

“PREVENÇÃO DE INCAPACIDADES NA HANSENÍASE”

* Lúcia Cristofolini*

ReBEn/04

CRISTOFOLINI, L. Prevenção de Incapacidade na Hanseníase, Rev. Bras. Enf.: RS, 35: 226-237, 1982.

I – INTRODUÇÃO : –

A hanseníase é uma doença conhecida desde a mais remota antiguidade e temida pelas deformidades e incapacidades que produz no plano físico, mental, e social.

Se a moléstia fosse só patologia cutânea mesmo que contagiosa, não teria a importância social que tem, pelo fato de ser também neurológica comprometendo nervos periféricos levando a deformidades da face, mãos e pés. São estas deformidades responsáveis pela manutenção dos tabus e preconceitos que até hoje envolvem esta doença.

A prevenção das incapacidades e deformidades exigem participação consciente de todos os profissionais da área da saúde de modo especial da enfermagem.

A incidência de incapacidades no paciente hanseniano é grande. Segundo a OMS, 30% destes pacientes apresentam algum grau de incapacidade. ARVELO (1976), em pesquisa feita junto a um grupo de pacientes na Venezuela encontrou 54,40% de incapacidades físicas. BELLU (1978), “considerando o número de hansenianos no Brasil em torno de 150.000, estima-se em 45.000 o número de pacientes com vários graus de incapacidades físicas na face, olhos, mãos e pés, tomando-se o percentual dos doentes em registro ativo.” Vale ainda lembrar que de acordo com a OMS mais de 70% dos casos de hanseníase não são conhecidos.

Estudiosos afirmam que 50% destas incapacidades são consequência da falta de cuidados preventivos e que portanto poderiam ser evitadas.

II – MEDIDAS DE PREVENÇÃO : –

A Política Nacional de Controle da Hanseníase atual, está contida na Portaria nº 165/76 do MS, e na Instrução da mesma e na Portaria Interministerial nº 03/78.

São objetivos do controle desta política –

1. Reduzir a morbidade;
2. Prevenir as incapacidades;
3. Preservar a unidade familiar,
4. Estimular a integração social.

* Enfermeira Mestre em Fundamentos de Enfermagem, Prof. Adjunto da Faculdade de Enfermagem Sagr. Coração – Bauru e Enfermeira no Hospital Lauro de Souza Lima – Bauru.

Para a obtenção destes objetivos são determinadas as seguintes ações de controle:

- a. Educação em Saúde
- b. Aplicação do BCG
- c. Descobrimto de doentes
- d. Tratamento dos doentes
- e. Prevenção e tratamento de incapacidades

O objetivo e ação que no momento nos interessa diretamente é a Prevenção de Incapacidades.

Através da Portaria Interministerial nº 03/78 é dito que a reabilitação do doente, será estruturada segundo os seguintes sub-níveis de complexidade crescente:

- A. Ação simples de prevenção e tratamento das incapacidades físicas, incorporadas à rotina de atendimento de doentes pelos Serviços Básicos de Saúde;
- B. Ação de média complexidade para tratamento de incapacidades físicas, além das descritas no "sub-nível a", executadas pelos Serviços de Saúde que disponham de recursos de fisioterapia,
- C. Ações complexas, além das descritas nos "sub-níveis a e b" realizadas indistintamente pelos centros gerais e especializados de reabilitação.

Medidas Simples de Prevenção: – compreendem técnicas que não necessitam de material ou pessoal especializado. São aplicáveis a nível ambulatorial e podem ser desenvolvidas pelos pacientes em seus próprios domicílios. Para surtirem efeito, deverão ser incorporados à vida diária do paciente.

Estas medidas tem por objetivo, impedir, deter ou diminuir as incapacidades.

São consideradas Medidas Simples de Prevenção:

1. Educação em Saúde
2. Hidratação e lubrificação da pele
3. Massagens
4. Exercícios ativos e passivos
5. Uso de férulas
6. Adaptação de instrumentos de trabalho e da vida diária
7. Modificação de calçados
8. Proteção dos olhos
9. Proteção do nariz

1. **EDUCAÇÃO EM SAÚDE** – A Instrução Ministerial, para a execução das Normas de Controle da Hanseníase, baixadas pela Portaria nº 165/76, determina que Educação em Saúde será dirigida às equipes de Saúde, aos doentes, aos líderes de comunidades e ao público em geral, visando a:

