

PREVENÇÃO DE INCAPACIDADES EM HANSENÍASE: REALIDADE NUMA UNIDADE SANITÁRIA

Sâmia Amire Maluf¹
 Elisete Silva Pedrazzani²
 Mariângela Pedroso³
 Cristina Yoshie Toyoda¹

MALUF, S. A. et alii. Prevenção de incapacidades em hanseníase: realidade numa unidade sanitária. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 38 (3/4): 319-328, jul./dez. 1985.

RESUMO. Na hanseníase, 1/3 dos casos avançados ou não tratados apresenta algum tipo de incapacidade física, além dos preconceitos e crenças que são gerados pelas deformidades que o paciente pode vir a apresentar, se não tratado adequadamente. Tendo por base esta problemática da doença, um grupo de profissionais formado por enfermeiros, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, médicos e assistente social, realizou um estudo das incapacidades dos pacientes de hanseníase, detectadas através do exame físico. Este estudo objetivou identificar o comprometimento sensitivo e motor dos membros superiores e inferiores e da face. Apresenta também o desenvolvimento da pesquisa como necessidade para sistematizar a assistência a ser prestada numa unidade sanitária.

ABSTRACT. In Hansen's disease, the third part of advanced incidences or non treated cases exhibit some patterns of physical incapacity; besides that prejudice and belief generated by deformities which the patients may present if they do not get a correct treatment. Which basis on this problematical question of the disease a group of professionals composed of medical doctors, nurses, physical therapist, occupational therapist and social worker made a study of the incapacities of the Hansen's disease patients through a detailed physical exam. This study intended to identify sensory and motor injuries of the face, upper and lower limbs. This study also develops a research about the necessity to systematize the assistance given in a public health center.

INTRODUÇÃO

Na hanseníase, a ocorrência de incapacidades atinge níveis elevados, apesar de existirem medidas a serem desenvolvidas a nível ambulatorial que previnam a ocorrência das mesmas ou, ainda, evitando que estas atinjam graus avançados, levando ao registro das deformidades.

Na tentativa de se desenvolver um trabalho na unidade sanitária, objetivando a prevenção de in-

capacidades dos pacientes de hanseníase, optou-se primeiramente em realizar o estudo em questão, procurando-se deste modo um diagnóstico real da situação dos inscritos no Subprograma de Controle da Hanseníase.

Foi possível desenvolver-se esta pesquisa devido ao interesse de um grupo de profissionais que atuam na área de hanseníase. Assim, após a apresentação e discussão dos dados, serão traçadas as linhas de atuação que vêm sendo desenvolvidas.

¹ Aux. Ensino Departamento Fisioterapia e Terapia Ocupacional – UFSCar.

² Profª Assistente Departamento de Enfermagem – UFSCar.

³ Fisioterapeuta C. Saúde São Bernardo do Campo-SP.

METODOLOGIA

As estratégias e instrumentos utilizados na coleta de dados estão descritos como segue:

LOCAL DE ESTUDO

Escolheu-se o Centro de Saúde I de São Carlos pelo fato de existirem poucos estudos da área de saúde, por se encontrar uma incidência de 1,2% de casos, e devido à existência de uma equipe multiprofissional atuante na instituição, além de se contar com docentes dos Cursos de Enfermagem, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos.

POPULAÇÃO

A população estudada compreendeu os pacientes inscritos no subprograma totalizando 160 pessoas.

INSTRUMENTO

Os instrumentos utilizados na coleta de dados foram um formulário para entrevistas, coleta de dados dos prontuários dos pacientes e avaliação de incapacidades físicas dos pacientes.

PROCEDIMENTO

Para o levantamento de dados, contou-se com uma fisioterapeuta graduada que efetuou a entrevista e a avaliação das incapacidades físicas, juntamente com as pesquisadoras, bem como a pesquisa nos prontuários.

Inicialmente, elaborou-se um formulário para se realizar o levantamento de dados de uma amostragem de vinte pacientes. Ele foi baseado nos formulários adotados pelo Centro de Saúde I de São Carlos e na ficha de incapacidades físicas elaborada pelos docentes do Curso de Fisioterapia e Terapia Ocupacional na Universidade Federal de São Carlos. Para o preenchimento desse formulário, utilizou-se da entrevista com o paciente, da coleta dos dados nos prontuários e do exame físico para avaliação da incapacidade física de cada paciente.

