



PUC-SP

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE

Rosemeire Rodrigues Garcia

HANSENÍASE:

CONHECENDO A DOENÇA, PREVENINDO INCAPACIDADES

MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO NAS PROFISSÕES DA SAÚDE

SOROCABA/SP

2014

Rosemeire Rodrigues Garcia

**HANSENÍASE:
CONHECENDO A DOENÇA, PREVENINDO INCAPACIDADES.**

MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO NAS PROFISSÕES DA SAÚDE

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Educação nas Profissões da Saúde, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE, sob orientação do Prof.Dr. Luiz Ferraz de Sampaio Neto e Coorientação da Profa. Dra. Alda Luisa Carlini.

SOROCABA/SP

2014

Biblioteca Prof. Dr. Luiz Ferraz de Sampaio Júnior.
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde – PUC-SP

G216 Garcia, Rosemeire Rodrigues
Hanseníase: conhecendo a doença, prevenindo
incapacidades / Rosemeire Rodrigues Garcia. -- Sorocaba, SP
: [s.n.], 2014.

Orientador : Luiz Ferraz de Sampaio Neto.
Dissertação (Mestrado Profissional) -- Pontifícia
Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências
Médicas e da Saúde.

1. Hanseníase. 2. Educação em Saúde. 3. Prevenção
Terciária. I. Sampaio Neto, Luiz Ferraz de. II. Pontifícia
Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências
Médicas e da Saúde. III. Título.

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho é mais uma etapa da minha vida que venci, agradeço primeiramente a Deus, que sabe de todas as coisas.

Agradecimento especial aos meus pais José Mario Rodrigues e minha mãe Iolanda Garcia Rodrigues, que sem a admiração e conforto que me trazem, nada seria possível.

A minha avó Carmem Aguilar Ortega (*in memoriam*) a quem nunca esquecerei, pois ela é o resumo do significado de amor e a Dona Lourdes (*in memoriam*), que de uma forma toda especial, marcou rápida e profundamente momentos em minha vida.

Agradeço a “Tuca” que sem muito explicar sabe a sua importância em minha história.

E um muito obrigada, em especial, ao meu professor Dr. Luiz Ferraz de Sampaio Neto, por ter acreditado em mim. Agradeço pelo prazer de conhecê-lo, sempre será o meu exemplo de professor. Também, à professora Dra. Alda Luiza Carlini e ao Professor Dácio Broggiato Júnior (*in memoriam*) o meu obrigado.

Às pessoas próximas, que de alguma forma contribuíram, muito obrigada.

“Se eu tivesse o dom da profecia, se conhecesse todos os mistérios e toda a ciência, se tivesse toda a fé, a ponto de remover montanhas, mas não tivesse amor, nada seria”.

Carta de São Paulo aos apóstolos (I Coríntios 13:2)

RESUMO

Garcia RR. Hanseníase: conhecendo a doença, prevenindo incapacidades.

A hanseníase (MH) é uma doença conhecida desde a Antiguidade e desde sempre esteve cercada por preconceito e desinformação. O comprometimento neuronal ocasionado pelo agente etiológico da hanseníase determinará as sequelas da doença. As consequências da neuropatia do MH podem ser minimizadas por práticas de autocuidados, a orientação sobre estas práticas é uma das atribuições do fisioterapeuta na equipe multiprofissional de saúde que acompanha estes pacientes. Trabalhando como fisioterapeuta atendo regularmente pacientes acometidos por essa doença e acolho suas dúvidas e ansiedades. Diante disso, o objetivo geral desta pesquisa é identificar o grau de incapacidades dos pacientes com hanseníase no atendimento inicial do Centro de Especialidades da Policlínica Municipal “Dr. Edward Maluf”, em Sorocaba/São Paulo e produzir material educativo para orientá-los sobre a importância do autocuidado na prevenção das incapacidades decorrentes da hanseníase. A pesquisa foi realizada na forma de análise documental, pelo estudo dos prontuários disponíveis nos arquivos do setor de Controle da Hanseníase da instituição, com o intuito de verificar a classificação dos pacientes atendidos neste Serviço no período de 2009 a 2013. O manual foi confeccionado contendo orientações para o autocuidado e a prevenção de incapacidades.

Palavras-chave: hanseníase; hanseníase/complicações, educação em saúde, prevenção terciária.

ABSTRACT

Garcia RR. Hansen's disease: knowing the illness, preventing the incapacities.

Leprosy, also known as Hansen's disease, is an ancient illness which has always been surrounded by prejudice and uninformed. The physical incapacities and organic after-effects of neural damage, determined by the etiologic agent of Hansen's disease, can be diminished by guidelines on self-care provided by physiotherapists. There are a few moments that the patients come into contact with the multidisciplinary team of health, thus hindering these guidelines, so we produce an educational handbook highlighting the importance of self-care to prevent the incapacities caused by leprosy. Therefore, this study aims to identify the level of physical incapacities in patients with leprosy when they first arrive for treatment at the municipal polyclinic of specialties "Dr. Edward Maluf", in Sorocaba (SP, Brazil). Using the documentary research method we have analyzed medical records from 2009-2013 from that institution to verify the patients' clinical classification and epidemiological aspects in 200 patients seen in that 5 years period. The handbook contains guidelines for self-care and the prevention of incapacities and must be offered in the first consultation by the health team.

Keywords: leprosy, leprosy/complications, health education, tertiary prevention.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Mancha na coxa.....	19
Figura 2 -	Placa na Fronte.....	20
Figura 3 -	Infiltração e placa em região bucal.....	20
Figura 4 -	Infiltração em lóbulo de orelha.....	21
Figura 5 -	Representação das cores dos monofilamentos.....	25
Figura 6 -	Ficha de avaliação neurológica simplificada do Manual de Prevenção de Incapacidades do Ministério da Saúde.....	26
Figura 7 -	Garra Ulnar.....	32
Figura 8 -	Mãos já com atrofia e ferimentos decorrentes da anestesia.....	32
Figura 9 -	Pé equino varo.....	34
Figura 10 -	Garra artelhos.....	35
Figura 11 -	Pé com mal perfurante plantar.....	36

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Avaliação dos olhos.....	30
Quadro 2 -	Avaliação das mãos.....	33
Quadro 3 -	Avaliação dos pés.....	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos pacientes atendidos no Setor de MH da Policlínica de Sorocaba no período de 2009 a 2013, segundo o gênero:.....	40
Tabela 2 -	Distribuição dos pacientes atendidos no setor de MH da Policlínica de Sorocaba no período de 2009 a 2013, segundo as faixas de idade:.....	40
Tabela 3 -	Distribuição dos pacientes atendidos o Setor de MH da Policlínica de Sorocaba no período de 2009 a 2013, segundo a avaliação inicial do Grau de Incapacidade:.....	41
Tabela 4 -	Distribuição dos pacientes atendidos o Setor de MH da Policlínica de Sorocaba no período de 2009 a 2013, segundo a avaliação inicial da Forma de Apresentação Clínica: Indeterminada (I), Tuberculóide (T), Dimorfa (D) ou Virchowiana (V):.....	42

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1 Fundamentação Teórica	17
1.2 Diagnóstico Clínico.....	18
1.2.1 Sinais e sintomas dermatológicos	19
1.2.2 Sinais e sintomas neurológicos.....	21
1.3 Incapacidades.....	23
1.3.1 Avaliação das incapacidades	24
1.3.1 Face	27
1.3.2 Aparelho visual e anexos	28
1.3.3 Membros superiores	30
1.3.2 Membros inferiores	33
2. OBJETIVOS	38
2.1 Objetivo Geral.....	38
2.2 Objetivo Específico.....	38
3. MATERIAL E MÉTODOS.....	39
3.1. Coleta de Dados	39
4. RESULTADOS.....	40
4.1 Análise dos achados clínicos dos pacientes	40
4.2 Manual de Cuidados	42
5. DISCUSSÃO	43
6. CONCLUSÃO	48
REFERÊNCIAS	49
APÊNDICE A - Documento de Solicitação para Autorização para Pesquisa à Policlínica Municipal Edward Maluf	52
ANEXO A - Manual de Prevenção e Orientação sobre Incapacidades para pacientes com Hanseníase.....	53

1. INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença conhecida há muitos anos na Índia, na China, e no Japão. Segundo um papiro da época de Ramsés II, ela já existia no Antigo Egito, há cerca de quatro mil e trezentos anos antes de Cristo. Existem referências à hanseníase em muitas regiões da Terra, desde a Antiguidade, mas isso também pode ser resultado de incorreções na tradução de termos que designavam diferentes moléstias. Nos registros produzidos na Babilônia, por exemplo, há referências à hanseníase, que utilizam a palavra lepra, embora seu significado, naquele contexto, fosse o de doença escamosa.¹

Assim, o Mal de Hansen (MH) foi se disseminando lentamente pela Europa, levada por soldados infectados, comerciantes e colonizadores, ganhando maior prevalência entre os séculos X e XV.² Nessa época, o seu diagnóstico era feito de maneira imprecisa, o que pode ter contribuído para provocar muitas dúvidas a respeito dessa doença.

Por volta de 1870, a hanseníase já havia praticamente desaparecido de quase todos os países da Europa e, mesmo na Noruega, onde ainda podia ser considerada endêmica, sua incidência já declinava, em função provavelmente da melhoria das condições sócio econômicas dos povos europeus, ao longo das Idades Moderna e Contemporânea.

Assim como em outras regiões das Américas, aparentemente não havia hanseníase entre os indígenas brasileiros. A doença entrou no Brasil por vários pontos do litoral, com os primeiros colonizadores portugueses, principalmente açorianos, e, para sua disseminação, muito contribuíram os escravos africanos. Esse fato, no entanto, é discutível, pois se sabe que a negociação de africanos que apresentassem lesões cutâneas era muito difícil.^{1,3}

No Brasil, os primeiros casos da doença foram notificados no ano de 1600, na cidade do Rio de Janeiro, onde anos mais tarde seria criado o primeiro lazareto, entendido como o local destinado a abrigar os doentes de Lázaro, ou leprosos.⁴

Já no século XX, em 1912, por ocasião da realização do I Congresso Sul Americano de Dermatologia e Sifilografia, também na cidade do Rio de Janeiro, Emilio Ribas destacou a importância da notificação compulsória e de tratar a hanseníase com rigor científico. Além disso, ele defendia a necessidade do

“isolamento humanitário” em hospitais colônias, que não apenas abrigassem os doentes, mas realizassem a profilaxia da doença, por exemplo, afastando os filhos recém-nascidos sadios de seus pais doentes, dando-lhes assistência nos educandários ou preventórios.⁵

Em 1941, foi criado o Serviço Nacional de Lepra, o que determinou a implantação de ações de avaliação mais metódicas e amplas, como exigia a gravidade da endemia. Nessa época ocorreu a criação dos dispensários, que eram serviços ambulatoriais para a investigação de casos novos e a observação de casos suspeitos, que seriam internados, caso fosse confirmado o diagnóstico.⁵

Desde a década de 1950, o tratamento dessa doença tem sido ambulatorial. A internação compulsória foi abolida por lei em todo o Brasil em 1954. O isolamento compulsório, por sua vez, foi extinto a partir da década de 1960, na mesma época em que ganhou força a proposta de mudança de nome de lepra para hanseníase, na tentativa de afastar o preconceito existente e de favorecer as ações de educação para a saúde.

