

Identificação do grau de incapacidades em pacientes portadores de hanseníase através da avaliação neurológica simplificada

Identification of the degree of impairment in leprosy patients through a simplified neurological evaluation

Mariana Aparecida Finez¹, Selma Regina Axcar Salotti¹

¹Curso de Enfermagem da Universidade Paulista, Bauru-SP, Brasil.

Resumo

Objetivo – A hanseníase é a doença infecto-contagiosa crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*. Caracteriza-se pelo acometimento dermatoneurológico e apesar de curável, representa um grave problema para a saúde pública. Sua morbidade associa-se aos estados reacionais e ao acometimento neural, gerando incapacidades físicas permanentes que comprometem a qualidade de vida dos pacientes, como autoestigmatização e isolamento social. O objetivo deste estudo foi identificar o grau de incapacidades nos pacientes portadores de hanseníase que receberam alta medicamentosa, através da avaliação neurológica simplificada, utilizando a ficha de avaliação simplificada preconizada pelo Ministério da Saúde. **Método** – Estudo descritivo exploratório, com abordagem quantitativa. Os pacientes portadores de hanseníase e com alta medicamentosa, residentes no setor social do ILSL, foram estudados e classificados de acordo com as formas: virchowiana, tuberculóide e dimorfa. A coleta de dados foi realizada no ambulatório de oftalmologia e na área social (residência dos pacientes). Os dados foram analisados através da análise descritiva e utilização de gráficos e porcentagem. **Resultados** – O grau de incapacidade predominante encontrado foi o grau II com presença de várias incapacidades, tais como: calosidades em maior proporção, seguido de amputações e feridas. Esses resultados indicam predominância de deformidades graves, que podem ser indicativo de diagnóstico tardio. **Conclusão** – Destaca-se a importância do processo de identificação do grau de incapacidades no início do tratamento e pós-alta medicamentosa, associada à avaliação contínua dos mesmos, a fim de prevenir, por meio do autocuidado, as incapacidades físicas consequentes do agravo.

Descritores: Hanseníase; Autocuidado; Avaliação da deficiência

Abstract

Objective – Leprosy is a chronic contagious infectious disease caused by *Mycobacterium leprae*. It is characterized by dermatological and neurological involvement and, although curable, it represents a serious public health problem. Its morbidity is associated with the reactions and neural damage, causing permanent disabilities that impair the quality of life, as self stigmatization and social isolation. The aim of this study was to identify the degree of disability in leprosy patients who were discharged from medication through simplified neurological evaluation using the evaluation form recommended by the Ministry of Health. **Method** – Exploratory descriptive study and quantitative approach. The leprosy patients were studied and classified as lepromatous, tuberculoid and borderline patients, discharged from medication residing in the social sector of ILSL; data collection was performed in the ophthalmology department and social area (home patients). The data were analyzed using descriptive analysis including the employment of graphs and percentages. **Results** – The highest degree of disability prevalent was grade II under the presence of various disabilities such as calluses in greater proportion, followed by amputations and wounds. These results indicate a predominance of serious deformities, which may be indicative of delayed diagnosis. **Conclusion** – This study highlights the importance of the identification process of the degree of disability in leprosy patients, at baseline and post-discharge medication, associated with a continuous evaluation of the patients to prevent physical disabilities resulting from injury, through self-care.

Descriptors: Leprosy; Self-care; Disability evaluation

Introdução

O controle da hanseníase está baseado na captação precoce de casos, tratamento e cura, prevenção, reabilitação das incapacidades e vigilância dos contatos, visando à eliminar fontes de infecção e tratar as sequelas¹⁻³.

Representa um grave problema de saúde pública, apesar de todo o empenho em sua eliminação; é uma doença com agravantes inerentes às doenças de origem socioeconômica e cultural, é também marcada pela repercussão psicológica gerada pelas deformidades e incapacidades físicas decorrentes do adoecimento, causa de estigmas e isolamento social⁴. Assim, concomitante ao tratamento poliquimioterápico, faz-se necessário ressaltar a importância das técnicas de prevenção, controle, tratamento das incapacidades e das deformidades como atenção integral à pessoa com hanseníase^{4,5}.