Tal avaliação consistiu na exploração das alterações motoras e/ou sensitivas. A verificação das primeiras foi realizada através do exame funcional que compreende: inspeção, observação da mobilidade articular e exploração da força muscular dos

membros superiores, membros inferiores e face. O procedimento do referido exame funcional foi baseado no "Manual de Prevenção das Incapacidades Físicas, Mediante Técnicas Simples", do Ministério da Saúde, Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, 1977.

A musculatura foi considerada *normal* quando o paciente conseguia realizar o movimento solicitado contra a ação da gravidade e contra uma resistência aplicada pelo examinador. Quando tal fato não ocorria, porém se verificava algum movimento e/ou contração do(s) músculo(s) através da palpação, a musculatura foi considerada então parcialmente alterada ou *parética*. A musculatura foi considerada totalmente alterada ou *paralisada* na ausência total de movimento e contração, percebida através da palpação.

Para a avaliação sensitiva, efetuou-se o teste de sensibilidade cutânea superficial para cada uma das modalidades sensitivas, de acordo com o Ministério da Saúde.

O teste de sensibilidade compreendeu a pesquisa da face dorsal e palmar das mãos, obedecendo ao trajeto dos nervos que são responsáveis pela sensibilidade cutânea; e compreendeu igualmente a pesquisa da face dorsal e plantar dos pés, obedecendo ao trajeto dos nervos responsáveis pela sensibilidade cutânea desta região.

A sensibilidade foi considerada *normal* quando o paciente dizia que sentia o material de pesquisa nas diferentes áreas exploradas; *hipoestésica*, quando o paciente relatava sentir pouco, fraco ou leve (considerou-se estas palavras como sinônimas, denotativas de hipoestesia) e *anestésica*, quando o paciente ignorava o toque dos diferentes materiais ou quando referia nada sentir.

O formulário de pesquisa foi aplicado em pacientes que tinham retorno na área de Dermatologia Sanitária – Hanseníase. As pesquisadoras solicitaram aos responsáveis pela área que encaminhassem os pacientes agendados. Devido à morosidade de se coletar dados aguardando apenas os pacientes de acordo com o cronograma estabelecido no Subprograma de Controle da Hanseníase da S.E.S. e, tendo sido adotado um prazo para tal coleta, decidiu-se convocar os pacientes, através de visita domiciliária, para a avaliação.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise realizada foi descritiva, para um melhor conhecimento do comportamento das variá-

veis, uma vez que toda a população do período foi levantada.

Utilizando o sistema computacional BMDP, versão 79, foram confeccionadas tabelas de frequência de dupla e tripla entrada para diversas combinações das variáveis.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observa-se, durante a análise dos resultados das avaliações das incapacidades físicas, que existe um percentual de casos sem registro. Tal fato ocorreu em virtude da impossibilidade da realização da referida avaliação desses pacientes, apesar dos mesmos terem sido convocados. A necessidade de se realizar o levantamento das condições de todos os pacientes surgiu à medida que esse levantamento será utilizado como base para elaboração de um plano de trabalho mais efetivo, no que diz respeito à prevenção e/ou redução de deformidades.

Os resultados das avaliações das incapacidades físicas estão distribuídos em 9 tabelas que correspondem:

- aos comprometimentos encontrados na face, membro superior e membro inferior (Tabelas 1 a 7);
- à relação do grau de incapacidade com a forma da doença (TABELA 8);
- ao local de ferimentos encontrados, bem como o tipo de atividade que era desenvolvida no momento em que se adquiriram os mesmos (TABELA 9).

FACE

Os resultados das avaliações de incapacidades

físicas referentes à face encontram-se na Tabela 1, onde se verifica que o comprometimento mais freqüente é a alteração da sensibilidade córnea (52,4%) seguido da madarose (40,7%). Tais resultados diferem dos encontrados por autores nacionais e estrangeiros; PRASAD⁸, na Índia, identificou um percentual menor de pacientes com madarose (25% em 200 casos) e BELDA et alii¹, no Brasil, encontrou 88,03% em 727 pacientes.

As porcentagens com relação ao espessamento de lóbulo auricular e desabamento do septo nasal também são diferentes dos encontrados pelos dois autores. PRASAD⁸ relaciona 8,5% para o espessamento do lóbulo auricular. O primeiro autor enumera 12,00% e o segundo 18,43% para os casos de desabamento do septo nasal. Um outro pesquisador, PICOTO & GRAVANITA⁷, observou uma percentagem de 6,32% em 158 pacientes, em um levantamento feito nas ilhas de Cabo Verde.