- a. incentivar a apresentação voluntária de doentes e contatos;
- b. eliminar falsos conceitos relativos à alta contagiosidade da doença a sua incurabilidade e a compulsoriedade da internação do doente.
- c. informar quanto à sintomatologia (principalmente a inicial), a importância do exame periódico dos contatos, à conveniência do tratamento precoce e à possibilidade de prevenção de incapacidades;
- d. estimular a assiduidade do doente, mediante uma atenção eficiente e cordial, tornando-lhe agradável a revisão médica e proporcionando-lhe uma atenção realmente individualizada,
- e. dar conhecimento dos locais de tratamento: unidades de saúde, serviços previdenciários, clínicas de escolas médicas, outras entidades e clínicas particulares.

Educação em Saúde é a mudança de atitude baseada na conscientização da sua realidade.

ARVELLO (1977) diz: "A Educação Sanitária concebida cientificamente, adquire um caráter fundamental e insubstituível nos programas de Prevenção de Incapacidades Físicas nos pacientes hansenianos. O paciente deverá adquirir conhecimentos suficientes sobre a sua enfermidade para que modifique suas atitudes e práticas em relação às incapacidades que pode vir a ter. Enquanto não atin-

gir este objetivo, a Educação Sanitária é insuficiente e todas as técnicas de tratamento serão pouco ou nada eficientes”.

Sempre é bom lembrar que a Educação em Saúde é mais eficiente quando feita em trabalho individual e familiar no próprio ambiente em que o indivíduo e a família vivem.

O Educador deve ir a residência do paciente e fazer a Educação em Saúde ajustada à realidade familiar.

Devem ser levantados os problemas sociais, econômicos e familiares que o paciente possa ter e ajudar na sua solução. É importante compreender o papel do paciente na família e o lugar que ocupa na provisão do sustento familiar. Descobrir os conceitos em relação à doença que o paciente e os familiares tem para poder afastar os tabus e conceitos falsos.

A Educação Sanitária em grupo é de grande utilidade. Grupos de pacientes e familiares podem ser formados para transmissão de informações, demonstrações e troca de experiências. Podem ser usados os meios de Comunicação Social, hoje disponível para atingir a comunidade. O bom sucesso da Educação em Saúde depende em parte das técnicas utilizadas e da adaptação às realidades locais e de supervisão freqüente.

Enquanto o paciente e os familiares não se conscientizarem da importância de determinados cuidados na prevenção de deformidades e não introduzirem na vida diária as técnicas de prevenção a Educação em Saúde não alcançou os seus objetivos.

2. HIDRATAÇÃO E MASSAGEM DA PELE – são técnicas simples e muito úteis que podem ser utilizadas pelo paciente no seu próprio ambiente e sem auxílio de profissionais e de material especial.

A hidratação da pele se consegue mergulhando o membro em água por 5 a 10 min.. Após isso deve ser aplicada uma substância oleosa como vaselina ou glicerina para impedir a evaporação da água. Este cuidado deve ser repetido ao menos duas vezes ao dia.



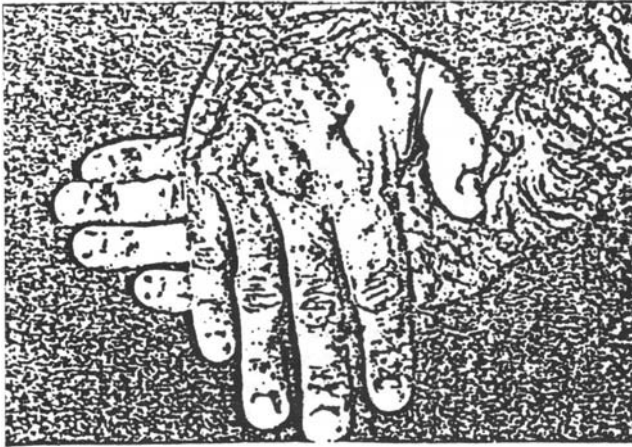
Hidratação das mãos

3. MASSAGENS – as massagens são de grande utilidade e devem ser indicadas sempre que o paciente apresentar risco de deterioração das mãos ou pés, por lesão neural ou reacional, ou apresentar pele seca e/ou hiperkeratósica ou então, retrações interfalângicas. Através da hidratação e massagens obtém-se melhora da circulação e das condições da pele tornando-a menos seca e mais maleável. Diminui a retração e melhora a mobilidade articular.

