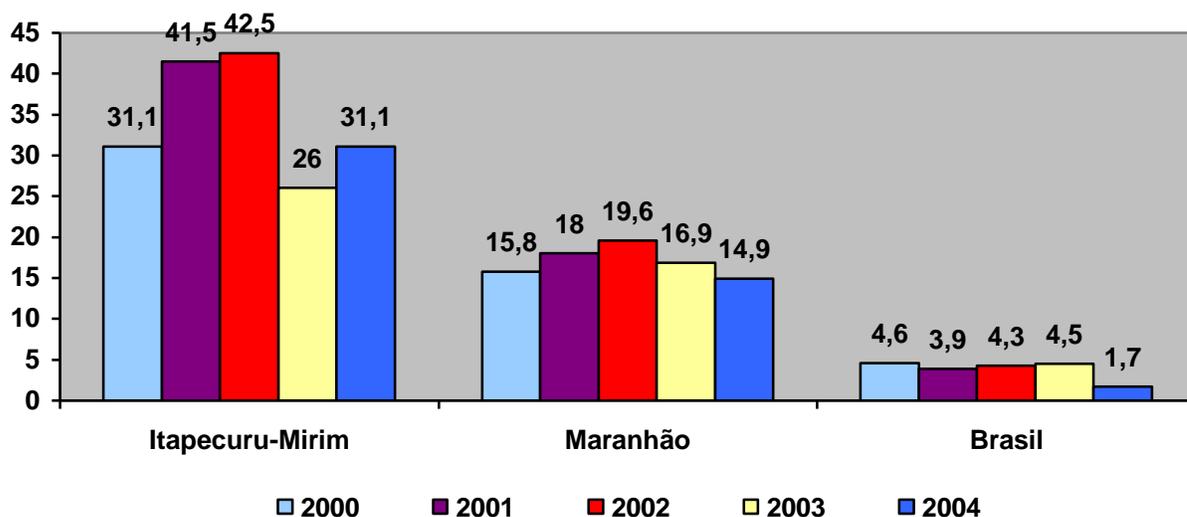


Gráfico 2 – Evolução dos coeficientes de prevalência da hanseníase em Itapecuru-Mirim, Maranhão e Brasil, (2000 a 2004).

Avaliando a série histórica exposta no gráfico abaixo, observamos uma tendência crescente a cada ano, com manutenção de altas taxas de detecção e prevalência da doença nos últimos quatro anos, reafirmando a situação hiperendêmica do município. Sendo que nos anos de 2002 e 2003 apresentou as maiores taxas de prevalência e detecção, respectivamente.

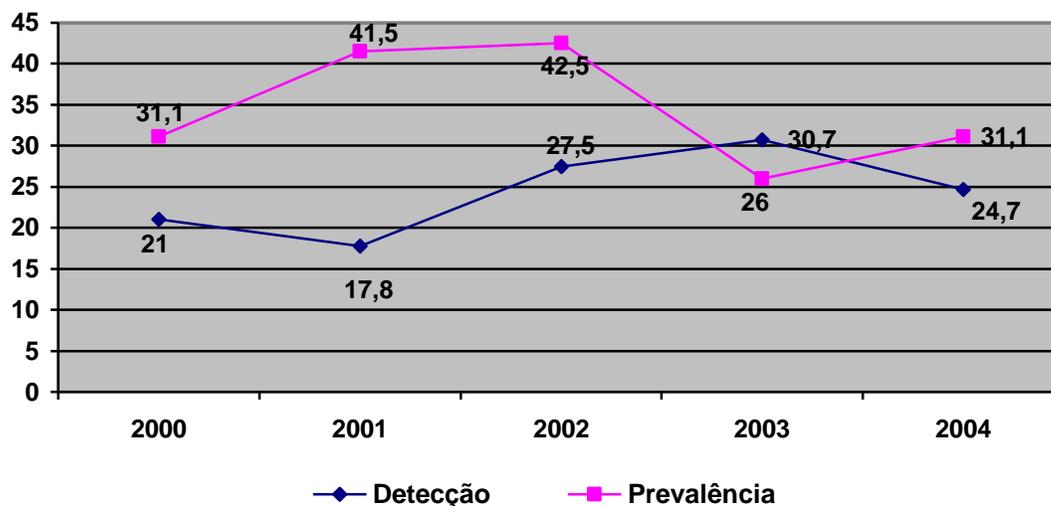


Gráfico 3 - Evolução dos coeficientes de detecção e prevalência de hanseníase em Itapecuru-Mirim/MA – (2000 a 2004).