No início da década de 1980, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a recomendar a Poliquimioterapia (PQT), com esquema terapêutico apropriado a cada forma clínica da doença, para o controle e cura da hanseníase. Além dos medicamentos da PQT, as políticas de controle da doença incluem medidas como: diagnóstico precoce, vigilância dos comunicantes, prevenção, tratamento das incapacidades físicas e educação para a saúde.^{6,7}

A hanseníase é uma doença infecciosa, causada pelo *Mycobacterium leprae* ou Bacilo de Hansen, que é uma bactéria intracelular obrigatória, com afinidade por células cutâneas e por células dos nervos periféricos. Trata-se de uma doença de evolução lenta⁸, caracterizada por apresentar sinais dermatoneurológicos, como as lesões na pele, manchas ou placas hipocrômicas ou eritematosas. Sua característica principal é o comprometimento dos nervos periféricos, reconhecido como perigoso e capaz de conduzir ao dano neural.⁹ Esse processo pode provocar incapacidades, que se caracterizam pela discordância entre o desempenho do indivíduo, seu real papel na sociedade e as expectativas da comunidade em relação ao que é normal para aquele indivíduo.¹⁰

Embora a hanseníase seja uma doença com alta infectividade, ela apresenta baixa patogenicidade, ou seja, infecta muitas pessoas, mas poucas adoecem. O

homem é reconhecido como o único reservatório e fonte de infecção da micobactéria, mas existem animais naturalmente infectados.⁸

Em relação às incapacidades, dados disponíveis sobre as deficiências físicas decorrentes da hanseníase variam consideravelmente, embora as estimativas da OMS indiquem que cerca de 25% das pessoas com hanseníase apresentam deficiências, principalmente na faixa etária economicamente ativa.^{11,12}

Em todo o mundo, existem atualmente cerca de 1.500.000 pacientes com hanseníase. Em 2012, o Brasil reunia 94% dos casos do continente americano e ocupava o segundo lugar em números absolutos de enfermos no *ranking* mundial, perdendo apenas para a Índia.¹³ Para 2020, estima-se que cerca de 1 milhão de pessoas serão acometidas pela hanseníase e que viverão com deficiências^{14,15}, apesar dos esforços de controle da doença. No Brasil, a meta de redução de casos e de intercorrências ainda não foi atingida.¹⁶

Estudos realizados pela Secretaria de Vigilância em Saúde revelam a porcentagem de pacientes que apresentam incapacidades, determinada a partir da avaliação neurológica dos olhos, mãos e pés. O resultado é expresso em valores que vão de 0 (zero), quando não há presença de comprometimento neural, a 2 (dois). Em 2006, em 43.642 novos casos de hanseníase, 5,7% dos pacientes estavam no grau 1 (diminuição ou perda da sensibilidade) e 18,1% no grau 2 (presença de incapacidades ou deformidades).¹⁵

A hanseníase, ainda hoje, representa um grave problema de saúde pública, por se tratar de uma doença que torna o indivíduo mais vulnerável aos riscos de acidente, em função das lesões dos nervos periféricos que, associadas à ausência de medidas preventivas, tornam-se um fator relevante na geração de incapacidades.

Desse modo, as técnicas de prevenção, controle e tratamento das incapacidades têm grande importância, pois permitem oferecer ao indivíduo um tratamento integral. Assim como o diagnóstico precoce é imprescindível para o início do tratamento, o acompanhamento e a capacitação do paciente são necessários para a prevenção de lesões, pois durante o tratamento medicamentoso podem ocorrer reações que levam ao comprometimento neural. O paciente precisa estar informado sobre a sua doença e ser capaz de detectar precocemente as alterações provocadas pelo tratamento, ou até mesmo após sua alta, participando ativamente da prevenção de lesões e ferimentos.

Trabalhando há vários anos como fisioterapeuta e prestando serviço no setor de Hanseníase, na Policlínica Municipal de Especialidades “Dr. Edward Maluf”, principal referência da rede municipal de saúde na área de especialidades, que atende às Unidades Básicas de Saúde de Sorocaba, pude identificar a dificuldade dos pacientes, após diagnóstico médico, para compreender a doença, o tratamento e as eventuais intercorrências e incapacidades. As dificuldades inerentes para os pacientes acessarem a equipe de saúde, as dúvidas que poderiam surgir no decorrer do processo do tratamento me levaram a pensar como poderia contribuir para facilitar a vida destes pacientes hansenianos.

A ideia de confeccionar um manual surgiu após orientar inúmeros pacientes, que devem seguir uma rotina de autocuidado em sua casa, após o diagnóstico e avaliação inicial, pois o Ministério da Saúde preconiza a avaliação do grau de incapacidade por ocasião do diagnóstico e da alta do paciente, que deveria ser feito preferencialmente com o fisioterapeuta.¹⁷

O manual caracteriza-se como um instrumento educativo, elaborado em linguagem acessível, com figuras simples e contextualizadas, que exemplifiquem para o paciente as medidas de autocuidado. Dessa forma, com o manual em mãos e após a avaliação, o paciente poderá dividir com os seus familiares ou cuidadores as informações relativas aos cuidados que deve praticar e desenvolver novos hábitos a serem adquiridos durante o tratamento e após sua alta.

Ademais, o manual ainda pode ser útil para auxiliar o paciente em suas eventuais dificuldades para entender a doença e as reações causadas por ela. Pode se constituir em fonte de consulta, sempre que necessário, e para auxiliar o seu monitoramento mesmo após a alta.

Reconhecendo a importância do autocuidado, o paciente torna-se capaz de identificar alterações em seu corpo, devendo procurar o serviço de saúde sempre que necessário, promovendo seu atendimento de forma integral, em consonância com os princípios do SUS.

A hanseníase é uma doença curável e, quanto mais precocemente ocorrer o diagnóstico e o tratamento por meio de esquema terapêutico, mais rápida será a cura do paciente. No entanto, podem ocorrer reações indesejadas durante o tratamento e após a alta, na forma de quadros de neurite, que podem determinar incapacidades, caso o paciente não receba orientações necessárias e tratamento complementar específico.¹

1.1 Fundamentação Teórica

A hanseníase manifesta-se por meio de lesões de pele, que se caracterizam pela diminuição ou ausência de sensibilidade, o que a diferencia das lesões de pele causadas por outras doenças dermatológicas. A doença, em suas diferentes manifestações clínicas, pode ser classificada em formas denominadas Forma Indeterminada, Forma Dimorfa e Forma Virchowiana. Também serão considerados na definição da terapêutica os resultados da bacterioscopia e da histopatologia, que deverão ser correlacionados com as formas clínicas.^{18,19}

Algumas pessoas apresentam resistência parcial aos bacilos, são os casos denominados paucibacilares (PB), com isso terão pequeno número de bacilos no organismo, o que faz com que não sejam responsáveis pela cadeia de transmissão da doença para outras pessoas. Alguns destes pacientes poderão até se curar espontaneamente¹⁴, no entanto casos avançados ou não tratados podem apresentar algum tipo de incapacidade física decorrente das lesões neurológicas.²⁰

Um número menor de pessoas não apresenta resistência ao bacilo, que se multiplica em seu organismo (casos denominados multibacilares (MB)), sendo relevante sua potencial capacidade de infectar outras pessoas. Esses pacientes constituem aqueles que se apresentarão nas formas Dimorfa e Virchowiana e serão a fonte de infecção e de manutenção da cadeia epidemiológica da doença.²⁰

Portanto, o contágio da hanseníase se faz por meio de uma pessoa doente, não tratada, que elimina o bacilo para o meio ambiente, infectando pessoas susceptíveis. A eliminação dos bacilos ocorre principalmente pelas vias aéreas superiores, que correspondem também a mais provável porta de entrada no organismo susceptível.⁸ No entanto, para que a transmissão dos bacilos ocorra, é necessário um contato direto e prolongado com a pessoa doente e não tratada.

A hanseníase pode atingir pessoas de todas as idades, de ambos os sexos, mas raramente ocorre em crianças. Observa-se que crianças, menores de quinze anos, adoecem mais quando há uma maior endemicidade da doença. Há maior incidência da doença nos homens, em relação às mulheres, na maioria das regiões do mundo.¹⁶ Além das condições individuais, existem outros fatores relacionados à endemicidade, tais como: condições socioeconômicas desfavoráveis, condições precárias de vida e de saúde e o elevado número de pessoas convivendo em um mesmo ambiente, que influenciam no risco de adoecer.

Quando o doente inicia o tratamento indicado pelo Ministério da Saúde, a PQT, padronizada pela OMS, rapidamente deixa de ser transmissor da doença, pois as primeiras doses da medicação inativam os bacilos, deixando de infectar outras pessoas.

O tratamento precoce do paciente é fundamental para curá-lo, para prevenir as deficiências e incapacidades físicas²¹, para interromper a fonte de infecção e bloquear a cadeia de transmissão da doença. Além disso, é essencial para o controle da endemia e para a eliminação da hanseníase.

1.2 Diagnóstico Clínico

O diagnóstico clínico é estabelecido com base na história clínica e no exame físico dermatoneurológico e busca identificar sinais clínicos da doença. É uma etapa importante da atenção ao paciente, pois quando há falha no tratamento ou atraso do diagnóstico, podem ocorrer lesões neurais e o consequente aparecimento de deformidades físicas.^{22,23}

Um paciente é diagnosticado com hanseníase e requer tratamento quando apresenta uma ou mais de uma das seguintes características: lesão da pele com alteração de sensibilidade, acometimento de nervo(s), baciloscopia positiva.¹⁷

O roteiro do diagnóstico clínico inclui as seguintes etapas:

- Anamnese - obtenção da história clínica e epidemiológica;
- Avaliação dermatológica - identificação de lesões de pele com alteração de sensibilidade;
- Avaliação neurológica - identificação de neurites, incapacidades e deformidades, em geral, determinadas pelo comprometimento inflamatório dos nervos periféricos;
- Diagnóstico dos estados reacionais, como as reações do sistema imunológico do doente frente ao bacilo, caracterizados por episódios inflamatórios;
- Diagnóstico diferencial;
- Classificação do grau de incapacidade física

1.2.1 Sinais e sintomas dermatológicos

A hanseníase manifesta-se por lesões de pele, que se apresentam com diminuição ou ausência⁵ de sensibilidade.

As lesões mais comuns são:

- a) Manchas pigmentares ou discrômicas (Figura 1) que resultam da ausência, diminuição ou aumento de melanina ou do depósito de outros pigmentos ou substâncias na pele.

Figura 1 - Mancha na coxa



Fonte: Prof. Dr. Dácio Broggiato Júnior

- b) Placa: é a lesão que se estende em superfície por vários centímetros (Figura 2). Pode ser individual ou constituir um aglomerado de placas.

Figura 2 - Placa na Fronte



Fonte: Prof. Dr. Dácio Broggiato Júnior

- c) Infiltração: aumento da espessura e consistência da pele, com menor evidência dos sulcos, limites imprecisos, acompanhando-se, às vezes, de eritema discreto (Figura 3). Pela vitropressão, ou seja, pelo exame realizado por meio da pressão de uma lâmina de vidro contra a lesão até a isquemia da área, observa-se fundo de cor café com leite, provável resultado da presença na derme de infiltrado celular, às vezes com edema e vasodilatação.