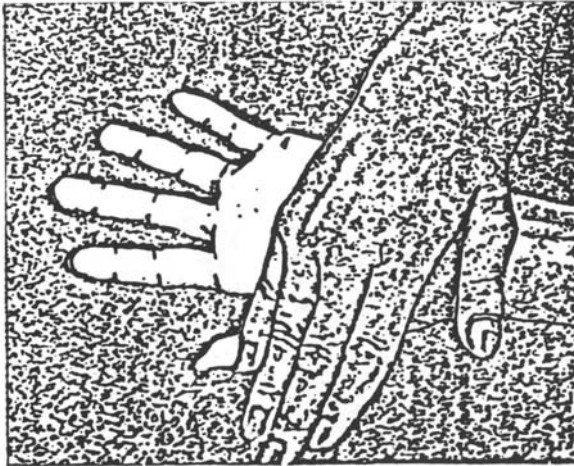
As massagens devem seguir os seguintes passos:

- lavar o membro com água e sabão;
- deixar mergulhado na água por 5 a 10 min.;
- enxugar o excesso de água;
- aplicar vaselina ou óleo e espalhar sobre a região a ser massageada;
- apoiar o membro em superfície plana firme e macia,
- deslizar a palma da mão sobre a região a ser massageada de maneira lenta, contínua exercendo leve pressão. Repetir o movimento 8 a 10 vezes. Fazer o mesmo na outra face do membro. As massagens devem ser feitas repetidas no mínimo duas vezes ao dia.

OBSERVAÇÃO: – quando o paciente apresentar retrações interfalângicas as massagens devem ser feitas com muito cuidado para não provocar formação de fissuras nos dedos. Caso isto ocorra, imobilizar o dedo na máxima extensão, até a cicatrização.



Massagens das mãos – face dorsal



Massagens das mãos – face palmar

4. EXERCÍCIOS – servem para melhorar a força muscular, manter o tônus, evitar deformidades, manter ou recuperar a mobilidade articular, evitar ou corrigir retrações interfalângicas. Há uma série de exercícios ativos e passivos que podem ser usados de acordo com o problema apresentado pelo paciente.

Os exercícios devem ser indicados com muito critério e só após um detalhado exame da situação de cada músculo lesado e aplicado o exercício apropriado.

Depois de feito o diagnóstico, explicar ao paciente o seu problema e o por que e a importância dos exercícios. Ensinar um ou dois exercícios cada vez e fazer repetir até ter a certeza da apren-

dizagem. A supervisão aos exercícios é muito importante. O paciente deve repeti-los ao menos duas vezes ao dia, pela manhã e à noite. Sempre devem ser precedidos de lubrificação e massagens.

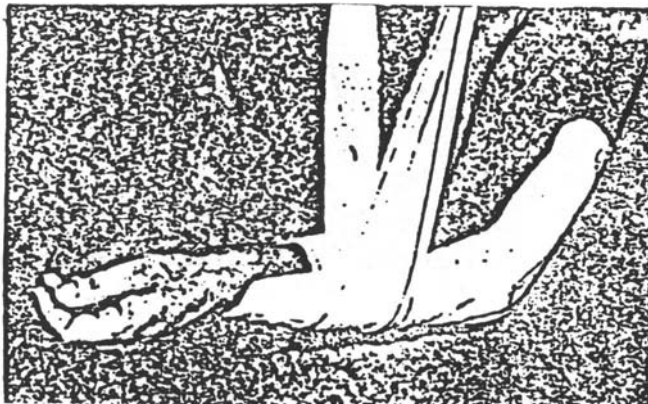
5. FÉRULAS – são dispositivos adaptados a um membro lesado para melhorar seu estado anormal.

Podem ser feitos de gesso, madeira, couro, metal ou improvisados de diversas maneiras.