A porcentagem de alterações motoras verificada (18,1%) na presente pesquisa não difere muito dos dados de BELDA et alii¹ que encontrou 21,6%, porém ambos são elevados se comparados com os de PRASAD⁸ que identificou 10,5% de casos com alteração motora. O trabalho de PICOTO & GRAVANITA⁷ revelou ainda que 10,08% dos pacientes apresentam comprometimento de face, distribuídos entre os 3 graus de incapacidade, enquanto que o levantamento feito por KUSHWAH⁶, na Índia, apontou um percentual de 16,08% de comprometimento dessa natureza.

Apesar dos trabalhos consultados não destacarem a perda da sensibilidade da córnea, esta foi considerada importante pois é indicadora do comprometimento neural na face, além de exigir intervenção, por parte dos profissionais que atendem

Tabela 1 — Distribuição dos comprometimentos observados na face

Comprometimento	Frequências		Não		Sim		S/Reg.		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alteração motora	98	(61,3)	29	(18,1)	33	(20,6)	160	(100)		
Desabamento do septo nasal	117	(73,1)	10	(6,3)	33	(20,6)	160	(100)		
Espessamento do lóbulo auricular	90	(56,3)	37	(23,1)	33	(20,6)	160	(100)		
Madarose	62	(38,7)	65	(40,7)	33	(20,6)	160	(100)		
Alteração da sensibilidade da córnea	43	(26,9)	84	(52,5)	33	(20,6)	160	(100)		

os pacientes hansenianos. CRISTOFOLINI et alii⁴ fez um levantamento em 357 pacientes sendo que destes 41,0% apresentaram alterações de sensibilidade corneana e que na presente pesquisa foram encontradas em 52,5% dos pacientes, conforme dados da Tabela 1.

Uma hipótese que explicaria este alto índice de comprometimento é o elevado número de casos virchowianos encontrados que de acordo com a bibliografia consultada, em especial CRISTOFOLINI et alii⁴, estes apresentaram lesões oculares quando a moléstia teve uma evolução significativa.

MEMBRO SUPERIOR

Os resultados das avaliações das incapacidades físicas, referentes aos membros superiores estão distribuídos em três tabelas (2 a 4).

Na tabela 2, observa-se a frequência das diferentes alterações de sensibilidade (tátil, térmica, dolorosa e anestesia); na tabela 3, observa-se a frequência das alterações motoras decorrentes das lesões dos respectivos nervos (ulnar, mediano e radial) e finalmente na tabela 4 reuniram-se os demais comprometimentos, identificados no exame físico, que foram agrupados como alterações secundárias

(amiotrofias, garras, reabsorção e/ou amputação, outras deformidades, calosidades e mal perfurante palmar).

As porcentagens referentes a este tipo de alteração indicam uma frequência maior de acometimento com relação à sensibilidade tátil (44,4%), seguindo-se a térmica (36,9%) e a dolorosa (32,5%). Na maioria dos casos, a lesão é bilateral, o que coincide com os resultados encontrados por BELDA et alii¹ que relacionam 27,65% de anestesia palmar parcial, sendo 23,12% bilateral.

GONÇALVES⁵ identificou áreas anestésicas 59,3% dos casos no membro superior esquerdo e 55,2% no direito. Na presente pesquisa, a anestesia total foi registrada bilateralmente em 5,0% dos casos o que vem representar um índice menor, se comparado com o registrado por BELDA et alii¹ que encontraram 68,50%, sendo a maioria destes bilateral (64,65%). Os altos índices constatados para a perda da sensibilidade tátil nas mãos podem ser explicados pelo índice de calosidades encontradas que impediriam o paciente de descrever o deslizamento do algodão na superfície cutânea devido ao endurecimento desta.

A constatação da perda de sensibilidade nas mãos e o seu alto índice confirmam a necessidade

Tabela 2 – Distribuição das alterações de sensibilidade observadas no membro superior

Frequências Alteração Sensibili- dade	Não		Unilateral		Bilateral		S/Regis.		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tátil	56	(35,0)	16	(10,0)	55	(34,4)	33	(20,6)	160	(100)
Térmica	68	(42,5)	8	(5,0)	51	(31,9)	33	(20,6)	160	(100)
Dolorosa	75	(46,9)	9	(5,6)	43	(26,9)	33	(20,6)	160	(100)
Anestesia	119	(74,4)	—	—	8	(5,0)	33	(20,6)	160	(100)

Tabela 3 – Distribuição das alterações motoras geradas pelo comprometimento dos nervos do membro superior

Fre- quências Nervo	Não		Parcial		Total		S/Regis- tro		Total					
	Nº	%	Unilateral Nº %	Bilateral Nº %	Unilateral Nº %	Bilateral Nº %	Nº	%	Nº	%				
Ulnar	33	(20,6)	23	(17,5)	55	(34,4)	1	(0,6)	10	(6,3)	33	(20,6)	160	(100)
Ulnar e Mediano	80	(50,0)	18	(11,3)	26	(16,2)	—	—	3	(1,9)	33	(20,6)	160	(100)
Radial	123	(76,9)	2	(1,3)	2	(1,3)	—	—	—	—	33	(20,6)	160	(100)

de orientação aos pacientes no sentido de prevenção de lesões nas mãos, na realização de atividades domésticas e laborais.