Figura 3 - Infiltração e placa em região bucal



Fonte: Prof. Dr. Dácio Broggiato Júnior

- d) Tubérculo: designação em desuso, que significava pápula ou nódulo que evolui deixando cicatriz.
- e) Nódulo: lesão sólida, circunscrita, elevada ou não, de 1 a 3 cm de tamanho, constituído por processo patológico que se localiza na epiderme, derme e/ou hipoderme. Neste caso, a lesão pode ser mais palpável do que visível.

Essas lesões podem estar localizadas em qualquer região do corpo, inclusive a mucosa nasal e a cavidade oral. Ocorrem, porém, com maior frequência, na face, orelhas (Figura 4), nádegas, braços, pernas e costas.

Figura 4 - Infiltração em lóbulo de orelha



Fonte: Prof. Dr. Dácio Broggiato Júnior

1.2.2 Sinais e sintomas neurológicos

As neurites são manifestações neurológicas e podem ser causadas tanto pela ação direta do bacilo nos nervos, como pela reação imunológica do organismo ao bacilo, ou ainda por ambas.

Na maioria dos casos, as lesões e manifestações neurológicas antecedem os sinais cutâneos e estão presentes nas várias manifestações do espectro clínico da moléstia e ocorrem exclusivamente no sistema nervoso periférico (SNP).²⁴

Elas manifestam-se por: dor e espessamento dos nervos periféricos, perda de sensibilidade nas áreas inervadas por eles, principalmente nos olhos, mãos e pés; perda de força nos músculos inervados pelos nervos comprometidos, principalmente nas pálpebras e nos membros superiores e inferiores.

A neurite, geralmente, manifesta-se de forma aguda, acompanhada de dor intensa e edema. No início, não há comprometimento funcional do nervo, mas, frequentemente, a neurite torna-se crônica e determina: a perda da capacidade de suar, causando ressecamento na pele, a perda de sensibilidade, causando dormência; e também pode ocorrer a perda da força muscular, causando paralisia nas áreas inervadas pelos nervos comprometidos.

Quando o acometimento neural não é tratado, ele pode provocar incapacidades e deformidades, pela diminuição da sensibilidade e da força muscular, enquanto que o quadro reacional também pode se manifestar somente com alterações neurais.²⁵

Denominam-se estados reacionais as reações agudas do organismo doente ao agente etiológico da doença, que ocorrem durante a evolução da hanseníase, apresentam-se em episódios inflamatórios agudos e subagudos, e podem acometer tanto os casos PB, como os MB.

Os estados reacionais podem ocorrer tanto durante os primeiros meses do tratamento da hanseníase, como antes ou depois do tratamento PQT, nesse caso, mesmo após a cura do paciente.

Em qualquer forma clínica da doença, com exceção da Forma Indeterminada, são reações mediadas por células ou anticorpos. Nas formas Tuberculóide e Dimorfa, as reações dependem da imunidade celular, e por isso são chamadas reações tipo I. As que ocorrem na forma Virchowiana, que são independentes da imunidade humoral, são ditas reações do tipo II ou eritema nodoso hansenico.^{5,8,24,26}

1.3 Incapacidades

A hanseníase nem sempre é um fator determinante no aparecimento das incapacidades, o paciente poderá apresentar deficiências, no entanto não necessariamente existirá a limitação da capacidade, pois é sabido que a incapacidade corresponde aos danos provocados pela doença quando acarretam a limitação das atividades ou restrições em participações.²³

O acometimento dos nervos mais superficiais ocorre devido a distância do nervo em relação à superfície da pele, ademais ao seu tropismo especial pelas fibras nervosas mais superficiais, acomete também os nervos de maior diâmetro do que os de menor diâmetro²⁷ atingindo desde as terminações da derme até os troncos nervosos.

A neuropatia hansênica compromete fibras nervosas sensitivas, motoras e autonômicas prejudicando a sensibilidade cutânea em relação a sensibilidade térmica e tátil, assim como, a sensibilidade profunda, na modalidade dolorosa.²⁸ Anatomicamente o comprometimento pode ser classificado como mononeurite múltipla, pois poderá se instalar em um ou vários nervos¹⁵. Este comprometimento poderá causar dor intensa, hipersensibilidade do nervo, edema, déficit motor e sensitivo, devido à ação direta do bacilo no organismo, ou à reação do organismo ao bacilo, ou ainda por ambas as situações.

Quando o bacilo atinge o tecido irá ocorrer uma resposta inflamatória, que poderá ser muito variada, podendo ser uma resposta intensa com infiltrações granulomatosas de todo o parênquima neural resultando em uma destruição dos nervos periféricos alterando nitidamente sua função ou poderá apenas ocorrer uma mínima alteração funcional ou nenhuma alteração funcional.¹¹

O acometimento neural assintomático, neurite silenciosa assim chamada por ocorrer sem dor ou hipersensibilidade do nervo, poderá acarretar alterações de sensibilidade e/ou de força motora no indivíduo, por isso devem ser identificadas por meio de avaliações periódicas, mesmo quando não há queixa por parte do paciente. Nesta avaliação deve ser considerado os nervos envolvidos com maior frequência como o nervo facial (VII par craniano), trigêmeo (V par craniano), ulnar, mediano, radial, fibular comum e o tibial.^{11,15}

O organismo na tentativa de destruir diretamente o bacilo ou células parasitadas por ele faz com que ocorra um processo inflamatório gerando assim o

que é denominado deficiência primária da estrutura acometida (orquite, uveíte, neuropatia), enquanto que as deficiências que poderão surgir em função da falta de ações preventivas, por parte dos profissionais e ou do próprio paciente, são chamadas de deficiências secundárias, e irão surgir na forma de garra rígida, mal perfurante plantar, reabsorção óssea, iridociclite, entre outras.

Lembrando que os problemas que afetam as funções ou as estruturas corporais, com importantes alterações e/ou perda total das funções, que venham a dificultar a realização de atividades de um modo temporária ou permanente, é considerado deficiência, esses mecanismos causadores de deformidades e de incapacidades ocorrem através da lesão direta nos nervos, chamados neurogênicos que são considerados como lesões primárias (déficit sensitivos, motores e autonômicos), já os processos inflamatórios específicos crônicos são os não-neurogênicos que se caracterizam pelas infiltrações denominadas hansenomas, causadores das lesões secundárias (retrações, lesões traumáticas e infecções pós traumáticas).^{5,17,30}

1.3.1 Avaliação das incapacidades

Uma das funções do fisioterapeuta integrante da equipe multidisciplinar no Programa de Assistência ao Hanseniano é a realização da avaliação sensitiva e motora, com a finalidade de verificar as alterações que podem ocorrer pelo acometimento dos nervos periféricos.

A avaliação deve ser realizada segundo o protocolo do Ministério da Saúde,¹⁴ e pode ser aplicada em qualquer unidade de saúde pública por profissional da equipe de saúde treinado com este objetivo; dessa forma, os municípios que não possuem serviço de referência podem realizar os testes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Podem ser capacitados para este fim o médico, o enfermeiro, os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários de saúde.^{14,29}

Inicialmente a avaliação é realizada através da inspeção que busca a identificação da presença de sinais de comprometimento neural tais como ferimentos, calosidades, alterações no trofismo e coloração da pele, presença de garras ou qualquer outra alteração articular que evidencie tal comprometimento.

Para a realização do teste de sensibilidade é utilizado o estesiômetro, que é constituído por fios de nylon com comprimento de 38 milímetros e diâmetros variados. Ao aplicar o filamento sobre a pele, este deverá curvar-se e isso dependerá do diâmetro do fio e da força aplicada, os filamentos variam de 0,05 g a 300 g. A aplicação de força progressiva ao realizar o teste, possibilita avaliar e quantificar a percepção do tato e pressão e correlacionar aos parâmetros funcionais. Com o objetivo de facilitar a aplicação do estesiômetro pelos diferentes profissionais, o Manual do Ministério da Saúde organiza graficamente diferentes cores que representam cada nível funcional (Figura 5) e o avaliador deverá preencher na ficha de avaliação neurológica simplificada as estruturas potencialmente comprometidas pelo MH (mãos, pés e face) (Figura 6).¹²

Figura 5 – Representação das cores dos monofilamentos

LEGENDA		CADA FILAMENTO CORRESPONDE A UM NÍVEL FUNCIONAL REPRESENTADO POR UMA COR
Verde		0,05 g - sensibilidade normal na mão e no pé
Azul		0,2 g - sensibilidade diminuída na mão e normal no pé - dificuldade para discriminar textura (tato leve)
Violeta		2,0 g - sensibilidade protetora diminuída na mão - incapacidade de discriminar textura - dificuldade para discriminar formas e temperatura
Vermelho (fechado)		4,0 g - perda da sensibilidade protetora na mão e às vezes no pé - perda da discriminação de textura - incapacidade de discriminar formas e temperatura
Vermelho (marcar com x)		10 g - perda da sensibilidade protetora no pé - perda da discriminação de textura - incapacidade de discriminar formas e temperatura
Vermelho (circular)		300 g - permanece apenas a sensação de pressão profunda na mão e no pé
Preto		- sem resposta - perda da sensação de pressão profunda na mão e no pé

Fonte: Guia para o Controle da Hanseníase, Ministério da Saúde, 2008¹²

A avaliação neurológica simplificada é realizada para verificar a o estado e a função do nervo motor e sensitivo, monitorando assim a resposta ao tratamento, por isso é importante que a avaliação neurológica do paciente seja feita com frequência. Segundo orientações do Ministério da Saúde, a avaliação neurológica deve ser realizada no momento do diagnóstico, semestralmente e na alta do tratamento, no

entanto poderá ser feita trimestralmente ou mensalmente quando o serviço tiver disponibilidade também durante as neurites, reações ou na suspeita das reações.¹⁴

A Figura 6 apresenta o modelo utilizado para registro da avaliação neurológica e do Grau de Incapacidade em membro inferior.

Figura 6 – Ficha de avaliação neurológica simplificada do Manual de Prevenção de Incapacidades do Ministério da Saúde.¹²

MEMBROS INFERIORES		1*	/	/	2*	/	/	3*	/	/
Queixa principal										
Palpação de nervos		D	E		D	E		D	E	
Fibular										
Tibial posterior										
Legenda: N = normal E = espessado D = dor										

Avaliação da força		1*	/	/	2*	/	/	3*	/	/
		D	E	<th>D</th> <th>E</th> <th> <th>D</th> <th>E</th> <th> </th></th>	D	E	<th>D</th> <th>E</th> <th> </th>	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

1*		/	/	2*		/	/	3*		/	/
D	E	<th> <th>D</th> <th>E</th> <th> <th> <th>D</th> <th>E</th> <th> <th> </th></th></th></th></th>	<th>D</th> <th>E</th> <th> <th> <th>D</th> <th>E</th> <th> <th> </th></th></th></th>	D	E	<th> <th>D</th> <th>E</th> <th> <th> </th></th></th>	<th>D</th> <th>E</th> <th> <th> </th></th>	D	E	<th> </th>	

Legenda: Caneta/filamento lilás (2 g): 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	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 decorrente da hanseníase
I	Diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos Diminuição ou perda da sensibilidade nas mãos e /ou pés (não sente 2 g ou toque da caneta)
II	Olhos: lagofalmo e/ou ectrópio; triquíase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6 m 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

Para avaliação da força muscular usamos o método subjetivo em que a mesma é graduada de 0 a 5, sendo o grau 0 correspondente a ausência de contração muscular e o grau 5 consistindo em realizar o movimento completo contra a gravidade e resistência máxima.