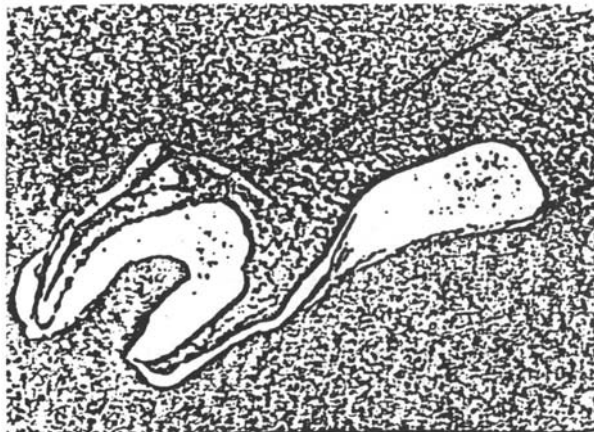
As principais férulas são:

1. Membros superiores
 - para neurite radial
 - para neurite cubital
 - para neurite cúbito - mediana
 - para “mão caída”
 - para mão reacional
 - para dedos retraídos (cilíndricas digitais)
2. Membros inferiores
 - para neurite CPE
 - para neurite do TP
 - para “pé caído” em repouso
 - para “pé caído” em atividade (férula de Harris)

Na colocação de uma férula é importante acomodar bem o membro em posição funcional, proteger as proeminências ósseas para evitar isquemias e escaras. Forrar com algodão e atadura tubular para evitar lesões e manter o membro aquecido. Fixar com ataduras.



Férula para neurite cubital

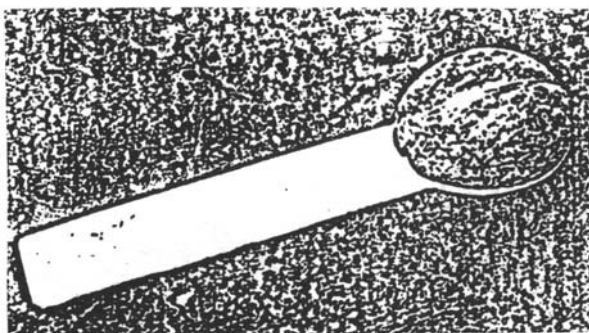


Férula para mão reacional



Férula de Harris para pé caído

O paciente deve ter consigo, em seu domicílio as férulas já prontas, e ser orientado a usá-las logo que apresentar dor nos nervos ou tiver reação na mão. Deve também aprender a improvisar férulas especialmente para mão reacional.

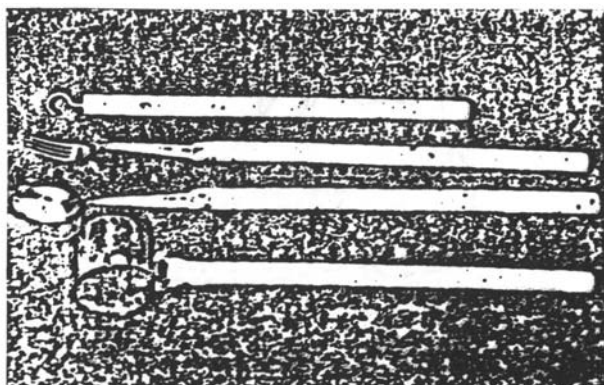


Improvisação de férula para mão reacional

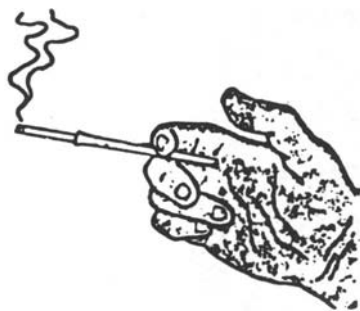


Imobilização da mão com férula improvisada

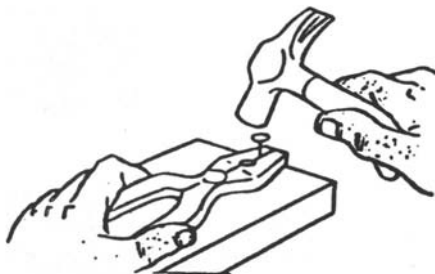
6. ADAPTAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE TRABALHO E VIDA DIÁRIA – consiste em fazer adaptações nos instrumentos de trabalho e de uso diário com os quais o paciente, portador de insensibilidade nas mãos e pés costuma se ferir. É comum o paciente queimar-se na manipulação de utensílios de cozinha. A colocação de cabos longos de madeira nas panelas, colheres, garfos e pegadores evita acidentes. O uso de luvas de pano ou pegadores para tampas de panelas também ajuda muito. Inúmeras adaptações podem ser feitas nos instrumentos de trabalho de acordo com o problema do paciente: cabos grossos e lisos em enxadas, ferro de passar roupa com o cabo de madeira alto, escovas para lavar roupas, canecas térmicas para líquidos quentes, piteiras para fumantes, são algumas adaptações úteis.