Na tabela 3 estão apresentadas as freqüências de alterações motoras devido ao comprometimento dos nervos no membro superior.

As alterações motoras provocadas por lesão do nervo ulnar foram mais freqüentes (58,8% no total) que as alterações decorrentes da lesão dos nervos ulnar e mediano conjuntamente (30,4% no total) e seguindo-se a musculatura inervada pelo nervo radial (2,6% no total). A percentagem dos resul-

tados encontrados é maior em relação às de BELDA et alii¹, que relaciona 6,5%, sendo, destes, 5,78% dos músculos intrínsecos e 1,78% do nervo radial e os dos resultados de PRASAD⁸ que encontrou 10% de alterações motoras.

É interessante observar que novamente a lesão se distribui bilateralmente.

Ao se analisar as alterações secundárias, constantes na tabela 4, observa-se que as amiotrofias da região hipotenar e dos interósseos foram mais freqüentes que as registradas na região tenar, sendo as primeiras 27,5% (no total) e a segunda 19,4% (no

Tabela 4 – Distribuição das alterações secundárias observadas no membro superior

Alterações Secundárias		Freqüências		Sim				S/Registro		Total	
		Não		Unilateral		Bilateral		S/Registro		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Amiotrofias	Tenar	96	(60,0)	9	(5,6)	22	(13,8)	33	(20,6)	160	(100)
	Hipotenar e interósseo	83	(51,9)	15	(9,4)	29	(18,1)	33	(20,6)	160	(100)
Garra	Ulnar móvel	115	(71,8)	10	(6,3)	2	(1,3)	33	(20,6)	160	(100)
	Ulnar Contraturada	116	(72,5)	4	(2,5)	7	(4,4)	33	(20,6)	160	(100)
	Completa móvel	125	(78,2)	1	(0,6)	1	(0,6)	33	(20,6)	160	(100)
	Completa Contraturada	122	(76,2)	3	(1,9)	2	(1,3)	33	(20,6)	160	(100)
Reabsorção e/ou Amputação	Polegar	124	(77,5)	2	(1,3)	1	(0,6)	33	(20,6)	160	(100)
	Indicador	124	(77,5)	3	(1,9)	–	–	33	(20,6)	160	(100)
	Médio	123	(76,9)	4	(2,5)	–	–	33	(20,6)	160	(100)
	Anular	123	(76,9)	3	(1,9)	1	(0,6)	33	(20,6)	160	(100)
	Mínimo	122	(76,2)	3	(1,9)	2	(1,3)	33	(20,6)	160	(100)
Outras deformidades		123	(76,8)	2	(1,3)	2	(1,3)	33	(20,6)	160	(100)
Calosidades		96	(60,0)	1	(0,6)	30	(18,8)	33	(20,6)	160	(100)
Mal perfurante palmar		120	(75,0)	4	(2,5)	3	(1,9)	33	(20,6)	160	(100)

total). Tais resultados estão coerentes com os das alterações motoras.

PRASAD⁸ identificou 20,0% de amiotrofias na região tenar e 25,0% nos interósseos. Outro pesquisador, CAMPOS² em um levantamento das deformidades na mão, realizado em um hospital examinou 360 pacientes e encontrou índices bem mais elevados: 82,5% de amiotrofia na região tenar, 71,77% no 1º interósseo dorsal e 51,38% nos demais interósseos.

Os resultados de BELDA et alii¹ também são bastante elevados: 89,69% de amiotrofia na região tenar, 83,49% na região hipotenar e 61,07% nos interósseos. Talvez a ocorrência desses altos índices com relação aos pacientes hospitalizados, se comparados com os pacientes ambulatoriais, objeto da presente pesquisa, seja devido a um tempo maior de doença. De modo mais global, observando os resultados dos trabalhos supracitados verifica-se o caráter bilateral do comprometimento.