1.3.1 Face

Podemos dizer que o conceito de beleza está intimamente relacionado com a face, e o equilíbrio das proporções entre os olhos, boca, sobrancelhas, nariz, irão constituir elementos fundamentais para a harmonia entre o indivíduo e o seu “eu”, alterações que possam ocorrer na face, poderão quebrar essa harmonia acarretando prejuízos ao indivíduo, no relacionamento social, familiar, profissional, amoroso entre outros.²³

Na forma MB a hanseníase contribui de forma significativa no acometimento da face. Por isso a prevenção, tratamento das incapacidades e deformidades físicas causadas pela ação direta do bacilo sobre as estruturas, poderá evitar danos sociais que possam vir a ocorrer com o indivíduo.

O hansenoma pode ser encontrado na mucosa nasal, que é um dos locais favorito do bacilo, por isso o nariz pode ser acometido por deformidades, pois as cartilagens se atrofiam e muitas vezes não suportam o peso das partes moles, desabam, produzindo deformidades, assim o indivíduo poderá apresentar obstrução nasal, aumento da secreção nasal, que se torna viscosa, com mau odor e aderente à mucosa em forma de crostas. Ao tentar removê-las com as mãos, cotonetes ou outro instrumento qualquer produzirá traumatismos que sangram com frequência.⁴

O desabamento da pirâmide nasal pode ocorrer através da perfuração da cartilagem septal, pois nos pontos de erosão surgirão as úlceras, que se infectam com facilidade, se aprofundam e atingem a cartilagem septal e causam perda de substância da mucosa nasal que, ao cicatrizar, se retrai e eleva a ponta do nariz, enquanto que o acometimento das fibras do sistema nervoso autônomo pode provocar diminuição ou ausência de produção de muco nasal, com consequente

ressecamento da mucosa (rinite atrófica), tornando a mucosa acinzentada e frágil, pois o fornecimento sanguíneo também fica comprometido.¹⁵

A pele da orelha pode também sofrer com o processo inflamatório, comprometendo sua cartilagem, isto é uma condrite que pode levar ao aumento do tamanho da orelha pelo aumento da cartilagem o que origina o processo chamado megalóbulo ou “orelha em figo seco”, que pode ser corrigido cirurgicamente.¹

1.3.2 Aparelho visual e anexos

As estruturas anexas do bulbo ocular, pálpebras, os cílios, os supercílios, as glândulas e as vias lacrimais têm como função manter saudável sua superfície em contato com o meio externo, os anexos e as lágrimas protegem os olhos contra traumas e ressecamento durante a vigília e o sono, podendo ser comprometidos no MH por mecanismos neurogênicos e não neurogênicos.¹⁵

A lesão do bulbo piloso faz com que ocorra a queda dos pelos da sobrancelha, chamada de madarose superciliar, que se inicia pela parte lateral, podendo acometer toda a sobrancelha, tornando o rosto inexpressivo. Outras vezes, pode ocorrer a alteração da posição desses bulbos, possibilitando que os cílios cresçam em direção à córnea (triquíase) o que pode causar úlceras na córnea agravadas quando ocorre a perda da sensibilidade da córnea.¹⁶

Quando houver a regressão do processo inflamatório poderá ocorrer o excesso de pele na pálpebra superior (blefarocalásia), o que dá uma aparência envelhecida à face, além de dificultar enxergar, pelo excesso de pele sobre os olhos.²⁴

A face pode ser acometida de um modo geral pela frouxidão da pele, pois o infiltrado que causa edema tende a regredir com o tratamento deixando um excesso de pele por toda a face, salientando os sulcos e a formação de rugas precoces.

O piscamento pode ser comprometido pelo acometimento do ramo zigomático do nervo facial, pois esse inerva os músculos orbiculares responsáveis pelo fechamento palpebral quando esse nervo é atingido pode haver alteração do piscamento em diferentes graus de intensidade ou até mesmo levar a ausência do fechamento das pálpebras (lagoftalmo), que muitas vezes pode não ser percebido pelo indivíduo. O indivíduo pode não perceber que já é portador de lagoftalmo por

causa do fenômeno conhecido como fenômeno de Bell, isto é quando o indivíduo tenta fechar os olhos o globo ocular gira para cima e para fora, escondendo a córnea, fazendo crer ao paciente que ele realmente fechou os olhos.¹⁷

Então, ao existir uma falha no piscar a formação do filme lacrimal será comprometido, causando a epífora, decorrente da dificuldade na drenagem da lágrima para o saco lacrimal e seu bombeamento para o ducto lacrimonasal, resultando no ressecamento da córnea, seguido pela desidratação das células do epitélio corneano, provocando sua decomposição e o aparecimento de ulcerações pela evaporação rápida da lágrima, aparecendo assim os sintomas de queimação ocular, fotofobia, lacrimejamento e hiperemia conjutival.¹⁶

A dacriocistite é uma infecção causada pela obstrução do ducto lacrimo nasal, decorrente da paralisia dos músculos orbiculares, e pelo desabamento nasal prejudicando a drenagem da lágrima, contribuindo para a alteração da simetria facial, assim como os hansenomas que podem se abrigar nas pálpebras paralisadas tornando mais um fator contribuinte na desarmonia facial.

A paralisia dos músculos orbiculares leva a dacriocistite, que é uma infecção causada pela obstrução do ducto lácrimo-nasal, ou seja, pelo fato do músculo da face estar paralisado, o mesmo causa a obstrução do ducto e o desabamento nasal, que prejudicará a drenagem da lágrima para a fossa nasal, podendo ainda causar infiltrações nas pálpebras pelos hansenomas. Todas essas sequelas levarão a uma desarmonia facial, no qual o indivíduo apresentará uma face disforme, apresentando alterações no nariz e nas pálpebras.⁹

A avaliação do grau da incapacidade dos olhos é determinada pela identificação do número e do tipo de problemas diagnosticados, segundo o Guia para Controle da Hanseníase, elaborado pelo Ministério da Saúde, em 2008 (Quadro 1).

Quadro 1 - Avaliação dos Olhos

GRAU	AVALIAÇÃO OLHOS
0	Nenhum problema com os olhos devido à hanseníase
1	Diminuição ou perda da sensibilidade
2	Lagofalmo e/ou ectrópio Triquíase Opacidade corneana central (devido à diminuição da lágrima) Acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6 cm

Fonte: Guia para o controle da hanseníase.

1.3.3 Membros superiores

Desde que nascemos nossas mãos são primordiais para a execução de tarefas no nosso dia a dia e de grande importância para a nossa sobrevivência, quando essas tarefas passam a ser prejudicadas pela hanseníase poderá gerar estigma e abalar assim o equilíbrio emocional do indivíduo. Por isso são de grande valia as ações de orientação e prevenção das deformidades oriundas da doença, o tratamento e acompanhamento serão fundamentais para a manutenção da independência, proteção e melhoria da autoestima do indivíduo facilitando também o seu convívio social.

O acometimento dos principais nervos do membro superior (ulnar, mediano e radial) causam as incapacidades e deformidades, pois ao serem comprometidos poderá ocorrer diminuição ou perda da força muscular. O comprometimento neurológico dos membros superiores acontecem em determinados pontos de seu trajeto, e habitualmente seguem a mesma sequência de comprometimento: iniciando-se pelo nervo ulnar, depois o mediano e por último o nervo radial; há algumas hipóteses que buscam explicar estas peculiaridades: uma delas é a presença de estruturas anatômicas restritivas ao nervo, como por exemplo o nervo ulnar cujo ponto que costuma ser o mais acometido é próximo à goteira epitrocleo-olecraniana, no cotovelo, onde efetivamente há um túnel ósseo fechado por um forte ligamento.^{15,27}

Em relação ao nervo mediano podemos afirmar que seu acometimento maior se dá no túnel do carpo, já o nervo radial, cujo comprometimento é menos usual, no entanto, quando é atingido, seu ponto de maior comprometimento é no canal de torção do úmero.²⁷

Considera-se também que uma justificativa para a maneira como se faz o comprometimento dos nervos dos membros superiores é o fato dos mesmos se encontrarem mais superficialmente associado aos locais de temperatura menor do que o corpóreo e facilmente sujeitos a traumas.³²

É função do profissional de saúde que atende um paciente hanseniano identificar o quanto as queixas interferem no dia-a-dia, na profissão ou no lazer do indivíduo, uma vez que esses nervos são mistos, possuem fibras sensitivas, motoras e autonômicas e assim pode ser que ocorram alterações em todos os aspectos, ademais devemos correlacionar as queixas ao quadro clínico do paciente.^{16,21}

A paresia e/ou paralisia da musculatura intrínseca (músculos interósseos, lumbricais e outros) da mão se dá pelo acometimento do nervo ulnar, o que leva à hiperextensão das articulações metacarpo-falangianas do segundo ao quinto dedos, com flexão das interfalangianas.¹⁶

Inicialmente a garra atinge o quarto e quinto dedo da mão; quando a lesão é avançada atingirá também o segundo e terceiro dedos, as articulações mais distais serão impedidas de se estender, perdendo assim o poder de tração dos tendões extensores o que irá determinar o quadro denominado de “garra ulnar”, assim, como ocorre a ausência de musculatura intrínseca estabilizando as articulações metacarpofalangeanas, haverá o esgotamento do poder de tração dos tendões extensores impedindo que as articulações mais distais se estendam (Figuras 7 e 8).²⁷

Figura 7 – Garra Ulnar



Fonte: Guia para o controle da Hanseníase.¹⁴

Figura 8 – Mãos já com atrofia e ferimentos decorrentes da anestesia.



Fonte: Prof. Dácio Broggiato Júnior

A avaliação do grau de incapacidade das mãos é determinada pelo número e tipo de lesão identificada no exame físico do paciente, com base em graus definidos em instrumento elaborado pelo Ministério da Saúde, em 2008 (Quadro 2).

Quadro 2 - Avaliação das mãos

GRAU	AVALIAÇÃO DAS MÃOS
0	Nenhum problema com as mãos devido à hanseníase
1	Diminuição ou perda da sensibilidade
2	Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas Garras Reabsorção Mão caída

Fonte: Guia para o controle da hanseníase.¹⁴

1.3.2 Membros inferiores

O movimento faz parte do desenvolvimento do ser humano, apoiado em suas pernas e pés o homem trilha seu caminho, vive em liberdade e corre atrás de seus objetivos, a soma de movimento e liberdade, aproxima o homem da tão sonhada felicidade, então ele caminha pelo tempo, na falta dos pés e pernas pode haver um tropeço em sua busca.

Na hanseníase o acometimento dos membros inferiores interferirá no cotidiano do indivíduo, as deformidades e incapacidades poderão se tornam aliadas nas dificuldades que surgem no dia-a-dia, por isso é de extrema importância o acompanhamento e tratamento da doença.

Quando ocorre o comprometimento do nervo fibular em seu ramo profundo, podemos observar alterações nos músculos tibiais anteriores, extensor longo do hálux e extensor longo dos dedos. A perda da força de contração desses músculos reduz ou impede a dorsiflexão do pé e a extensão dos dedos, ao acometer o ramo superficial irá aparecer alterações motoras nos músculos fibulares longo e curto (eversores).