A análise de tendência da detecção da hanseníase por faixa etária revelou crescimento significativo na faixa maior de 15 anos, os dados revelam a necessidade de focalizar e agilizar o diagnóstico de hanseníase em menores de 15 anos que podem ser os contactantes de casos ainda não-assistidos e não identificados pelo sistema de saúde, determinado a magnitude da endemia (MS, 1994).

Tabela 3 - Distribuição dos 566 casos de hanseníase, segundo faixa etária. Itapecuru-Mirim/MA (2000 a 2004)

ANO	FAIXA ETÁRIA					
	0 a 14 anos		15 anos e +		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2000	15	16,8	75	15,7	90	16,0
2001	09	10,2	67	14,1	76	13,4
2002	21	23,5	97	20,3	118	20,8
2003	27	30,4	129	27,1	156	27,5
2004	17	19,1	109	22,8	126	22,3
TOTAL	89	100,0	477	100,0	566	100,0

As investigações realizadas revelam que a doença continua a incidir em maior proporção entre homens, embora nos últimos anos a diferença entre os sexos tenha diminuído, acometendo mulheres em plena capacidade de reprodução laboratorial. Detectamos no estudo uma média de 54% para o sexo masculino e 46% para o sexo feminino. Segundo os dados apontados nos estudos de Andrade (1990) e Glatt & Alvim (1995), nos últimos anos vem aumentando a incidência de mulheres portadoras de hanseníase. (Gráfico 5).

Lombardi & Suarez (1997) atribuem número maior de casos masculino descrito devido a maior movimentação dos homens e ao exame clínico menos cuidadoso em mulheres. O aumento da detecção em mulheres nos últimos anos estudados fez desaparecerem as diferenças estatisticamente relevantes na detecção por sexo.

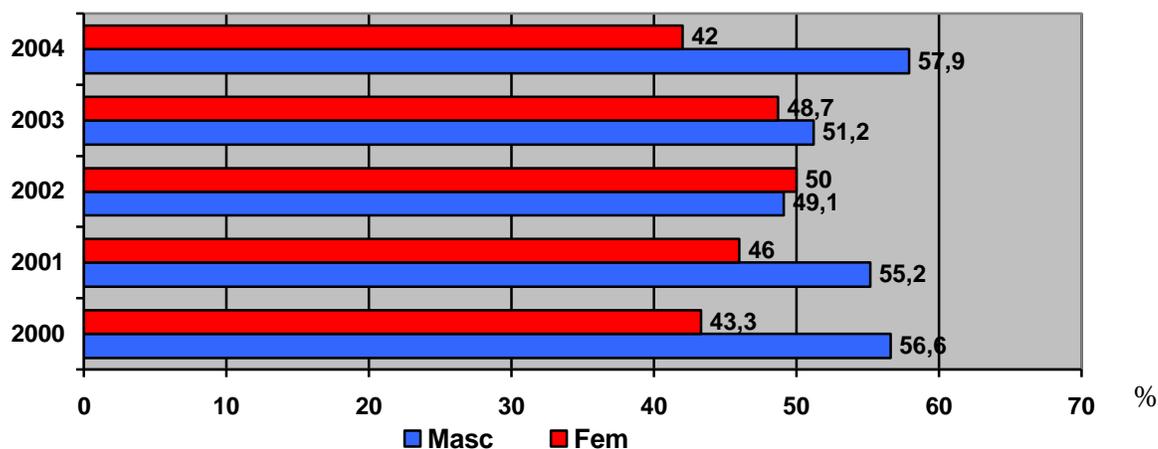


Gráfico 4 - Distribuição percentual dos 566 casos de hanseníase, segundo sexo. Itapecuru-Mirim/MA (2000 a 2004).