A maioria das garras encontradas é ulnar, não havendo diferença tão significativa entre os registros de móvel (8,6%) ou contraturada (6,9%). O percentual atribuído a esse comprometimento é bem menor aos de CAMPOS et alii³ que deparou 17,50% para garra completa e 20,55% para garra ulnar. O mesmo ocorre com relação ao levantamento de BELDA et alii¹ que encontrou 22,5% para garra ulnar e 20,91% para garra completa. PRASAD⁸ registrou 12,5% de garra móvel e 7,5% de garra contraturada. Já GONÇALVEZ⁵, ao realizar um estudo em um ambulatório registrou um índice menor que os da presente pesquisa: 5,7% de garra móvel esquerda e 6,2% de garra móvel direita. Cumpre observar que não há predomínio de lesões bilaterais dentre os resultados pesquisados.

No que diz respeito às reabsorções e amputações, verifica-se que não há diferença significativa na frequência das mesmas com relação aos dedos, sendo o dedo mínimo o mais atingido (4,2%). Os resultados de CAMPOS et alii³, que são de 26,06%, e BELDA et alii¹, que são de 20,9%, revelam que há uma frequência muito maior de lesão desse tipo em pacientes hospitalizados. Já os dados de GONÇALVEZ⁵ indicam índices semelhantes, embora ligeiramente mais elevados, com os apresentados no presente trabalho.

O mal perfurante palmar foi identificado em 4,4% dos casos, BELDA et alii¹ registraram 6,03% enquanto que GONÇALVEZ⁵ registrou 0,5% para a mão esquerda e 1,0% para a mão direita. Na maioria dos casos a lesão é unilateral. Uma hipó-

tese que poderia explicar tal comprometimento é a questão de funcionalidade da mão humana e talvez por causa deste fator, apenas uma das mãos seja mais suscetível a esse tipo de lesão.

Com relação às outras deformidades (botoeira, pescoço de cisne, *guttering* e dano à expansão dorsal), foi registrado um percentual de 2,6% que é maior do que os resultados achados por PRASAD⁸ que foram de 1,0%.

MEMBROS INFERIORES

De forma análoga aos resultados referentes aos membros superiores, os resultados dos dados dos membros inferiores foram distribuídos em 3 tabelas (5 a 7). Na Tabela 5, encontra-se a frequência das distintas alterações de sensibilidade (tátil, dolorosa, térmica e anestesia); na tabela 6, observa-se a frequência das alterações motoras correspondentes à lesão dos respectivos nervos (tibial posterior e ciático poplíteo externo ramo cutâneo e tibial anterior); na Tabela 7, verifica-se a frequência das alterações secundárias (desabamento dos arcos plantares, dedos em martelo, halux varo e valgo; pé equino, varo e equino-varo; calosidades, úlcera trófica, reabsorção e/ou amputação e mal perfurante plantar).

A Tabela 5 mostra as alterações de sensibilidade que foram observadas no membro inferior. A alteração da sensibilidade térmica nos membros inferiores, foi a de maior percentagem (66,3%), seguida da tátil (55,0%) e, por fim, a dolorosa (49,4%). BELDA et alii¹ encontraram 80,2% de comprometimento parcial de sensibilidade, não tendo especificado os tipos de sensibilidade acometidos. GONÇALVEZ⁵ indicou um percentual em torno de 51% para o comprometimento sensorial nos membros inferiores.

Os altos índices de comprometimento de sensibilidade aliados ao comprometimento motor dos membros inferiores (ver Tabela 6) sugerem a necessidade de intervenção dos profissionais para orientar os pacientes na prevenção da úlcera plantar.

As alterações motoras apresentadas na tabela 6, decorrentes do comprometimento do nervo tibial posterior têm um índice de 45% parcial e 6,9% total. Os autores consultados não fazem referência às alterações motoras. No entanto, a importância deste tipo de levantamento justifica-se pelas consequências que tal comprometimento quase sempre acarreta (dedos em martelo, desabamento de arcos plantares).