Com a retração do tendão de Aquiles ocorrerá a limitação do mecanismo de dorsiflexão, levando o pé para a posição de flexão plantar, chegando a rigidez do tornozelo, denominado pé equino.⁶

Com o comprometimento dos músculos eversores, retrações irão ocorrer nas estruturas mediais do tornozelo, predominando a ação dos inversores, principalmente o músculo tibial posterior. O pé se posicionará em inversão, podendo tornar-se rígido, em varo. Quando a lesão atinge os dois ramos, ocorrem as deformidades de pé equino-varo móvel, podendo tornar-se rígido, aumentando a pressão na borda lateral e no quinto metatarsiano (Figura 9).¹⁷

Figura 9 - Pé equino varo



Fonte: Guia para o controle da hanseníase.¹⁴

Os músculos lumbricais e interósseos desempenham papel de fundamental importância na ação sinérgica entre os músculos flexores e extensores, a lesão do nervo tibial irá comprometer toda a musculatura intrínseca do pé adquirindo a postura em “garra” em graus distintos, conforme as perdas motoras.⁴

As garras são caracterizadas pela extensão discreta ou hiperextensão das articulações metatarso falangeanas, com conseqüente flexão das articulações interfalangeanas proximais e distais, quando o movimento passivo é mantido nas articulações passa a ser denominada “garras móveis”, com o passar do tempo com a evolução das articulações para o estado de rigidez, passa a ser chamada de garras rígidas (Figura 10).¹⁰

Figura 10 – Garra nos artelhos



Fonte: Guia para o controle da hanseníase.¹⁴

a) Úlcera plantar

A úlcera plantar comum na hanseníase está intimamente relacionada ao nível de sensibilidade protetora, seu risco é aumentado considerando-se alguns fatores como paralisia, alterações dos músculos intrínsecos do pé, perda do coxim normal sob a cabeça dos metatarsianos, pele ressecada, pés com deformidades como garras, alterações ósseas e biomecânicas, assim como a realização de atividades como caminhadas, corridas e outras atividades que realizadas de forma inadequada contribuem para o aparecimento das úlceras plantares.⁴

O indivíduo deverá ficar atento aos primeiros sinais da lesão, quando possui a sensibilidade protetora preservada, a dor é um sinal de alerta, devendo realizar repouso e cuidados como a proteção dos pés, o indivíduo com alteração de sensibilidade deverá ficar atento e realizar a inspeção dos seus pés conseguindo identificar assim as primeiras alterações e tomar os cuidados necessários.

A úlcera pode se iniciar por um hematoma sub-dérmico e edema, o que é chamado de fase da pré-úlcera, se não houver a interrupção dos mecanismos que

estão provocando este trauma haverá um maior acometimento dos tecidos evoluindo para um abscesso com ulceração.⁶

Figura 11 – Pé com mal perfurante plantar



Fonte: Prof. Dr. Dácio Broggiato Júnior

Diante desses fatores, fica clara a importância da educação da pessoa para a prevenção das úlceras plantares, particularmente no que se refere ao exame diário do pé e dos sapatos e aos cuidados quanto à marcha.

b) Desintegração do tarso (artropatia de Charcot)

A perda gradual ou rápida dos ossos do pé, articulação do tarso ou metatarso em um pé que tenha perdido a sensibilidade protetora, recebe várias denominações, tais como: articulação neuropática, desintegração do tarso, artropatia de Charcot entre outras.²⁸

A repetição do trauma irá causar um aumento dos danos, após uma fratura inicial se o indivíduo continuar a caminhar, o tecido não terá tempo hábil para a sua recuperação, podendo ocorrer sérias deformidades.

A avaliação do grau das incapacidades dos pés, de forma análoga às anteriores, também é o resultado do número e tipo de ocorrências identificadas ao exame físico (Quadro 3).

Quadro 3 - Avaliação dos pés

GRAU	AVALIAÇÃO DO PÉ
0	Ausência de incapacidade funcional. Sensibilidade protetora presente em toda a superfície plantar: o paciente pode sentir o toque leve com a caneta esferográfica.
1	Perda da sensibilidade protetora na superfície plantar: o paciente não pode sentir o toque leve com a caneta esferográfica
2	Perda da sensibilidade protetora na superfície plantar com outras complicações, tais como: • Úlceras tróficas e/ou lesões traumáticas. • Garras. • Pé caído. • Reabsorção. • Contratura do tornozelo.

Fonte: Guia para o controle da hanseníase.¹⁴

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar o grau de incapacidades, forma clínica, idade e gênero dos pacientes com hanseníase, que são atendidos em consulta inicial no Centro de Especialidades da Policlínica Municipal “Dr. Edward Maluf”, em Sorocaba/São Paulo.

2.2 Objetivo Específico

Elaborar manual com informações que auxiliem na prevenção das incapacidades decorrentes do MH, e orientações para que os pacientes saibam identificar os sinais e sintomas da neuropatia e assim busque o serviço para receber o tratamento necessário.

3. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo, em que se buscou caracterizar a população atendida no serviço de referência em Hanseníase.

Este estudo tem caráter investigativo e foi realizado a partir da coleta de dados disponíveis nos arquivos do Centro de Especialidades da Policlínica Municipal “Dr. Edward Maluf”, em Sorocaba /São Paulo. Os pacientes atendidos na instituição são encaminhados pelas UBS, após consulta preliminar. Além destes, existem indivíduos que procuram a policlínica diretamente sem passar por avaliação médica prévia, buscando de maneira específica o setor de hanseníase. Todos os atendidos são acolhidos e encaminhados ao Serviço de Dermatologia, que realiza o diagnóstico, classifica os pacientes segundo o Grau de Incapacidade em que se encontra e inicia o tratamento medicamentoso. Em seguida, o paciente é atendido por uma equipe multiprofissional, composta por profissionais de enfermagem, de fisioterapia, e de outras áreas, com o objetivo de promover o atendimento integral de suas necessidades.

3.1. Coleta de Dados

A coleta de dados para a identificação da classificação e dos diagnósticos iniciais dos pacientes com MH foi realizada após autorização do gestor responsável pelo setor (Anexo A), foram analisados os registros da totalidade dos pacientes atendidos em primeira consulta no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2013, que somaram 200 pacientes.

4. RESULTADOS

4.1 Análise dos achados clínicos dos pacientes

Efetuada a leitura dos dados constantes no material de pesquisa, constatou-se que entre os 200 pacientes com hanseníase atendidos em primeira consulta no período estudado existiam 106 mulheres (53%) e prevalência de maiores de 50 anos foi de 37,50% (Tabelas 1 e 2).

Tabela 1- Distribuição dos pacientes atendidos no Setor de MH da Policlínica de Sorocaba no período de 2009 a 2013, segundo o gênero:

Gênero	Frequência	%
Masculino	94	47,00
Feminino	106	53,00
Total	200	100,0

Fonte: Tabela elaborada pela autora.

Tabela 2- Distribuição dos pacientes atendidos no setor de MH da Policlínica de Sorocaba no período de 2009 a 2013, segundo as faixas de idade:

Faixas de idade	Frequência	%
Até 10 anos	6	3,00
10,1 a 20 anos	16	8,00
20,1 a 30 anos	25	12,50
30,1 a 40 anos	39	19,50
40,1 a 50 anos	39	19,50
Mais de 50 anos	75	37,50
Total	200	100,0

Fonte: Tabela elaborada pela autora.

Na avaliação inicial, foi determinado o Grau de Incapacidade de cada paciente, sendo que 129 deles apresentavam-se no Grau 0, 25 pacientes no Grau 1 e 30 pacientes foram classificados como no Grau 2 (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes atendidos o Setor de MH da Policlínica de Sorocaba no período de 2009 a 2013, segundo a avaliação inicial do Grau de Incapacidade:

Grau	Frequência	%
0	129	64,50
1	25	12,50
2	30	15,00
Não referido	16	8,00
Total	200	100,0

Fonte: Tabela elaborada pela autora.

Graus de Incapacidade:

0 não apresenta comprometimento neural

1 Apresenta diminuição ou perda da sensibilidade

2 Apresenta incapacidades ou deformidades

Também na consulta inicial os pacientes foram classificados segundo o status da doença, ou seja, sua forma de apresentação clínica: Indeterminada, Tuberculóide, Dimorfa ou Virchowiana (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição dos pacientes atendidos o Setor de MH da Policlínica de Sorocaba no período de 2009 a 2013, segundo a avaliação inicial da Forma de Apresentação Clínica: Indeterminada (I), Tuberculóide (T), Dimorfa (D) ou Virchowiana (V).

Forma Clínica	Frequência	%
Indeterminada	8	4,00
Tuberculóide	98	49,00
Dimorfa	55	27,50
Virchowiana	39	19,50
Total	200	100,0

Fonte: Tabela elaborada pela autora.

4.2 Manual de Cuidados

Com base na análise empreendida e para atender aos objetivos da presente investigação, foi elaborado o “Manual de Cuidados para pacientes com Hanseníase”, cuja finalidade é promover a orientação, a prevenção e divulgar os cuidados necessários para evitar ou reduzir futuras incapacidades.

Com o intuito de aperfeiçoamento e adequabilidade do material para pacientes atendidos na Policlínica de Sorocaba, elaboramos uma proposta inicial de texto para o manual. De posse do Manual já impresso, solicitamos a 3 pessoas que foram tratadas de MH, sendo duas mulheres com idade de 66 e 70 anos e um homem com 80 anos para que realizassem a leitura crítica do texto. Após a leitura consideraram que o manual foi de fácil leitura e entendimento, destacando que concordam que o melhor é a possibilidade de se aprender a realizar os exercícios em casa, não houve nenhuma sugestão para alteração do manual, mas grande interesse em levar o manual para casa.

Esse manual deverá ser entregue aos pacientes logo no início do tratamento e encontra-se no Apêndice A.

5. DISCUSSÃO

O autocuidado é um fator determinante no prognóstico da qualidade de vida do paciente com hanseníase, uma vez que as sequelas podem se instalar de maneira lenta e insidiosa. Por outro lado, reconhecer precocemente o comprometimento de órgãos e estruturas corporais, e empregar práticas que reduzam as agressões ao indivíduo pode evitar ou determinar a ocorrência de menores graus de sequelas.

Sendo assim, é de extrema importância que o indivíduo seja orientado a realizar as inspeções em áreas específicas de seu corpo para que, ao ocorrerem as primeiras manifestações da doença, ele possa tomar as medidas necessárias para que não se desenvolvam os ferimentos e deformidades.

Na qualidade de profissional da equipe de saúde, o fisioterapeuta frequentemente experimenta a angústia da falta de acompanhamento regular do paciente. Em geral, seu contato ocorre apenas na primeira avaliação para orientações específicas da atenção fisioterápica ao paciente com hanseníase, e no momento da avaliação para a alta. Ainda que o paciente seja orientado procurar o serviço de referência, no caso de perceber alguma alteração, dificilmente isso ocorre. Em condições ideais seria interessante que esse paciente comparecesse ao serviço com maior frequência, o que determinaria maiores possibilidades de orientação e reforço para as práticas de autocuidados e de um acompanhamento profissional mais próximo.