Quanto ao diagnóstico prevaleceu a forma clínica dimorfa, seguida da indeterminada e tuberculóide. Os dados revelam um diagnóstico tardio da doença e a fonte permanente de infecção favorecendo a disseminação do bacilo (Gráfico 6).

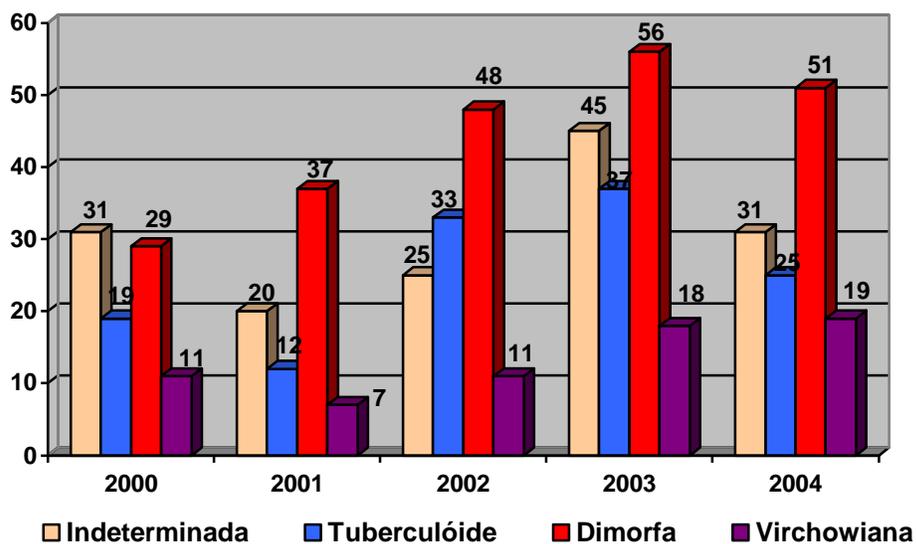


Gráfico 5 - Distribuição numérica dos 566 casos de hanseníase, segundo forma clínica. Itapecuru-Mirim/MA (2000 a 2004).

De acordo com a classificação operacional, definida pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2000), a forma multibacilar vem chamando a atenção com 50% dos casos. Cabe ressaltar que a presença de altos percentuais de multibacilares significa a permanência das fontes de infecção em contatos intradomiciliares (Gráfico 7).

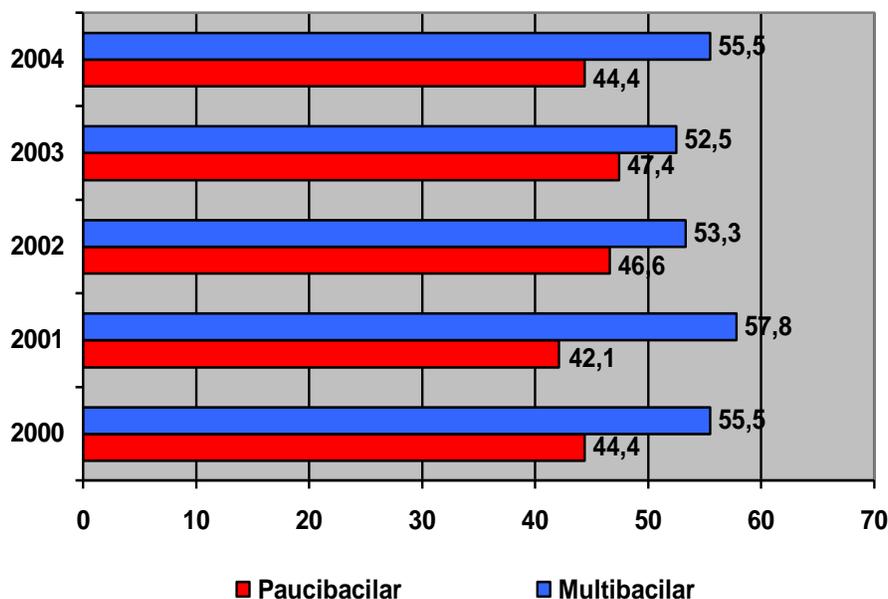


Gráfico 6 - Distribuição percentual dos 566 casos de hanseníase, segundo classificação operacional. Itapecuru-Mirim (2000 a 2004).