Tabela 5 – Distribuição das alterações secundárias observadas no membro inferior

Frequências Alterações Secundárias		Não		Sim				S/Registro		Total	
		Nº	%	Unilateral		Bilateral		Nº	%	Nº	%
				Nº	%	Nº	%				
Desabamento dos ancos plantais		65	(40,6)	7	(4,4)	53	(33,1)	35	(21,9)	160	(100)
Dedos em martelo		72	(45,0)	5	(3,1)	48	(30,0)	35	(21,9)	160	(100)
Halux varo/valgo		95	(59,3)	3	(1,9)	27	(16,9)	35	(21,9)	160	(100)
Pé-equino, varo e equino-varo		118	(73,7)	4	(2,5)	3	(1,9)	35	(21,9)	160	(100)
Calosidades		46	(28,8)	4	(2,5)	75	(46,8)	35	(21,9)	160	(100)
Úlcera trágica	Perna	118	(73,8)	3	(1,8)	6	(3,8)	33	(20,6)	160	(100)
	Dorso do pé	124	(77,5)	2	(1,3)	1	(0,6)	33	(20,6)	160	(100)
Reabsorção	Halux	117	(73,1)	9	(5,7)	1	(0,6)	33	(20,6)	160	(100)
	2º Artelho	122	(76,3)	5	(3,1)	–	–	33	(20,6)	160	(100)
	3º Artelho	122	(76,3)	5	(3,1)	–	–	33	(20,6)	160	(100)
	4º Artelho	121	(75,6)	6	(3,8)	–	–	33	(20,6)	160	(100)
	5º Artelho	122	(76,3)	5	(3,1)	–	–	33	(20,6)	160	(100)
Mal perfurante plantar	Anterior	114	(71,3)	9	(5,6)	4	(2,5)	33	(20,6)	160	(100)
	Médio	122	(76,3)	4	(2,5)	1	(0,6)	33	(20,6)	160	(100)
	Posterior	124	(77,5)	3	(1,9)	–	–	33	(20,6)	160	(100)

Tabela 6 – Distribuição das alterações de sensibilidade observadas no membro inferior

Frequências Alter. de Senbil.		Não		Sim				S/Regis.		Total	
		Nº	%	Unilateral		Bilateral		Nº	%	Nº	%
				Nº	%	Nº	%				
Tátil		39	(24,4)	9	(5,6)	79	(49,4)	33	(20,6)	160	(100)
Térmica		37	(23,1)	7	(4,4)	83	(51,9)	33	(20,6)	160	(100)
Dolorosa		48	(30,0)	11	(6,9)	68	(42,5)	33	(20,6)	160	(100)
Anestesia		119	(74,4)	1	(0,6)	7	(4,4)	33	(20,6)	160	(100)

Tabela 7 – Distribuição das alterações motoras geradas pelo comprometimento dos nervos do membro inferior

Nervo	Fre- quên- cias		Parcial				Total				S/Regis.		Total	
	Não		Unilateral		Bilateral		Unilateral		Bilateral		S/Regis.		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tibial	44	(27,5)	9	(5,6)	63	(39,4)	–	11	(6,9)	33	(20,6)	160	(100)	
Posterior	84	(52,5)	9	(5,6)	29	(18,1)	1	(0,6)	4	(2,5)	33	(20,6)	160	(100)
Ciático														
poplíteo														
Externo														

Os dados relativos ao comprometimento do nervo ciático poplíteo externo, apesar de não serem tão elevados quanto os do nervo tibial posterior (23,7% parcial e 3,1% total) são significativos para justificar a intervenção de profissionais junto a estes pacientes.

As alterações secundárias estão apresentadas na tabela 7. Nela observa-se que o mais alto índice encontrado foi o de calosidades (49,3%). Ao lado do comprometimento de sensibilidade e do comprometimento motor, é relevante seu registro para que o ciclo da cadeia incapacitante, iniciado por esta alteração, não seja completado com o mal perfurante plantar, seguido de reabsorção óssea.

Outras alterações secundárias com percentual elevado são os dedos em martelo, encontrados em 33,1% dos pacientes. Tais dados diferem de PRASAD⁸ que encontrou apenas 5% de casos e de GONÇALVEZ⁵ que registrou 3%. BELDA et alii¹ registraram 32,5% de casos unilaterais e 67,4% de bilaterais.

As deformidades de pés totalizaram 4,4%, dados que coincidem com os de GONÇALVEZ⁵ que encontrou 4,1%, mas discrepantes de PRASAD⁸, que registrou 13% e BELDA et alii¹ que notificaram 59,7% unilaterais e 40,0% bilaterais.

As úlceras tróficas totalizam 5,6% sendo estes índices bastante discrepantes dos de BELDA et alii¹ e de KUSHWAH⁶ que registrou 27,2% de casos, num total de 344 pacientes estudados.

Os ítems: hallux varo/valgo têm índice de 20,7% que diferem dos de PRASAD⁸ que encontrou apenas 1,0% de casos com comprometimento no hallux.

As reabsorções dos artelhos ficaram com índices bastante baixos: 3,1% para 2ª, 3ª, 4ª e 5ª artelhos e 6,3% para o hallux.