A hanseníase é uma doença granulomatosa, infecto-contagiosa causada pelo *Mycobacterium leprae*, um bacilo intracelular obrigatório com predileção pelas células da pele e dos nervos periféricos que confere características clínicas peculiares a esta moléstia: o acometimento dermatoneurológico, que pode levar às deformidades osteoarticulares e outras sequelas⁶⁻⁷. O alto potencial inca-

pacitante da hanseníase está diretamente relacionado ao poder imunogênico do *Mycobacterium leprae*.

Os nervos mais acometidos são: nervo trigêmeo (V par craniano), nervo facial (VII par craniano), nervo ulnar, nervo mediano, nervo radial, nervo fibular comum e nervo tibial^{4,8}.

As formas clínicas da hanseníase são: Hanseníase Indeterminada apresenta-se por máculas hipocrômicas ou áreas circulares de pele aparentemente normal, com distúrbios de sensibilidade, não há comprometimento de troncos nervosos; na Hanseníase Tuberculóide o grau de resistência ao bacilo é grande, descrevem-se lesões por máculas ou placas em pequeno número, forma e tamanhos bem delimitados e de tom castanho, podendo ser cheias ou apresentando um bordo mais ou menos elevado, o centro plano e hipocrômicas. As formas clínicas Tuberculóides e Indeterminadas são classificadas como Paucibacilares⁶.

Hanseníase Dimorfa, clinicamente pode se aproximar do pólo Virchowiana ou Tuberculóide, podendo haver predominância ora de um ora de outro tipo; apresentam aspectos particulares que são as lesões “esburacadas”, com bordos limitando-se com porção central de maneira nítida e com a parte externa de maneira imprecisa, a cor

das lesões assume um tom ferruginoso característico e há comprometimento dos nervos periféricos, podendo provocar incapacidades graves; Hanseníase Virchoviana o organismo não oferece resistência à multiplicação bacilar. Na pele, as lesões são polimorfas, numerosas, em geral de limites imprecisos; há comprometimento também das mucosas, nervos, articulações, ossos e órgãos como fígado, baço, gânglios, testículos e olhos. As formas clínicas Virchowiana e Dimorfa são classificadas como Multibacilares⁶.

A neuropatia da hanseníase é clinicamente uma neuropatia mista, a qual compromete fibras nervosas sensitivas, motoras e autonômicas; há diminuição das secreções que auxiliam a flexibilidade e a textura da pele, tornando-a seca e com fissuras, caso não seja tratada^{4,8}.

As alterações podem ser acompanhadas de dor intensa, insensibilidade do nervo, edema, déficit motor e sensitivo ou pode se desenvolver sem dor que são as chamadas neurites silenciosas, não possuem os achados de dor ou hipersensibilidade do nervo, as alterações de sensibilidade e/ou de força motora são identificadas por meio de exame de sensibilidade e força motora, o que torna importante avaliações periódicas, mesmo na ausência de queixas⁴.

A Organização Mundial da Saúde preconiza que todos os casos devem ser avaliados no início do tratamento e no momento da alta^{4,5}. Há uma necessidade de sensibilizar e capacitar os profissionais da saúde para intervir no processo de atenção à pessoa atingida pela hanseníase, havendo, o propósito de prevenir incapacidades físicas e promover o autocuidado⁹.

As ações de prevenção das incapacidades dependem da qualificação dos profissionais de saúde para determinar o diagnóstico e orientar o tratamento.

A hanseníase, quando não diagnosticada e tratada precocemente poderá evoluir para incapacidades e deformidades físicas, limitando o paciente na capacidade para o trabalho, vida social (estigma) e problemas psicológicos^{4,9}.

O grau de incapacidade é determinado a partir da avaliação neurológica dos olhos, mãos/pés e o seu resultado expressa em valores que variam de 0 (zero) a II (dois), onde: 0 – não há presença de comprometimento neural; I – diminuição ou da perda da sensibilidade; II – presença de incapacidades e deformidades^{6,4}.