No que se refere ao grau de incapacidade, 70 % dos casos avaliados foram registrados como grau zero. Mediante esses resultados, denota-se a importância da avaliação no momento do diagnóstico considerando que o grau de incapacidade é um indicador epidemiológico de suma importância para medir a precocidade do diagnóstico de hanseníase e pode ser realizada por qualquer profissional treinado (Gráfico 8). De acordo com informações do CENEPI/FNS/MS (1998), a carga mínima conhecida de indivíduos com deformidade física no ato do diagnóstico da doença ou seqüelados vem diminuindo nos últimos 10 anos no Brasil.

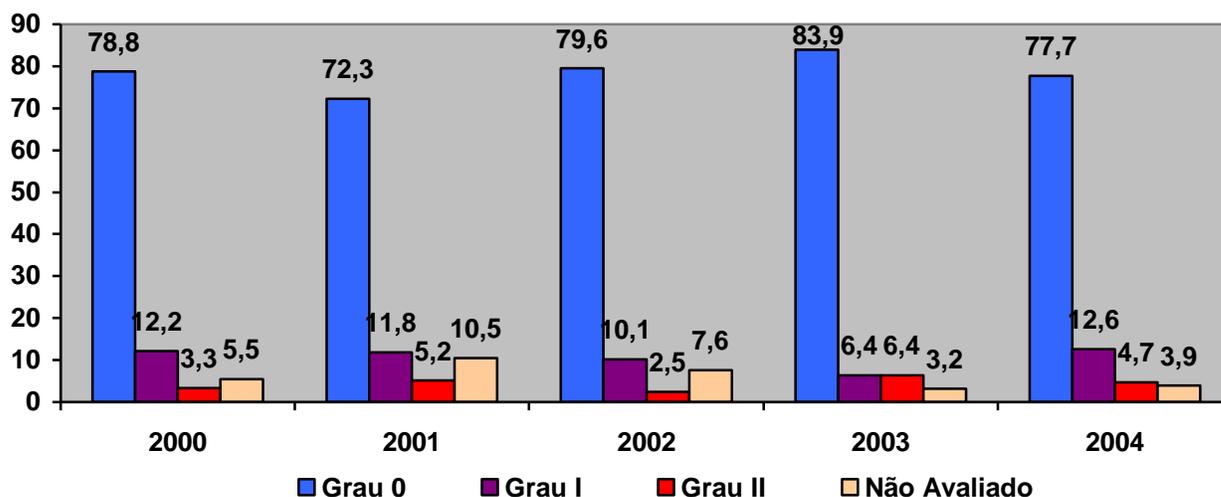


Gráfico 7 - Distribuição percentual dos 566 casos de hanseníase, segundo grau de incapacidade. Itapecuru-Mirim/MA – (2000 a 2004).

Com relação ao percentual de cura da hanseníase no município, observa-se uma discreta queda em 2002, seguida de aumento em 2004 com percentual de 93,3% de cura. A taxa de cura ao longo da serie histórica alcançou a meta preconizada pelo MS, ou seja, acima de 80%.