Ao observar o perfil dos pacientes atendidos no Setor de MH da Policlínica “Dr. Edward Maluf,” no período estudado, foi possível perceber maior incidência de mulheres portadoras de hanseníase em primeira consulta, ao contrário do descrito na literatura, que mostra um acometimento maior em homens do que em mulheres. Os motivos que determinam o maior comprometimento masculino não são bem conhecidos, mas essa situação pode estar relacionada tanto com diferenças epidemiológicas, quanto com alguns fatores operacionais³⁰. Poderíamos explicar a situação inversa de nossa casuística por algumas situações, por exemplo, a maneira como se faz a estratégia de busca ativa dos casos novos ou contactantes de MH. Em Sorocaba a equipe responsável por essa tarefa é composta em sua grande maioria por mulheres e isso poderia ser um viés para menor abrangência de

pacientes masculinos. A ocorrência maior de mulheres do que homens também poderia ser atribuída ao fato de que as mulheres estão mais habituadas a frequentar os serviços de saúde oferecidos pelas UBS, já que elas costumam participar dos atendimentos de prevenção de câncer ginecológico. Além disso, é habitual a elas levarem seus filhos para a puericultura. Outra possibilidade pode se relacionar ao fato de os homens terem maior reserva em relação a buscar ajuda frente a alguma anormalidade detectada em seu corpo, como as manchas ou áreas de redução de sudorese. Há ainda a hipótese de que os homens teriam maior preconceito em pensar ser portador de hanseníase, pelo estigma que essa doença carrega e assim, evitarem acessar os serviços de saúde.

As mulheres apresentaram maior incidência do grau de incapacidade 0, enquanto a maioria dos homens apresentou o grau 2. Esse achado é consistente com o descrito acima de que os homens tendem a protelar a ajuda médica para situações relacionadas com o MH. Considerando as diferenças encontradas entre os gêneros, verificamos que esse achado é também verificado por outros autores, pois há estudos mostram que o MH pode alterar significativamente a estrutura familiar, pois a mulher, mãe, esposa, culturalmente se dedica a cuidar do doente, enquanto que a mulher afetada pela doença encontra barreiras que podem atrapalhar na execução de suas atividades diárias, como cuidar do lar. Dessa forma, ela sofre dupla discriminação, ser mulher e estar doente. Muitas vezes, se apega à religião e ainda traz consigo o temor estético, pois tem medo de ficar feia, sente vergonha. Ademais as mulheres estão mais habituadas a examinarem seu corpo, da mesma forma que são mais frequentadoras dos serviços de saúde. Por sua vez, a preocupação masculina desloca-se em relação à questão econômica, pois o homem é quem, na maioria das vezes, sustenta o lar.³¹

Segundo o Ministério da Saúde, em 2011 no Brasil, foram diagnosticados 2.165 novos casos, sendo que 7,1% apresentavam grau 2 de incapacidade, ou seja, com presença de incapacidades e deformidades.^{15,32} Os Programas de Controle da Hanseníase, teriam como meta reduzir o coeficiente dos novos casos com grau 2, entre os anos de 2008 e 2015, bem como reduzir o número absoluto de casos em menores de 15 anos. Essa meta foi parcialmente atingida, pois em 2011 caracterizou-se a redução de 7,8% dos casos grau 2 na primeira consulta no grupo etário de mais jovens.¹³

A maior parte dos pacientes atendidos em primeira consulta no período estudado foi enquadrada clinicamente como sendo forma clínica Tuberculóide (49%), ou seja, a forma clínica denominada paucibacilar, seguido da forma Dimorfa (27%), ou multibacilar, e com menor frequência as formas Virchowiana e Indeterminada. Os estudos de outros serviços relatam que em uma UBS, em São Paulo, o predomínio da forma clínica é multibacilar, e 79% dos doentes de ambos os sexos apresentavam a forma Virchowiana e Dimorfa.¹⁴

Outro estudo realizado em um centro de referência na região centro-oeste, Mato Grosso do Sul, mostrou que 68% dos pacientes avaliados apresentavam a forma paucibacilar.¹⁷ Além deste, estudo realizado no Estado do Rio Grande do Sul verificou o acometimento maior de homens do que de mulheres das formas multibacilares, pois os homens apresentaram mais frequentemente a forma Virchowiana, que se destacava na ocorrência entre indivíduos com baixa escolaridade.³³

Isso demonstra que as formas clínicas variam de uma região para outra, e o controle da doença obrigatoriamente passa pela detecção precoce de casos.²¹

A situação clínica paucibacilar sugere ou se associa às condições de maior resistência individual às micobactérias causadoras do MH, não havendo ainda o comprometimento dos troncos nervosos. Para os casos incluídos nas situações denominadas multibacilares (formas Dimorfa e Virchowiana), existe maior carga bacilar e pouca resistência do organismo. Esses pacientes podem apresentar deformidades e incapacidades mais importantes, justamente pelo comprometimento de troncos nervosos.²¹

A ideia de confeccionar um manual surgiu em função da necessidade de tornar a informação mais acessível ao paciente, uma vez que tendo em mãos um manual, que ele possa levar para casa e consultar a qualquer momento, pode haver maior auto-vigilância para os sinais provenientes de alterações. Essa possibilidade amplia a prevenção de comprometimentos funcionais, especialmente para a população em estudo que, como pode ser observado no Quadro 3, tinha em sua maioria (64,0%) pacientes no grau 0 na consulta inicial. Portanto, ainda estão sem deformidades ou lesões decorrentes do MH.

Considerando-se que, com a evolução da doença, o grau de incapacidade pode variar, pois evolução e tempo da doença estão diretamente relacionados é, sobretudo, esse contingente de pacientes que pode se beneficiar dos autocuidados.

Poder contar com o apoio do manual, aos primeiros sinais de comprometimento, permite ao paciente com hanseníase melhores condições de autocuidados.

Nesse estudo, a frequência observada de pacientes já com incapacidades ou sequelas foi de 15,0%, ou seja, esses indivíduos estão no grau 2, para os quais os autocuidados são ainda mais importantes. Contudo, há necessidade de abordagem diferenciada, uma vez que as sequelas físicas e funcionais já existentes em decorrência do MH, neste grupo de pacientes, requer orientações individualizadas, segundo suas necessidades específicas. Ou seja, o presente manual pode ter menor valia ou relevância, para esse grupo de pacientes.

Para aqueles em situação intermediária (Grau 1), que corresponderam a 12,5%, a presença de diminuição ou a ausência de sensibilidade pode evoluir para deformidades, pois a sensibilidade é uma proteção contra riscos físicos. Uma vez alterada ou ausente, poderá favorecer a ocorrência de ferimentos, traumas que repetidamente causa deformidades e mutilações futuras. Para esse contingente, o manual ainda tem utilidade, pois as informações ajudam a reduzir o impacto das lesões do dia-a-dia. Em qualquer situação, a participação do paciente de hanseníase na prevenção das suas deformidades é fundamental, pois ele pode perceber, por meio de técnicas simples, como a automassagem, a inspeção nos pés, a verificação dos seus olhos, entre outras medidas, as alterações que silenciosamente podem se instalar com o passar do tempo.

O acesso aos conteúdos do Manual (Apêndice), que deve ser entregue aos pacientes por ocasião de sua avaliação inicial, poderá ajudá-los no processo de tratamento da doença, superando mitos e receios e difundindo orientações claras e necessárias.

O tratamento da hanseníase pressupõe a capacidade de observação, além de disciplina para o seguimento das orientações da equipe multidisciplinar, considerando-se que ela afeta de forma integral a vida pessoal, profissional e social do paciente e essa situação pode ser facilitada pela leitura e consulta do manual.

Além disso, o Manual procura veicular orientações para a utilização de utensílios e ferramentas, bem como hábitos de higiene pessoal adequados para pacientes de hanseníase, o que pode contribuir para a sua melhor qualidade de vida, colaborando para atenuar as eventuais incapacidades provocadas pela doença. Assim, acreditamos que todos os pacientes deveriam receber o Manual de Autocuidados, porém aqueles especialmente beneficiados serão os incluídos nas

formas multibacilares, já que a instalação de deformidades ou incapacidades poderá ter sua frequência e intensidade reduzidas. O Manual constitui um apoio para que o paciente entenda as alterações que podem ocorrer em seu organismo, e simultaneamente se conscientizar da relevância dos autocuidados e receber as informações relativas a práticas cotidianas que reduzem os riscos de pequenas lesões.

O momento mais oportuno para a entrega do Manual deve ser a avaliação inicial, em conjunto com as orientações que o fisioterapeuta ou outro membro da equipe multiprofissional de saúde dará ao paciente.

O paciente deve ser informado de que o Manual é um guia para algumas situações, contudo no próprio manual estão explícitas as direções de contato com a equipe de saúde, pois ele também é orientado a procurar a equipe, sempre que tiver dúvidas, para receber o atendimento necessário.

O Manual foi elaborado após alguns anos de experiência profissional no atendimento aos pacientes com hanseníase. Nesse contexto, foi possível observar que muitas vezes no primeiro momento, quando o paciente inicia seu tratamento, ele nem sempre consegue entender claramente as orientações recebidas. Acredito que o impacto gerado pelo grande número de informações, somado à dificuldade intrínseca causada pelo estigma de ser portador de MH e pelo baixo nível socioeconômico dos pacientes atendidos no Programa de Atenção à Hanseníase da Policlínica da Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba são os fatores que mais contribuem para a incorreta compreensão e pequena fixação das orientações de autocuidados.

Dessa forma, o Manual distribuído a todos os pacientes diagnosticados permitirá que, pacientes com grau zero, possam ampliar seus conhecimentos sobre a doença; pacientes com alteração de sensibilidade (classificados como grau 1), podem ser auxiliados para identificar alterações em fases precoces; e os pacientes com grau 2 podem agir para prevenir as complicações causadas pelas deformidades.

Acrescento que o Manual deverá sofrer atualizações periódicas, incluindo novas sugestões no esforço de beneficiar um maior número de pacientes.

6. CONCLUSÃO

Através deste trabalho foi possível caracterizarmos o perfil dos usuários do Serviço de Hanseníase da Policlínica Municipal “Dr. Edward Maluf”, em nossa casuística, houve mais mulheres atendidas em primeira consulta do que homens, a faixa etária prevalente foi a de maiores de 50 anos, a apresentação clínica mais usual foi Forma Clínica Indeterminada e o grau de comprometimento neuronal mais habitual foi o Grau 0.

Esses achados nos permitem afirmar que serão pacientes que podem se beneficiar das práticas de autocuidados.

Nesta direção, a idéia de confeccionar um Manual que objetiva a prevenção de incapacidades através de medidas fáceis de serem adotadas por parte do paciente, deverá contribuir no tratamento e na melhor condição clínica destes pacientes.

Algumas informações técnicas inseridas neste Manual contribuem para melhor a adesão ao tratamento e para alertar situações que devem ser atendidas pela equipe de saúde. Caberá ao Serviço que dá atendimento aos hansenianos se preparar para acolher esses pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Opromolla DVA, editor. Noções de Hansenologia. Bauru: Centro de Estudos “Dr. Reynaldo Quagliato”; 2000. p. 55.
2. Jopling W, McDougall A. Manual de hanseníase. 4^a ed. São Paulo: Atheneu; 1991.
3. Monteiro YN. Hanseníase: História e poder no Estado de São Paulo. Hansenol Int. 1987;12(1):1–7.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Controle da hanseníase: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 1989.
5. Eidt LM. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas , o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. Saúde Soc. 2004;13(2):76–88.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Lepra. Manual de leprologia. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 1960.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de condutas para alterações oculares em hanseníase. 2^a ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
8. Pimentel MIF, Borges E, Sarno EN, Nery JAC, Gonçalves RR. 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.
9. Rouquayrol MZ. Epidemiologia e saúde. 7^a ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2007. p. 251.
10. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. Ciênc Saúde Coletiva. 2008;13(4):1199–207.
11. 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.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de prevenção de incapacidades. 3^a ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. p. 141.