O mal perfurante plantar foi encontrado em

8,1% dos casos na região anterior do pé; na região média, localizaram-se 3,1% dos casos e na região posterior 1,9%. Tais resultados estão discordantes dos encontrados por BELDA et alii¹ que localizaram 63,7% uni e 36,1% bilaterais na região anterior, 45,9% uni e 14,0% bilaterais na região média e 88,2% uni e 11,7% bilaterais na região posterior. Os dados de PRASAD⁸ totalizam 23% de acometimento nos casos estudados. GONÇALVEZ⁵ relata a existência de 25,8% de casos unilaterais em seu estudo feito em ambulatório. Um outro estudo feito por CRISTOFOLINI⁴ indicou 45,63% de casos de úlcera plantar em 206 pacientes estudados em um hospital.

Os dados obtidos em ambulatório diferem talvez daqueles dos hospitais devido serem estes os locais onde estão internados os pacientes com úlcera plantar de difícil cicatrização.

A classificação de incapacidades e o índice das mesmas, segundo o Ministério da Saúde, é um recurso para que se tenha um diagnóstico tão próximo quanto possível da área estudada. Após o levantamento feito no presente trabalho, classificou-se cada paciente e sua respectiva avaliação nos moldes adotados por aquele órgão.

A tabela 8 apresenta a distribuição dos graus de incapacidades e a forma clínica dos pacientes.

Observa-se que 10% do total de pacientes não apresentam nenhuma incapacidade, 29,4% estão classificados no grau 1, 31,2% no grau 2 e 8,8% no grau 3. Na forma V, os pacientes com incapacidades representam 44,3%, na forma T, 15,6%, no grupo D, 1,2% e no grupo I, 9,3%. Comparativamente, os pacientes da forma T apresentam maior frequência de incapacidades do que os pacientes de outra forma ou grupo, confirmando estudos já realizados.

O estudo feito por PICOTO & GRAVANITA⁷

Tabela 8 Distribuição dos graus de incapacidades e forma clínica dos pacientes

Forma e/ou Grupo	Grau 0		Grau 1		Grau 2		Grau 3		S/R		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
V	11	(10,3)	30	(28,0)	30	(28,0)	11	(10,3)	25	(23,4)	107	(100)
T	3	(9,1)	11	(33,4)	14	(42,4)	—	—	5	(15,1)	33	(100)
D	—	—	—	—	2	(66,6)	—	—	1	(33,4)	3	(100)
I	2	(11,8)	6	(35,3)	4	(23,6)	3	(17,6)	2	(11,7)	17	(100)
Total	16	(10,0)	47	(29,4)	50	(31,2)	14	(8,8)	33	(20,6)	160	(100)

indica que 61,9% dos 158 pacientes tinham graus diversos de invalidez, percentual bastante próximo de 59,4% que é o índice da presente pesquisa. A pesquisa de GONÇALVES⁵ aponta dados discrepantes com este estudo: constata-se naquele 75,3% de casos no grau 1; 27,3% no grau 2 e 4,8% no grau 3. Outros dados levantados por esse autor referem-se à distribuição dos graus de incapacidade e forma clínica dos pacientes: foram encontrados 51,2% de incapacidades na forma V, 24,5% na T; 15,8% no grupo I e 3,3% no grupo D, os quais não diferem numericamente dos resultados da presente pesquisa.

Na Tabela 9 a seguir, estão apresentadas as atividades executadas pelos pacientes e as áreas corporais atingidas. Foi considerado importante detectar as regiões corporais mais suscetíveis à exposição de riscos durante execução de atividades domésticas e laborais para se ter um panorama mais detalhado do tipo de lesões e posterior interferência dos profissionais para impedir novas ocorrências.

Pode-se constatar que durante a execução de atividades laborais existe um percentual de 8,8% de pacientes atingidos, sendo que destes o maior percentual se concentra nas mãos. Nas atividades domésticas, o percentual é de 8,7% sendo que o maior percentual está nos pés e nas outras atividades (lazer, descanso) o percentual é de 6,9%. Interessante observar que em todas as atividades o percentual de pacientes não atingidos por lesões é de 70,0%.

Em todos os autores consultados, não se constatou o levantamento de atividades x lesões x áreas corporais atingidas. Um trabalho feito na Índia por SELVAPANDIAN & RICHARD⁹ relaciona apenas as ocupações e as incapacidades, sem detalhar as áreas corporais lesadas ou o tipo de atividades desenvolvidas pelos pacientes.