O objetivo deste estudo foi avaliar o grau de incapacidades dos pacientes portadores de hanseníase com alta medicamentosa, através do instrumento de avaliação neurológica simplificada.

Método

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, com abordagem quantitativa, objetivando identificar o grau de incapacidades nos pacientes portadores de hanseníase com alta medicamentosa, através do protocolo da avaliação neurológica simplificada preconizado pelo Ministério da Saúde (MS). A coleta dos dados foi realizada no

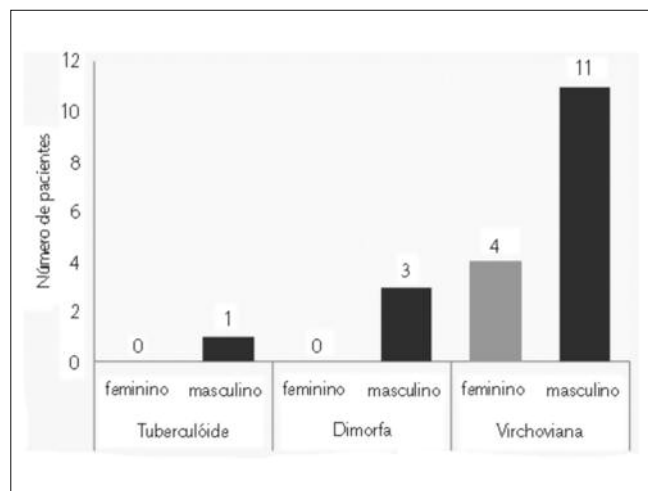


Gráfico 1. Distribuição dos pacientes portadores de hanseníase conforme a forma clínica e sexo. Bauru – São Paulo, 2010.

período de 21 de outubro a 02 de novembro de 2010.

A pesquisa foi realizada após a aprovação da Comissão Científica do ILSL, através do protocolo n° 203/10 e Comitê de Ética em Pesquisa do ILSL, através do protocolo n° 026/2010. Os participantes do estudo foram informados com detalhes, sobre o método e técnicas pelas quais iriam ser submetidos, bem como a finalidade do mesmo; participaram da pesquisa após terem concordado e assinado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

A aplicação do instrumento foi realizada no ambulatório de oftalmologia do Instituto Lauro Souza Lima (ILSL), Bauru-São Paulo, por agendamento feito pelo pesquisador e alguns estudos foram realizados na área social do ILSL (residência dos pacientes), por dificuldades concernentes à deambulação e também pela própria patologia.

População do estudo: pacientes moradores do ILSL, classificados de acordo com as formas: Virchoviana, Tuberculóide ou Dimorfa, de alta medicamentosa. Participaram da pesquisa 19 pessoas dessa amostra, 15 eram do sexo masculino, com idade entre 47 e 93 anos e 4 do sexo feminino, idade entre 43 e 87 anos.

O instrumento utilizado foi a Ficha de Avaliação Neurológica Simplificada, preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), extraído do Manual de Prevenção de Incapacidades⁴ (2008) (Quadro 1), adaptado por Marciano e Nardi em junho de 2006, baseado no Manual de Prevenção de Incapacidades de 2001. Esta avaliação classifica o grau de incapacidades em portadores de hanseníase segundo a definição do MS.

Resultados e Discussão

A amostra final foi constituída de 19 pacientes moradores na área social do ILSL, sendo 15 homens e 4 mulheres. Observou-se que houve predominância na amostragem do sexo masculino, 79%, enquanto que do sexo feminino foi 21%; a amostra foi aleatória, não havendo discriminação pelo sexo. A média de idade foi de 66 anos, com desvio padrão de 14,3 anos, amplitude de 43 a 93 anos.

A forma clínica de maior prevalência foi a forma Virchoviana (15 pacientes; 79%), seguida da Dimorfa (3 pacientes; 16%) e Tuberculóide (1 paciente; 5%); não participaram da amostra pacientes classificados na forma Indeterminada (Gráfico 1).