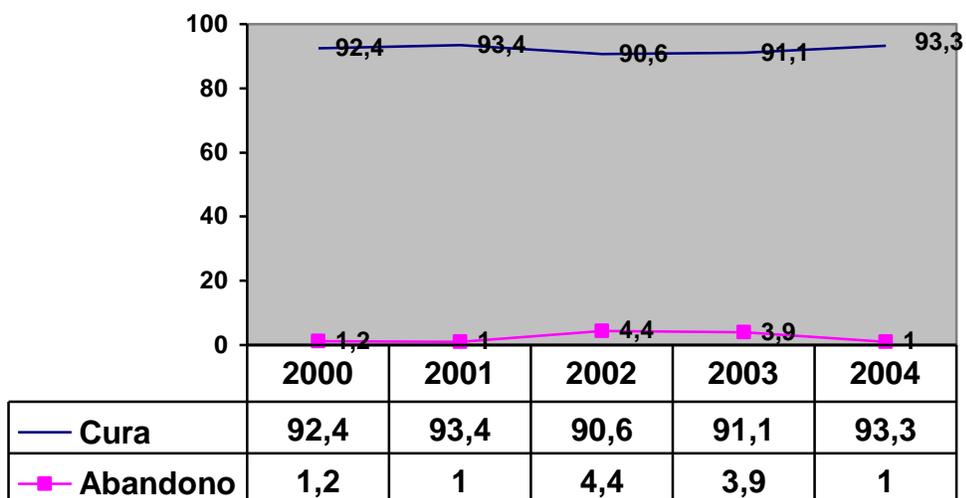


Gráfico 8 - Comparação do percentual de cura e abandono de tratamento nas coortes de casos novos de hanseníase. Itapecuru-Mirim/MA – (2000 a 2004).

7. CONCLUSÃO

Com base nos resultados obtidos neste estudo, pode-se concluir que:

- a) A prevalência de hanseníase quanto ao sexo segue a tendência estadual, com predomínio no sexo masculino;
- b) A detecção de hanseníase é maior na faixa etária maior de 15 anos;
- c) Na classificação operacional a de maior prevalência foi a forma multibacilar dimorfa;
- d) Na avaliação quanto ao grau de incapacidade no diagnóstico, observou-se que a grande maioria dos pacientes apresentaram grau de incapacidade zero;
- e) O coeficiente de prevalência e incidência do município tem sido maior do que o estadual;
- f) A taxa de cura tem alcançado percentual maior que a meta preconizada pelo MS.

Considerando que a hanseníase constitui um grave problema de saúde pública faz-se necessário intensificar as ações de busca ativa de casos; capacitação dos profissionais com vista à avaliação do grau de incapacidade na cura e educação continuada com objetivo de diminuir a prevalência no referido município.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, V.L.G.,1990. **Características da Hanseníase em Área Urbana:** Município de São Gonçalo, Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado,Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

ARAÚJO, M.G. et. Hanseníase. In: Machado Pinto, J. **Doenças infecciosas com manifestações dermatológicas.** Rio de Janeiro: Medsi, 194. p. 247-263.

ARAÚJO, M.G. Hanseníase no Brasil,**Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**,v.36,n.3,p.373-382,maio/jun.2003.Disponível em <http://www.scielo.br>>.

BRASIL, M. T. L. R. F.,2000.A **diminuição dos índices de detecção e a prevalência oculta.**In:Congresso Brasileiro de Dermatologia,Anais,pp.75-76,Salvador:Sociedade Brasileira de Dermatologia.

_____._____.Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária. **Guia de controle de Hanseníase.** 2. ed. Brasília, 1994. 156p.

_____._____. **Guia Brasileiro de Vigilância epidemiológica.** 4. ed. Brasília: CENEPI/FNS, 1998: 1-12.

_____._____. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária. **Avaliação epidemiológica e operacional do programa de controle e eliminação da Hanseníase,** 2003.

_____._____. **Ações de informação, educação e comunicação:** perspectiva para uma avaliação. Brasília, 2003.

_____._____. **Guia para o controle da Hanseníase –** Brasília, 2003.

_____._____.**Manual de Prevenção de Incapacidades.** Brasília, 2001.

_____._____.Departamento de Imprensa Nacional/**Diário Oficial da União**/Ministério da Saúde Nº 1073/GM de 28 de setembro de 2000

FIGUEIRA, N A et. al. Hanseníase In: MARTINS, S.; FIGUEIROA, F. ALMEIDA, R.; TEIXEIRA, S. **Condutas em Clínica Médica.** 2 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2001. p. 143-147.

GLATT,R.& ALVIN,M F.S.,1995.Situação da hanseníase no Brasil e diretrizes do plano nacional de eliminação.II Censo Internacional de Leprologia.San Jose,Costa Rica.(mimeo.)

JOPLING, W.H. et al. **Manual de Hanseníase.** 4 ed. São Paulo: Atheneu, 1991.

LOMBARDI, C.; SUÁREZ, R.E.G. **Epidemiologia da hanseníase.** In: TALHARI, S.; NEVES, R.G. Hanseníase. 3. ed. Manaus: Gráfica Tropical, cap. 12, 1997.

MINISTERIO DA SAUDE. **Hanseníase**: atividades de controle e manual de procedimentos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.177 p.