13. Organização Pan-Americana da Saúde. OMS divulga situação mundial da hanseníase [Internet]. 2014 [acesso em 18 mar 2014]. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=1477&Itemid=1
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia para o controle da hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. p. 89.
15. Corrêa CMJ, Ivo ML, Honer MR. Incapacidades em sujeitos com hanseníase em um centro de referência do Centro-Oeste brasileiro entre 2000-2002. *Hansen Int.* 2006;31(2):21–8.
16. Dias RC, Pedrazzani ES. Políticas públicas na hanseníase: contribuição na redução da exclusão social. *Rev Bras Enferm.* 2008;61(esp):753–6.
17. Vieth H, Salotti S, Passerotti S. Guia de prevenção ocular em hanseníase. São Paulo: Talmilep; 1995.
18. Ramos JMH, Souto FJ. Incapacidade pós-tratamento em pacientes hansenianos em Várzea Grande, Estado de Mato Grosso. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2010;43(3):293–7.
19. Finez MA, Salotti SRA. Identificação do grau de incapacidades em pacientes portadores de hanseníase através da avaliação neurológica simplificada. *J Heal Sci Inst.* 2011;29(3):171–5.
20. De Conti JO, Almeida SND, Almeida JA. Prevenção de incapacidades em hanseníase: relato de caso. *Salusvita.* 2013;32(2):163–74.
21. World Health Organization. Leprosy Elimination Project: status report 2002-03. Genebra: WHO; 2004.
22. Organização Mundial da Saúde. CIF Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: EDUSP; 2003. p. 222.
23. Gonçalves SD, Sampaio RF, Antunes CMF. Ocorrência de neurite em pacientes com hanseníase: análise de sobrevida e fatores preditivos. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2008; 41(5):464–9.
24. Opromolla DVA, Ura S. Atlas de hanseníase. Bauru: Instituto Lauro de Souza Lima; 2002. p. 47–9.
25. Sociedade Brasileira de Hansenologia. Academia Brasileira de Neurologia. Sociedade Brasileira de Neurofisiologia Clínica. Hanseníase: diagnóstico e tratamento da neuropatia. Projeto Diretrizes. Brasília: Associação Médica Brasileira; Conselho Federal de Medicina; 2003. p. 1–13.
26. Comitê Técnico da OMS sobre Hanseníase. “Seventh report.” Genebra: WHO; 1998.

27. Duerksen F. Introdução. In: Duerksen F, Virmond M, editors. *Cir Reparadora e Reabil em Hansen*. Bauru: Centro de Estudos “Dr. Reynaldo Quagliato”, Instituto Lauro de Souza Lima; 1997. p. 17–20.
28. Margarido-Marchese L. Hanseníase. In: Veronesi R, Foccaglia R, editors. *Tratado Infectol*. 2^a ed. São Paulo: Atheneu; 2002. p. 744.
29. Opromolla DVA, Baccarelli R, editors. *Prevenção de incapacidades e reabilitação em hanseníase*. Bauru: Instituto Lauro de Souza Lima; 2003.
30. Organização Mundial da Saúde. *Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da Hanseníase (período do Plano: 2011-2015)*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2010. p. 19.
31. Oliveira MH, Romanelli G. Os efeitos da hanseníase em homens e mulheres : um estudo de gênero. *Cad Saude Publica*. 1998;14(1):51–60.
32. Brasil.Ministério da Saúde. Ministério lança campanha de combate à hanseníase [Internet]. 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/noticias-svs/8651-ministerio-lanca-campanha-de-combate-a-hanseniase>
33. Carneiro M, Possuelo LG, Valim ARM, Duro L. Situação endêmica da hanseníase em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. *Rev Epidemiol e Control Infecção*. 19 mar 2012;2(1):10–3.

APÊNDICE A - Documento de Solicitação para Autorização para Pesquisa à Policlínica Municipal Edward Maluf



Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde

Programa de Estudos Pós-Graduados "Educação nas Profissões da Saúde"

Sorocaba, 08 de maio de 2013.

Ilma. Sra.

Uiara Aline de Oliveira Caizer

Gerente de Enfermagem do Setor Hanseníase da
Policlínica Municipal Edward Maluf

Prezada Senhora,

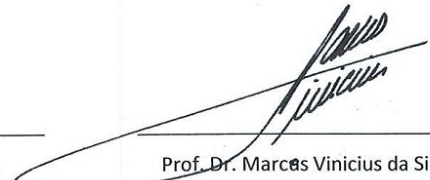
Venho, respeitosamente, solicitar autorização para a realização de pesquisa que subsidiará a dissertação de mestrado profissionalizante intitulado "**Hanseníase: incapacidades decorrentes do diagnóstico tardio**" de minha autoria, sob orientação do Prof. Dr. Marcos Vinicius da Silva, desenvolvido no curso de "**Mestrado Profissional - Educação nas Profissões da Saúde**", da FCMS-PUC/SP.

Para a realização da presente pesquisa foi escolhida a Unidade ou Setor Hanseníase da Policlínica, cenário de prática onde originou o interesse para o desenvolvimento do referido tema. O Projeto dessa pesquisa está em anexo, assim como as demais exigências para a sua efetivação.

Assumimos o compromisso ético de manter o anonimato dos pacientes e de mencionar o local de desenvolvimento do projeto, dando crédito ao setor, caso ele seja apresentado em quaisquer eventos científicos ou venha a ser publicado. Contando com a atenção e aprovação de V.Sa., agradeço antecipadamente.

Atenciosamente,


Rosemeire Rodrigues Garcia
Pesquisadora Responsável


Prof. Dr. Marcos Vinicius da Silva
Orientador

Rua Joubert Wey, 290 - Sorocaba/SP - CEP 13030-070 - Fone: (15) 3212-9878
<http://www.pucsp.br/> - pgeducsaude@pucsp.br

De acordo

Uiara Aline O. Kaizer
Supervisora de Área de Saúde
Coren/SP-145338

Cristiane Rodrigues de Lima
Diretora da Área
Policlínica Municipal de Sorocaba

**ANEXO A - Manual de Prevenção e Orientação sobre Incapacidades para
Pacientes com Hanseníase**



III

**MANUAL DE PREVENÇÃO E ORIENTAÇÃO
SOBRE INCAPACIDADES PARA PACIENTES
COM HANSENÍASE**

**SERVIÇO DE HANSENÍASE DA POLICLÍNICA “DR. EDWARD
MALUF” – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SOROCABA**

2014

Este Manual se destina aos pacientes e familiares de portadores de Hanseníase que deverão utilizá-lo para conhecer e praticar cuidados com seu corpo, no intuito de reduzir as consequências indesejáveis da doença.

**Saiba Mais:**

A hanseníase é uma doença que tem cura, mas pode causar alterações na sua pele, em suas mãos, pés e olhos, inclusive provocando deformidades e incapacidades. Por isso, cuide-se!

Autocuidado é uma atividade que você mesmo pode fazer, para identificar rapidamente as alterações e prevenir complicações.

Por isso você deve fazer a auto inspeção, ou seja, se examinar, procurando avaliar os seus olhos, o seu nariz, sua pele, suas mãos e pés.

LEMBRETE:

- Devemos tomar apenas medicamentos que são prescritos pelo médico
- Tomar o remédio certo
- A dose certa
- Na hora certa

Olhos

Ao piscar você estará impedindo que agentes estranhos, como a poeira, entre em contato direto com a sua córnea, auxiliando a lubrificação da superfície ocular.

1. Examinado seus olhos

- Verifique se está conseguindo piscar normalmente, ou se sente alguma dificuldade;
- Realize o movimento de piscarem frente a um espelho

Figura 1 Olhando para o espelho



- Pisque 5 x devagar e com suavidade

Procure verificar:

- Se você consegue piscar ;
- Se os dois olhos piscam juntos, ao mesmo tempo;
- Se você tem dificuldade ao piscar com um dos olhos.

Caso note alguma alteração quando piscar procure seu fisioterapeuta.

SERVIÇO DE HANSENÍASE DA POLICLÍNICA “DR. EDWARD MALUF”
(15)32192200 - Ramal 16

Abrir e fechar os olhos

O movimento de abrir e fechar os olhos envolve alguns músculos, que podem estar comprometidos



Lembrete

As pálpebras são duas pregas móveis, dotadas de cílios, que protegem a superfície anterior do globo ocular

Abrir e fechar os olhos faz parte de um movimento que podemos realizar quando desejamos, verifique se você consegue realizar esses movimentos, pois eles são importantes, lembre-se que ao fecharmos os olhos estamos protegendo-os das agressões, não esqueça que é importante mantê-los fechados enquanto dormimos.

Figura 2 Abertura forçada dos olhos



2. Exercício para as pálpebras

- Olhe para o espelho, abra e feche seus olhos.
- Verifique se você consegue realizar esse movimento com facilidade.
- Abra seus olhos e os mantenha abertos (conte lentamente até 3).
- Em seguida feche seus olhos e novamente conte até 3.
- Realize esse exercício pelo menos 3 vezes ao dia por 10 vezes em cada ocasião.

Você sabia que a hanseníase pode também afetar os olhos

Seus olhos podem arder, coçar, ficarem vermelhos, doer, para isso existem vários motivos fique atento!

A avaliação dos seus olhos deve ser feita por um profissional, que lhe orientará quanto aos cuidados que você deverá ter.

Corpo estranho – Se algo entrar nos seus olhos poderá machucar, é importante o uso de equipamento de proteção como os óculos, que irão proteger seus olhos ao realizar tarefas que possam colocar eles em risco.

Caso aconteça de entrar um corpo estranho em seus olhos, lave bem seus olhos com água limpa e procure ajuda profissional.

SERVIÇO DE HANSENÍASE DA POLICLÍNICA “DR. EDWARD MALUF”
(15)32192200 - Ramal 16



Saiba Mais

Triquíase é quando os cílios ficam virados para dentro, podendo causar lesão. Procure orientação profissional, não tente retirá-los você mesmo, pois poderá se machucar.

Lagofthalmo inicial é quando você não consegue fechar totalmente os seus olhos porque os músculos responsáveis por esse movimento estão enfraquecidos podendo causar ressecamento, por isso é importante realizar os exercícios que lhe foram orientados.

Caso você tenha lagofthalmo utilize mascara de pano forrada de espuma, para dormir.

Figura 3 Proteção para os olhos



Aplicação de colírio: Caso seu médico oriente o uso de colírio, para aplicá-lo, lembre-se de:

- Abra bem os olhos, incline a cabeça para trás olhando para cima, não encoste a ponta do frasco de colírio nos olhos,
- Após a aplicação, mantenha os olhos fechados por aproximadamente 30 segundos (conte lentamente até 30);
- Caso seja necessário enxugar de leve a parte externa.

Figura 4- Aplicação de colírio



Importante para a sua proteção

Use sempre óculos de sol

Use sempre chapéu com abas largas

Nariz

São importantes os cuidados que você deve ter com seu nariz. Quando você perceber que seu nariz está seco, entupido ou notar que ele sangra **NÃO** cutuque com o dedo ou com algum instrumento (pinça ou cotonete). Saiba que, na hanseníase, ele pode ficar comprometido. Não se esqueça de verificar também as condições da pele próxima ao nariz e se existe alguma ferida nesse local.



Saiba mais:

As infecções na região do nariz pode ser uma das causas das deformidades da face. Por isso mesmo sua prevenção evitara sequelas.