No presente estudo, as variáveis que estão relacionadas à presença de incapacidades foram: a predominância das formas Multibacilares (Virchoviana e Dimorfa) e o tempo do diagnóstico da doença acima de 10 anos.

Dos 19 pacientes avaliados, as complicações nasais apresentadas foram: em 3 pacientes (16%) ressecamento e perfuração de septo na mesma proporção, em ambos os lados direito e esquerdo; Esta pesquisa mostra que os pacientes possuem perfuração de septo sem a presença de ferida no momento da avaliação. Segundo o Ministério da Saúde⁴ (2008) para haver perfuração de septo, é neces-

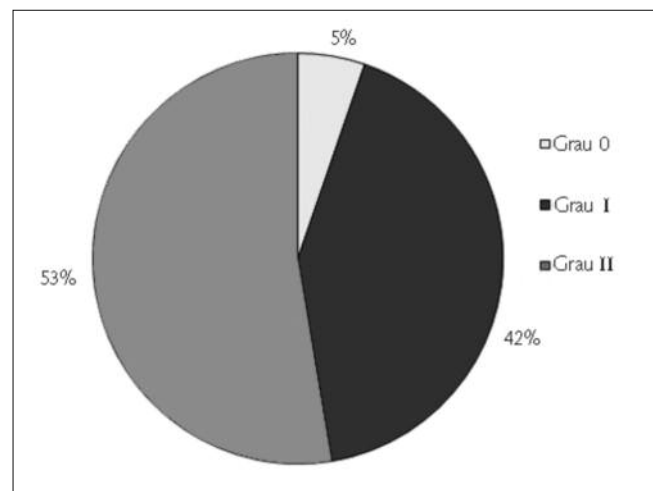


Gráfico 2. Classificação do maior grau de incapacidade encontrado nos pacientes portadores de hanseníase nos olhos, mãos e pés de acordo com o MS. Bauru – São Paulo, 2010

sário primeiramente, ter ferimentos causados por traumatismos, originando um processo ulcerativo que pode atingir a cartilagem septal causando a perfuração e necrose⁴.

As complicações oculares encontradas em ambos os lados foram: lagoftalmo em 2 pacientes (10,5%), triquiase 4 pacientes (20%) e opacidade corneana 3 pacientes (16%); os pacientes apresentaram diminuição da sensibilidade da córnea. Dos pacientes avaliados, 7 (37%) no olho direito e no olho esquerdo 10 pacientes (53%). A mé-

dia de diminuição da sensibilidade da córnea foi observada em aproximadamente 45% dos pacientes. A porcentagem é bastante significativa uma vez que a visão é muitas vezes o único mecanismo de defesa do paciente¹⁰.

Acometimentos dos nervos periféricos nos membros superiores: o nervo mais acometido foi o ulnar (32%), seguido pelo radial (13%). Em relação ao nervo mediano não houve espessamento, nem dor referida pelos pacientes entrevistados em ambos os lados.

Quadro 1. Instrumento de avaliação neurológica simplificada, preconizado pelo Ministério da Saúde. Extraído do Manual de Prevenção de Incapacidades⁴ (2008)




Avaliação simplificada das funções neurais e complicações

Nome _____ Data nasc. ____/____/____
 Nº Prontuário _____ Data diag: ____/____/____ Data alta: ____/____/____ Ocupação _____
 Unidade _____ Município _____ EST _____
 Forma Clínica: PB () MB () --I () T () D () V () Tto: PQT () ROM () Outros: _____

Face	1ª / /		2ª / /		3ª / /	
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)						
Triquiase(S/N) / Ectrópio(S/N)						
Dimin. sensib. 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
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 liás(2g): Sente ✓ Não sente X ou Monofilamentos: seguir cores



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

(*) Ficha extraída do Manual de Prevenção de Incapacidades, MS, 2001 e adaptada por Marciano, LHSC e NARDI, SMT em julho de 2006

Continua







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

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 (OMS)

DATA DA AVALIAÇÃO	OLHOS		MÃOS		PÉS		MAIOR GRAU	EHF	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.
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
Verm. Fechado	4,0
Verm. Cruzado	10,0
Verm. Aberto	300,0
Preto	s/resposta

(*) Ficha extraída do Ministério da Saúde (BR). Manual de Prevenção de Incapacidades, 2001 e adaptada por Marciano, LHSC e NARDI, SMT em julho de 2006

Acometimentos dos nervos periféricos nos membros inferiores: nervo mais acometido em membros inferiores foi o fibular (15%) com presença de espessamento e dor, seguido pelo tibial posterior (3%) com presença de dor. Estes resultados corroboram, parcialmente com os de outros autores¹¹⁻¹² que verificaram maior incidência de acometimento dos nervos ulnar e tibial posterior.