OLIVEIRA, M.L.W. et al. **Hanseníase**: cuidados para evitar complicações. 2. ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1998.

OPROMOLLA, D.V.^a et al. **Congresso do colégio de hanseologia dos países endêmicos**, Brasil (Foz do Iguaçu), 1997.

OPROMOLLA, D.V.A. **Terapêutica da Hanseníase**, Ribeirão Preto, v. 30, p. 345-350, jul./set., 1997.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Plano de ação para o controle da hanseníase na cidade do Recife**. Recife, 1997.

SOUZA, C.S. **Hanseníase**: formas clínicas e diagnósticos diferenciais. Medicina, Ribeirão Preto, 1997; (3): 325-34.

TALHARI, S; NEVES, R.G. **Dermatologia Tropical**: Hanseníase, 3 ed. São Paulo, 1997.

WHITAKER, D., 1995. **Mulher & Homem**: O Mito da Desigualdade. São Paulo: Moderna

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION).Study Group. Chemotherapy of Leprosy for Control Programmes.Geneva: WHO,2002.(Techical Report Series, 675.)

APÊNDICE

ANEXOS

Caso de Hanseníase: pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer polioquimioterapia:
- 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/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação					
	HANSENÍASE		A 3 0 . 9							
Dados de Residência	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)					
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7	Data do Diagnóstico				
	8	Nome do Paciente			9	Data de Nascimento				
Notificação Individual	10	(ou) Idade	11	Sexo	12	Gestante	13	Raça/Cor		
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado	1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado					
	14									
	15									
Dados de Residência	14		Escolaridade							
	0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica									
	15			16						
	17		18		Código (IBGE)		19			
	20		21			Código				
	22		23			24				
	25		26			27				
28		29		30						
Dados Complementares do Caso										
Ocupação	31			32						
	33			34			35		36	
Dados Clínicos	33			34			35		36	
	37			38						
Atendimento	37			38						
	39			40						
Tratamento	39			40						
	41									
Med. Contr.	41									
	Observações:									
Investigador:	Município/Unidade de Saúde				Código da Unid. de Saúde					
	Nome			Função			Assinatura			
	Hanseníase			Sinan NET			SVS 15/01/2007			

DIAGNÓSTICO:

HANSENÍASE

FORMULÁRIO PARA CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADES FÍSICAS

Unidade Federada: _____

Município: _____

Nome: _____

Sexo: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Forma Clínica: _____

Nº da Ficha: _____

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 a Hanseníase			Nenhum problema com as mãos devido a Hanseníase			Nenhum problema com os pés devido a Hanseníase		
1	Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade		
2	Lagofalmo e/ou ectrópio			Lesões traumáticas			Úlceras tróficas e Lesões traumáticas		
	Triquiase								
	Opacidade corneana central			Garras			Garras dos artelhos		
				Reabsorção			Pé caído		
Acuidade visual menor que 0,1 ou não contar dedos a 6m			Mão caída			Reabsorção Contratura			

Maior Grau atribuido 0 1 2 NA

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

ALTA:

HANSENÍASE

FORMULÁRIO PARA CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADES FÍSICAS

Unidade Federada: _____

Município: _____

Nome: _____

Sexo: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Forma Clínica: _____

Nº da Ficha: _____

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 a Hanseníase			Nenhum problema com as mãos devido a Hanseníase			Nenhum problema com os pés devido a Hanseníase		
1	Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade		
2	Lagofalmo e/ou ectrópio			Lesões traumáticas			Úlceras tróficas e Lesões traumáticas		
	Triquiase								
	Opacidade corneana central			Garras			Garras dos artelhos		
				Reabsorção			Pé caído		
Acuidade visual menor que 0,1 ou não contar dedos a 6m			Mão caída			Reabsorção Contratura			

Maior Grau atribuido 0 1 2 NA

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Unidade _____

Município _____

Nome _____

Idade _____

FC _____

Reg. _____

Ocupação _____

FACE	1°	/	/	2°	/	/	3°	/	/
Nariz	D		E	D		E	D		E
Queixa principal									
Ressecamento (S/N)									
Ferida (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)									
Tríquise / Ectrópico (S/N)									
Dimin. Sensib. Córnea (S/N)									
Opacidade córnea (S/N)									
Catarata (S/N)									
Acuidade Visual									