Prevenção - Nariz Ressecado

É comum também a hipersecreção nasal, ou seja, o nariz escorre com frequência, eliminando secreção, que pode secar e formar as crostas.

Recomendação: não retirar essas crostas com o dedo, cotonete ou outros objetos.

- Você deve hidratar, lubrificar as narinas usando água limpa, em temperatura ambiente, várias vezes ao dia

Figura 5 verifique a temperatura da água



Figura 6 mão em concha



Figura 7- Puxe a água pelo nariz e solte



- Coloque água limpa no côncavo da mão, aspire a água e deixe escorrer.



Saiba mais:

Úlceras nasais, popularmente chamadas de feridas, podem surgir durante o tratamento e após a cura clínica.

Sinais e sintomas mais frequentes: obstrução nasal, secreção, crostas, sangramento, dor, ulceração, diminuição ou ausência do olfato, podendo evoluir para a destruição do septo nasal.



Importante:

Úlceras: Limpeza, remoção das crostas, aplicação de pomada de antibiótico (conforme prescrição médica), recomendável repetir até a cicatrização.

Úlceras nasais cicatrizam com facilidade, desde que mantidas limpas e hidratadas (e que não se repitam os traumas).



O que são Crostas?

Crostas são popularmente “cascas”, que se formam no local onde havia excessivo muco.

O acometimento do nervo facial pode comprometer os movimentos, diminuindo a força da musculatura nasal.



Importante você realizar exercícios, pois poderá ocorrer o desabamento do que chamamos de pirâmide nasal.

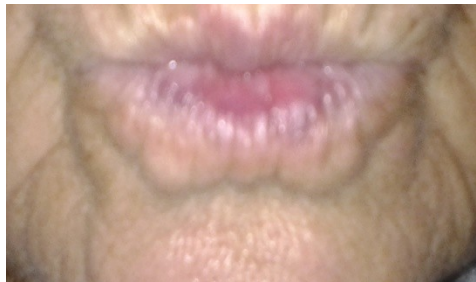
Exercícios

Figura 8- Elevação do nariz



Realize esses movimentos como exercício diariamente, pois eles irão ajudar a manter seus músculos fortalecidos.

Figura 9-Faça um bico



Faça o movimento mostrado acima e mantenha durante 3 segundos (conte lentamente até 3)

Realize esse exercício pelo menos 3 x ao dia por 10 vezes.

Figura 10 - Mãos e braços



Importante! Verifique se você sente:

- Dor, formigamento, fraqueza nas mãos
- Observa alguma diferença na sensibilidade em alguma das mãos.



Saiba Mais: Sua pele pode estar ressecada!

Hidrate sua pele mergulhando a mão e o antebraço em uma bacia com água, em temperatura ambiente.

Seque bem, depois complete a hidratação da sua pele, para isso utilize um creme hidratante, vaselina, óleo mineral ou vegetal.

Importante: Caso você tenha ferida ou micose entre os dedos da mão ou algum tipo de infecção, você não deverá realizar essa hidratação.

Figura 11- Hidratação das mãos



Figura 12- automassagem



Lembrete

- Após hidratar suas mãos, massageie-as
- Massageie-as, use hidratante, óleo mineral, creme.



Importante:

Para a sua proteção, será necessário adaptar alguns objetos que você utiliza no seu dia a dia, pois os nervos podem ser acometidos pelo bacilo, causando a perda da sensibilidade ao frio, ao calor e a dor, assim como alterar o tato.

Caso sua sensibilidade esteja alterada, você perceberá que não sente o calor, frio e a dor.

Adaptação de objetos que podem ajudá-lo a prevenir lesões protegendo você de queimaduras.

Figura 13- Adaptação de utensílios



Prolongue o cabo de seus utensílios, como panelas, tampas e bules e outros utensílios do seu cotidiano.

Para isso, você pode utilizar cabos de madeira, mas fique atento para que a madeira esteja lisa, que não tenha farpas assim evita ferimentos.

Fique atento, pois ao realizar suas tarefas você poderá não sentir o vapor ao cozer os alimentos ou o ato de retirar a panela do fogão pode causar queimaduras.

Figura 14 Luvas para segurar panelas





Não se esqueça!

Que deve utilizar as luvas ao segurar utensílios como panelas, assadeiras, pois as mesmas possuem temperatura elevada, você pode não sentir e sofrer queimaduras.

Caso não sinta firmeza para segurar objetos, você também deverá adaptá-los.



Para a realização das tarefas de casa, verifique se não há objetos que possam feri-la.

Rodo, vassoura, balde e outros utensílios que você utiliza em seu dia a dia podem necessitar de adaptações.



Importante: O cabo da vassoura e rodo deve estar bem encapados para evitar lesões.

Caso seu rodo ou vassoura estejam desencapados, utilize fita adesiva para evitar que pequenos pedaços de madeira firam suas mãos.

Figura 15- Rodo e vassoura



Figura 16- Cabo encapado



Lembrete

Já existem rodos, vassouras e outros utensílios que podem ser adquiridos encapados.

Ferramentas também devem ser adaptadas

Figura 17- Martelo encapado



Figura 18- Alicates adaptado com borracha





Como adaptar ferramentas:

- Os cabos devem estar sempre bem encapados, para isso utilize fita isolante ou borracha para evitar ferimentos, manuseie suas ferramentas com cuidado.
- Alicates, martelos e outras ferramentas podem ser facilmente adaptados.



Fumar prejudica sua saúde, no entanto, caso seja fumante realize adaptações como mostradas nas figuras abaixo, isso evitará queimaduras ao segurar o cigarro.

Figura 19-Biqueira de madeira e arame



Fonte: Autora



Como adaptar

Utilize um cabo de madeira ou apenas um arame maleável, retorça o arame produzindo uma biqueira, como mostrado na figura acima.

Pés

Você sente dor, formigamento, fraqueza nos pés, perde o chinelo, tem ferimentos?



Saiba Mais: Sua pele pode estar ressecada

Hidrate sua pele mergulhando seus pés em uma bacia com água temperatura ambiente. Seque bem, depois hidrate sua pele, para isso utilize um creme, vaselina, óleo mineral ou vegetal você escolhe.

Importante: Caso você tenha ferida, micose entre os dedos dos pés ou alguma infecção você não deverá realizar essa hidratação.

Figura 20- Higiene dos pés



Mergulhe o seu pé na água de 10 a 15 min

Depois enxugue bem os seus pés

Aplique o hidratante

Massageie seus pés



Lembrete

- Você sempre deve realizar exercícios
- Os exercícios ajudam os seus pés a manterem a mobilidade (diminuem a rigidez)
- Os exercícios podem ser feitos em casa

Exercícios para os seus pés

Figura 21- Mobilidade da articulação do tornozelo



Sentado, movimente os pés para cima e para baixo 15 vezes cada um.

Figura22- Mobilidade da articulação dos dedos do pé



Puxe os dedos do pé para cima, com a mão
Conte lentamente até 20 e volte à posição
Inicial (faça isso 2 x em cada pé)

Figura 23- Exercício de inversão

Empurre os dedos do pé para baixo, com a mão conte lentamente até 20 e volte à posição Inicial (faça isso 2 x em cada pé)

**Figura24- Exercício de eversão**

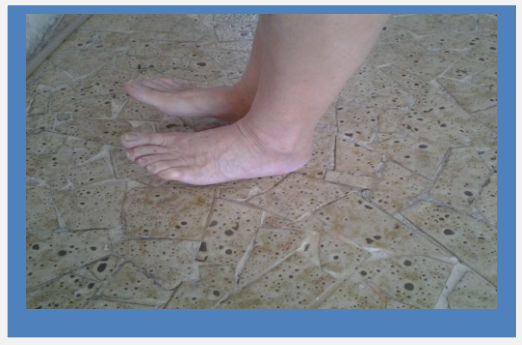
Com a mão empurre a lateral do seu pé para cima (conforme a figura 24)

Conte lentamente até 20 e volte para a posição inicial (faça isso 2 x em cada pé)

**Figura 25- Alongamento de panturrilha**

Utilizando uma toalha, puxe o seu pé para trás deixe sua perna esticada, conte lentamente até 20 e volte para a posição inicial (faça isso 2 x em cada pé)

Figura 26-Equilíbrio calcanhar



Em pé apoie em uma cadeira ou parede jogue o corpo para trás apoiando-se no calcanhar, conte lentamente até 20 e volte para a posição inicial (faça isso 2 x em cada pé)

Figura 27 -Equilíbrio ponta dos pés

Em pé apoie em uma cadeira ou parede. jogue o corpo para frente apoiando-se na ponta dos pés, conte lentamente até 20 e volte para a posição inicial (faça isso 2 x em cada pé)



Lembrete

Cuidados com os seus pés

- Não se esqueça da higiene dos seus pés
- Hidratar, lubrificar
- Examiná-los diariamente
- Cuidado na hora do lazer, dançar, jogar futebol.



Importante

Calos devem ser removidos com lixa, depois de amolecidos (bacia com água)
Nunca utilize para remover os calos, materiais que possam machucar seus pés.



Saiba Mais:

Se você não sente seus pés, você pode ter perdido a sensibilidade protetora, aumentando o risco de se ferir, formar úlceras plantares, seus dedos podem ficar em garra, e seu pé ficar caído.

Seus pés são importantes para que você consiga locomover-se. Cuide bem deles!

Figura 28 - Úlcera plantar





O que são úlceras plantares?

Úlceras são lesões na pele, causadas por alguns fatores como ferimentos. Quando você anda, o peso deve ser distribuído adequadamente nos seus pés, caso a sensibilidade esteja alterada você pode ter o peso distribuído inadequadamente aumentando o risco do aparecimento de úlceras.



Fique atento

Se você sente seus pés, você tem a sensibilidade protetora preservada, mas aos primeiros sinais de dor ou lesão, proteja-os faça repouso. Procure o serviço de saúde no qual está se tratando.



SERVIÇO DE HANSENÍASE DA POLICLÍNICA “DR. EDWARD MALUF”
(15)32192200 - Ramal 16



A úlcera pode aparecer por repetição de um trauma.

Por isso, examine seus pés e olhe dentro do calçado, verifique se não há pontos endurecidos, pregueamento da palmilha, presença de objetos estranhos.



Lembrete

Existem vários modelos de calçados, mas não se esqueça de verificar alguns itens importantes.

Figura30- calçado adequado



Comprimento: 1 cm maior do que a medida que começa do calcanhar até a ponta do maior dedo.



Importante examinar diariamente seus pés

- Verifique a temperatura, se não há bolhas, se tem pequenos cortes, se está “inchado”, se dói ao apertar algum ponto
- Não andar descalço
- Dar passos curtos
- Não usar calçado novo por um período de tempo longo sem inspecionar

Não fique com dúvidas. Procure o serviço de saúde, para ter mais orientações

SERVIÇO DE HANSENÍASE DA POLICLÍNICA “DR. EDWARD MALUF”
(15)32192200 - Ramal 16

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de prevenção de incapacidades. 3^a ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. p. 141.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia para o controle da hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. p. 89

Comitê Técnico da OMS sobre Hanseníase. "Seventh report." Genebra: WHO; 1998

As imagens apresentadas no Manual foram elaboradas pela autora.



Este trabalho foi compilado pela Fisioterapeuta Rosemeire Rodrigues Garcia, com a orientação do Prof. Dr. Luiz Ferraz de Sampaio Neto.