COMENTÁRIOS FINAIS

GONÇALVES⁵ revela no seu estudo, que “o conceito inicial de invalidez vem sendo aprofun-

Tabela 9 – Distribuição das atividades executadas pelos pacientes durante o aparecimento das lesões e as áreas corporais atingidas

Atividades	Áreas do corpo Não		Face		Mão		Pé		Áreas Combinadas		S/Regis.		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Trabalho	112	(70,0)	1	(0,60)	7	(4,4)	4	(2,5)	2	(1,3)	34	(21,3)	160	(100)
Atividades Domésticas	112	(70,0)	—	—	4	(2,5)	9	(5,6)	1	(0,6)	34	(21,3)	160	(100)
Outras	115	(71,9)	—	—	1	(0,6)	10	(6,3)	—	—	34	(21,3)	160	(100)

dado e que o destaque atual para os hanseníase é o social pois as deformidades e incapacidades levam a preconceitos que geram mecanismos reacionais dos doentes os quais tornam um determinante de seu comportamento social global e específico para com a própria afecção”.

Sob esta ótica, o presente estudo pode contribuir para um quadro mais pormenorizado das incapacidades físicas, decorrentes da hanseníase e traçar propostas no sentido de diminuir/minimizar a incidência das mesmas.

O maior percentual de graus de comprometimento registrado na presente pesquisa foi no grau 2, o que justifica a necessidade de orientação de profissionais, evitando desta forma, que os pacientes alcancem mais um grau no cômputo das incapacidades.

Os dados da presente pesquisa, se comparados com os estudos feitos em hospitais, dão um quadro menos dramático das incapacidades, mas apontam para uma revisão urgente das medidas preconizadas no Subprograma de Hanseníase da Secretaria de Estado de Saúde, bem como a tomada de medidas mais efetivas/eficazes para deter o avanço das incapacidades físicas.

Nos dizeres de Patrony CAMPOS et alii³ “pode-se depreender que até o momento nossos processos de prevenção das deformidades são bastante precários. A prevenção precisa ser feita o mais precocemente possível”. A educação sanitária, controle e tratamento são as medidas básicas.

Outro autor, KUSHWAH et alii⁶, também enfatiza a necessidade de detecção precoce e a prevenção de deformidades através da educação sanitária.

Enumeram-se abaixo os trabalhos dos profissionais atuantes no Centro de Saúde I de São Carlos, que estão sendo desenvolvidos naquela unidade sanitária a título de ilustração das medidas já adotadas:

1 – Prevenção e detecção do mal perfurante plantar nos pacientes que apresentam pés anestésicos.

2 – Prevenção de incapacidades físicas através de orientação e tratamento nos Serviços de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos.

3 – Educação aos comunicantes e à população em geral sobre aspectos bio-psico-sociais da hanseníase.

MALUF, S. A. et alii. Prevention of incapacity. In hansen's disease a reality in a public health center. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 38(3/4): 319-328, July/Dec. 1985.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BELDA, W. et alii. Inquérito sobre deformidade em um hospital para doentes de hanseníase. *Hansen. Int.*, 2(1):60-72, 1977.
2. CAMPOS, M. P. Contribuição para o tratamento do mal perfurante plantar na hanseníase. *Hansen. Int.*, 3(1):59-61, 1978.
3. ———. et alii. Incidência das deformidades da mão na hanseníase. *Hansen. Int.*, 3(1):55-58, 1978.
4. CRISTOFOLINI, L. *Aspectos da assistência de enfermagem na hanseníase: prevenção da úlcera plantar*. Bauru, FASC, 1983.
5. ———. et alii. A enfermagem na prevenção e tratamento dos comprometimentos oculares na hanseníase. Apostila.
6. GONÇALVES, A. Incapacidade em hanseníase: um estudo da realidade em nosso meio. *Hansen. Int.*, 4(1):26-35, 1979.
7. KUSHWAH, S. S. et alii. An epidemiological study of disabilities among leprosy patients attending leprosy clinic in Gwalior. *Leprosy in India*, Calcuttá, 53(2):240-7, 1981.
8. PICOTO, A. J. S. & GRAVANITA, M. M. R.; Combate à lepra em Cabo Verde. *An. Instit. Hig. Med. Trop.*, Lisboa, 5(1-4):333-6, 1977/78.
9. PRASAD, S. A survey of leprosy deformities in a closed community. *Leprosy in India*, Calcuttá, 53(4):626-33, 1981.
10. SELVAPANDIAN, A. J. & RICHARD, J. Relationship between: occupation and disabilities in leprosy patients. *Leprosy in India*, Calcuttá, 45(4): 248-51, 1973.