Legenda: Acuidade Visual Anotar resultado de teste com Escala de Snellen ou contagem de dedos

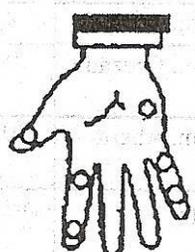
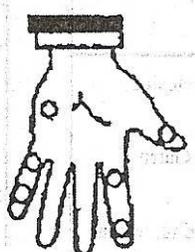
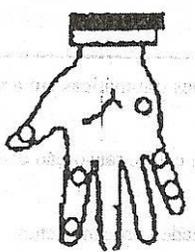
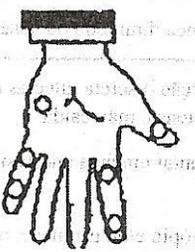
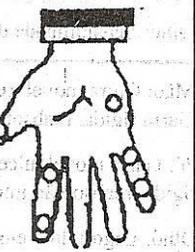
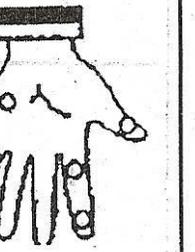
MEMBROS SUPERIORES	1°	/	/	2°	/	/	3°	/	/
Queixa principal									
Palpação de nervos	D		E	D		E	D		E
Ulnar									
Mediano									
Radial									
Radial cutâneo									

Legenda: N = normal E = espessado D = dor C = choque

Avaliação da Força	1°	/	/	2°	/	/	3°	/	/
	D		E	D		E	D		E
Abriu 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

1°	/	/	2°	/	/	3°	/	/
D		E	D		E	D		E
								

Legenda: Monofilamentos: seguir cores Canela/filamento lilás (2g): Sente: ✓ Não sente: X

Garra móvel: M

Garra rígida: R

Reabsorção: 

Ferida: 

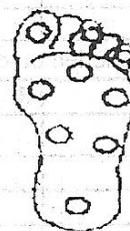
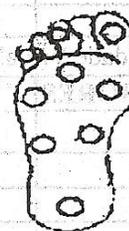
MEMBROS INFERIORES	1ª		2ª		3ª	
Queixa principal						
Palpação de nervos	D	E	D	E	D	E
Fibular						
Tibial posterior						

Legenda: N = normal E = espessado D = dor C = choque

Avaliação da Força	1ª		2ª		3ª	
	D	E	D	E	D	E
Elevar o hálux Extensão de hálux (nervo fibular) 						
Elevar o hé 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: Monofilamentos: seguir cores Canela/filamento lilás (2g): Sente: ✓ Não sente: X

Garra móvel: M Garra rígida: R Reabsorção: /// Ferida: ☞

CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE (OMS)

DATA DA AVALIAÇÃO	OLHOS		MÃOS		PÉS		MAIOR GRAU	ASSINATURA
	D	E	D	E	D	E		
1ª / /								
2ª / /								
3ª / /								

LEGENDA PARA PREENCHIMENTO DO GRAU DE INCAPACIDADES

GRAU	CARACTERÍSTICAS
0	Nenhuma alteração com olhos, mãos e pés devido à Hanseníase.
I	Não: Não sente 2g ou toque da caneta (anestesia/ponto vermelho ou preto) na palma da mão Pé: Não sente 2g ou toque da caneta (anestesia/ponto vermelho ou preto) na planta do pé. Olho: Sensibilidade da córnea diminuída ou ausente.
II	Mão: Garra móvel, reabsorção discreta, úlceras e lesões traumáticas em área anestésica, Garra rígida, reabsorção intensa, mão caída. Pé: Garra móvel, úlcera plantar em área anestésica, pé caído, reabsorção discreta, Garra rígida, reabsorção intensa. Olho: Lagofalmo e/ou ectrópio e/ou triquíase; opacidade corneana central, Acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6m X Cegueira (devido à Hanseníase)

MONOFILAMENTOS

COR	Gramas
Verde	0,05
Azul	0,2
Lilás	2,0
Verm. Fechado	4,0
Verm. Cruzado	10,0
Verm. Aberto	300,0
Preto	s/resposta