Classificação do grau de incapacidade encontrado neste estudo foi: nos olhos: grau 0 (50%), grau I (29%) e grau II (21%). Segundo Quaggio¹³ (2005), em seu estudo, o grau de incapacidade predominante nos olhos foi o grau II;

Nas mãos: grau 0 (45%), grau I (26,0%) e grau II (29%). Segundo Quaggio¹³ (2005), em seu estudo o grau predominante nas mãos foi II.

Nos pés: grau 0 (13%), grau I (55%) e grau II (32%). Observou-se relevantes sequelas nos membros inferiores com incidência de maior grau de incapacidades, nos pés, quando comparados aos olhos e mãos. Estes dados foram evidenciados por outros autores^{9,14} que, em seus estudos observaram maiores graus de incapacidades nos pés entre outros acometimentos como fissuras, garras, ressecamento.

Na inspeção e avaliação dos membros superiores e inferiores encontrou-se maiores complicações como a presença de calosidades em 10 pacientes (53%), seguidos de amputações em 6 pacientes (32%) e presença de feridas na mesma proporção. Helene *et al.*¹² (2001), em seus trabalhos destacaram a presença de calosidades e fissuras em 50% da sua amostra.

A classificação do maior grau de incapacidade é atribuída para cada olho, mão e pé. O maior valor atribuído desses seis graus, representa o “maior grau de incapacidades” do indivíduo e é usado como indicador de severidade da incapacidade^{4,15} (Gráfico 2).

Observa-se que o grau II teve predominância com aproximadamente 53% dos pacientes, seguido do grau I com 42% dos pacientes e grau 0 com apenas 5% dos mesmos. Portanto, conclui-se que o nível de acometimento é de um grau de intensidade maior, considerado expressivo.

A prevalência da incapacidade de grau II (53%) nos pacientes com alta medicamentosa encontrada no presente estudo é considerada alta ($\geq 10\%$), segundo os indicadores epidemiológicos propostos pelo Ministério da Saúde¹⁵ (2009). Este resultado está próximo dos achados de Deepak¹⁶ (2003) e Helene *et al.*¹² (2001) que encontraram alta prevalência de incapacidade grau II em levantamentos internacionais, podendo variar de 17 a 50% após a alta. Pereira *et al.*⁶ (2008) evidenciaram também um alto grau de incapacidade em seu trabalho onde 91,6% dos participantes foram classificados como grau II.

A ausência de um diagnóstico precoce determinara muitas vezes, as deficiências e incapacidades físicas, como demonstrado em outros estudos^{4,15}, com o decorrer dos anos ocorre esse agravamento devido à inexpressividade das políticas públicas de saúde. Pesquisas evidenciaram também que há maior prevalência de incapacidades entre os pacientes das formas Multibacilares de hanseníase em comparação às Paucibacilares^{4,11}.

Conclusão

A hanseníase representa um grave problema de saúde pública. Sua morbidade associa-se ao acometimento neural, gerando incapacidades físicas permanentes que comprometem a qualidade de vida dos pacientes. Observa-se que o grau II teve predominância com aproximadamente 53% dos pacientes, seguido do grau I com 42% dos pacientes e grau 0 com apenas 5% dos mesmos. Portanto, conclui-se que o nível de acometimento é de um grau de intensidade maior, sendo considerado expressivo.