Adaptação de instrumentos de cozinha



Piteira para fumantes



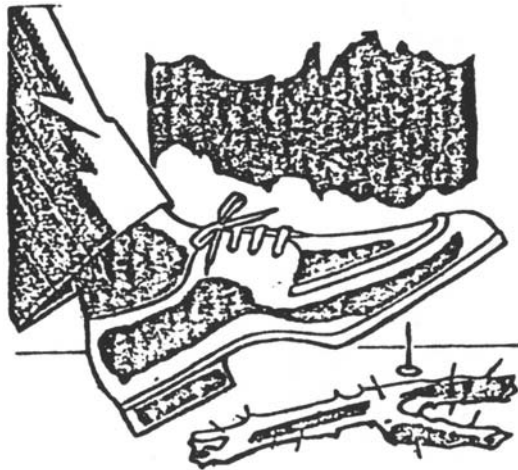
Uso de alicate para segurar prego



Panela de cabo longo de madeira

Se o paciente tiver uma boa Educação em Saúde, ele mesmo criará adaptações de acordo com suas necessidades. É importante que o paciente aprenda a manejar corretamente os instrumentos e usar suas mãos e seus pés sem se ferir.

7. MODIFICAÇÃO DO CALÇADO – o paciente com lesão do T.P., apresentando anestesia plantar deve andar sempre calçado. Não é suficiente porém, qualquer tipo de sapato. É preciso que seja adaptado ao seu pé, não seja muito apertado para evitar isquemias e nem muito folgado para evitar a formação de bolhas; deve ser macio internamente e resistente na parte exterior. Na sua confecção não devem ser usados pregos e sim cola e costura. Todo paciente com anestesia plantar deve usar, se possível, palmilhas simples de goma microporosa ou plastazote que ajudam a diminuir o impacto na sola e melhorar a distribuição das pressões plantares. Deve usar sempre meias sem remendos.



Uso de sapato apropriado

As modificações mais comuns e necessárias são :

- barras metatarsianas externas e internas;
- almofadinhas ou suportes internos;
- palmilhas simples ou moldeadas,
- sapato ortopédico.

Estas modificações quando introduzidas devem ser usadas permanentemente, caso contrá-

rio perdem sua utilidade.

Além dos cuidados com sapatos, os pés necessitam de outros cuidados para a prevenção de úlcera plantar. Através de uma Educação em Saúde bem orientada o paciente deverá conscientizar-se da importância de:

- higiene dos pés: limpeza da pele e espaços interdigitais, mantendo-os secos para evitar o desenvolvimento de fungos e macerações, corte de unhas;
- remoção dos calos, amolecendo-os e removendo-os com lixa ou lâmina com devido cuidado para evitar ferir os tecidos circundantes;
- hidratar e fazer massagens nos pés e pernas;
- andar pouco com passos curtos e lentos, olhar onde pisa e evitar terrenos acidentados;
- evitar ao máximo ficar parado de pé para diminuir a descarga de peso sobre os pés,
- examinar diariamente os pés na procura de sinais de pré-úlcera. Estes podem ser: bolhas, hematomas, calosidades fissuradas, pontos com hiperemia, edema localizado, pontos dolorosos a palpação profunda.



Hidratação do pé



Lubrificação do pé



Exame do pé

Uma vez constatado qualquer destes sinais, colocar o pé em repouso por 8 a 10 dias e remover a causa do traumatismo.



Exame diário do pé



Repouso do pé

8. PROTEÇÃO DOS OLHOS – os problemas mais comuns nos olhos dos pacientes hanseianos são a anestesia de córnea, ectrópio, entrópio, e a reação hansênica no olho.

O mais comum é o lagoftalmo com anestesia de córnea. A incapacidade de fechar o olho expõe a córnea a ressecamento e a traumatismo por queda de corpos estranhos. Faz-se necessário por isso, proteger o olho.

Isto pode ser feito:

1. durante o dia: – usar óculos escuros com hastes laterais largas;
– lavar o rosto com água boricada, soro fisiológico ou água fervida,
– aplicar colírio aquoso para manter a lubrificação.



2. para dormir: – aplicar colírio ou pomada oftálmica;
– proteger os olhos com pano limpo ou funil de papel fixo ao local com elástico em torno da cabeça;
– qualquer sinal de agravamento do problema existente, dor ou irritação nos olhos, procurar o oftalmologista;
– fazer exercícios de fechamento do olho para reforçar a musculatura orbicular,

- na presença de entrópico verificar se os cílios estão traumatizando a córnea. Em caso positivo, arrancá-los com pinça de sobrancelhas com cuidado.