Esses resultados indicaram predominância de acometimentos graves podendo ser devido ao diagnóstico tardio, o predomínio foi das formas multibacilares e a média de diagnóstico da doença de 34 anos. Destaca-se a importância da identificação do grau de incapacidades nos pacientes portadores de hanseníase, pós-alta medicamentosa, associada à avaliação contínua dos mesmos para prevenir por meio do autocuidado as incapacidades físicas consequentes do agravamento. O maior grau de incapacidades físicas encontrado na maioria dos pacientes faz com que os especialistas reensem as ações interventivas emergenciais como: diagnóstico precoce da doença; avaliação e prevenção sistematizada dos comprometimentos; orientação ao autocuidado para o sucesso do tratamento. Com isso têm-se também a melhora da qualidade de vida, além do custo/benefício significativo para o paciente, a instituição e a sociedade como um todo.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Controle de hanseníase. [acesso 11 maio 2010]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalleNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=10441.
2. Grossi MAF. O controle da hanseníase no Brasil exige consolidação do processo de construção de redes integradas de atenção à saúde. *Cad Saúde Coletiva*. 2009;17(1):7-11.
3. Oliveira MLW. Desafios para a efetividade das ações de controle da hanseníase. *Cad Saúde Coletiva*. 2008;16(2):141-6.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde. Manual de prevenção de incapacidades. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
5. Nardi SMT, Paschoal VD, Zanetta DMT. Frequência de avaliações e seu impacto na prevenção das incapacidades físicas durante o tratamento dos pacientes com hanseníase. *Hansen Int*. 2005; 30(2):157-66.
6. Pereira SVM, Bachion MM, Souza AGC, Vieira SMS. Avaliação da hanseníase: relato de experiência de acadêmicos de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61(esp):774-80.
7. Pimentel MIF, Nery JAC, Borges E, Gonçalves RR, Sarno EN. 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. *An Bras Dermatol*. 2003;78(5):561-8.
8. Opromolla DVA, Baccarelli R. Prevenção de incapacidades e reabilitação em hanseníase. Bauru: Instituto Lauro de Souza Lima; 2003.
9. Silva Sobrinho RA, Sobrinho RAS, Mathias TAF, Gomes EA, Lincoln PB. Avaliação do grau de incapacidade em hanseníase: uma estratégia para sensibilização e capacitação da equipe de enfermagem. [on line] *Rev Latinoam Enferm*. 2007;15(6). Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/rlae>.
10. Salotti SRA. Elaboração e validação do diagnóstico de enfermagem. Proteção ineficaz pelos anexos oculares [dissertação]. São Paulo: Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretária de Estado da Saúde de São Paulo; 2005.
11. Pimentel MIF, Nery JAC, Borges E, Rolo R, Sarno EN. Silent neuritis in multibacillary leprosy evaluated thought the development of disabilities before, during and after multidrug therapy. *An Bras Dermatol*. 2004; 79(2):169-79.
12. Helene LMF, Leão VM, Minakawa MM. Perfis epidemiológicos e a avaliação de incapacidades físicas de hansenianos de uma UBS de São Paulo. *Hansen Int*. 2001; 26(1):5-13.
13. Quaggio CMP. Hanseníase: qualidade de vida dos moradores da Área Social do Instituto Lauro de Souza Lima. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Programa de Pós-Graduação em Infecções e Saúde Pública da Coordenação de Controle das Doenças da Secretária do Estado da Saúde; 2005.
14. Vieira CSCA, Silva EM. Ações de prevenção de incapacidades em hanseníase no Ambulatório Regional de Taubaté nos anos 90'. *Hansen Int*. 2002;27(1):14-22.
15. Hanseníase. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica. 7ª ed. Brasília, DF; 2009. Caderno 7. p. 420-47.
16. Deepak S. Answering the rehabilitation needs of leprosy affected persons in integrated setting through primary health care services and community based rehabilitation. *Indian L Lepr*. 2003; 75:127-42.

Endereço para correspondência:

Mariana Aparecida Finez
Rua Orestes Gerin, 554
Barra Bonita-SP, CEP 17340-000
Brasil

E-mail: marianafinez@hotmail.com

Recebido em 19 de agosto de 2010
Aceito em 23 de novembro de 2010