9. PROTEÇÃO DO NARIZ – alguns pacientes da forma virchoviana apresentam comprometimento da mucosa e do septo nasal que pode levar a desabamento da pirâmide nasal.

O paciente deve aprender através da Educação em Saúde, a manter o nariz limpo e sem crostas. Lavar com água fervida ou soro fisiológico várias vezes ao dia. Instilar antibiótico de acordo com orientação médica.

A lavagem do nariz pode ser feita utilizando-se conta-gôtas ou mergulhando o nariz na água, no côncavo da mão, aspirando e assoando em seguida.

III – CONCLUSÃO: –

Estas são algumas das medidas de prevenção que já comprovaram sua eficácia quando aplicadas com acerto e persistência.

É preciso estar convencido de que a Educação em Saúde é fator essencial para o sucesso do programa de prevenção. Seriam ineficientes todas as medidas, se o paciente não as incluir na vida diária e não as observar enquanto o seu problema persistir. Isto só é possível se estiver convencido da sua importância na prevenção das incapacidades a que está predisposto.

Considerando as grandes incapacidades a que a moléstia pode conduzir, as dificuldades, custos e às vezes impossibilidades de reabilitação, é necessário que se dê o máximo de atenção à sua prevenção. Sabemos que a maioria delas pode ser prevenida com a aplicação destas medidas simples.

Aplica-se aqui, muito apropriadamente o antigo provérbio: “melhor prevenir que remediar”.

IV: - BIBLIOGRAFIA

- ARVELO, José de J. – Patologia de la mano en el enfermo de lepra. Valencia, 1976 (Tese - Universida de Carabobo)
- ARVERO, José de J. – Rehabilitacion, prevencion y tratamiento de los enfermos de lepra. In: Seminario Panamericano: Sobre El Control De La Lepra, 4^o, Caracas, 1978. Washington, 1977 p. 119
- BELLO, Pedro de – Hanseníase: prevenção de incapacidades físicas por técnicas simples. Ajuste social do doente – Bol. Div. Nac. Derm. Sanit., 37:33-42, 1978
- BELLO, Pedro de – Hanseníase: treinamento de pessoal. - In: Conferência Nacional para Avaliação da Política de Controle da Hanseníase. - Brasília, Ministério da Saúde, 1976

- BRAND, Paul – *Insensitive feet – a practical handbook on foot problems in leprosy* — London, The Leprosy Mission, 1966
- BRASIL – Ministério da Saúde – DNDS – Portaria nº 165/76, Instrução, Portaria nº 03/78 – *Bol. Div. Derm. Sanit.* 35, 36, 37 – 1975, 76, 78. Brasília.
- BRASIL - Ministério da Saúde. DNDS. *Hanseníase: prevenção e tratamento das incapacidades físicas, mediante técnicas simples.* Rio de Janeiro, 1977.
- BRASIL – Ministério da Saúde – DNDS – *Educação em Saúde na Hanseníase.* Brasília. 1978.
- CAMPOS, Mario Patrony – *Contribuição para o tratamento do mal perfurante plantar na hanseníase.* *Hansen. Int.*, 3 (1):59-61, 1978
- CIMI, Flavio – *Hanseníase e Saúde Pública: educação sanitária em hanseníase - Public. Cient. Est. Leprol.*, 14: 27-32, 1974
- D'AVILA, Maria Giselda – *Importância da atuação da enfermeira no controle da hanseníase* – *Bol. Div. Nac. Der. Sanit.* – 37:51-55, 1978
- DRURY, Francys A et al – *Como evitar o mal perfurante plantar* – Trad. CERPLEALM, Bauru, Hosp. Aimorés, 1976.
- MANZI, Ricardo O. et al – *Rehabilitacion en Lepra* – Buenos Aires, Ass. de Caball. Arg. de la Sob. Ord. Mil. de Malta. 1976
- OPROMOLLA, D. V. A. – & CRUZ, O – *Prevenção de incapacidades físicas na hanseníase: técnicas simples.* Bauru, Hosp. Lauro de S. Lina 1978
- TRAPLE, Germano – *Prevenção de incapacidades físicas em hanseníase a nível de ambulatório.* Curitiba, (s. ed.), 1979.