

Michele Albuquerque Jales
Carvalho¹

Naira Thais Bezerra Lopes²

Tamyssa Simões dos Santos³

Karen da Silva Santos⁴

Priscila Galo Farnocchi⁵

Clodis Maria Tavares⁶

AVALIAÇÃO DAS INCAPACIDADES FÍSICAS EM EX-PORTADORES DE HANSENÍASE DA ÉPOCA DO ISOLAMENTO COMPULSÓRIO

*Evaluation of physical disabilities in ex-patients with leprosy
the time of isolation compulsory*

RESUMO

A hanseníase afeta milhares de brasileiros anualmente, destes um número significativo apresenta graus de incapacidade física I e II. O Objetivo deste estudo foi conhecer o perfil sociodemográfico e as principais incapacidades físicas instaladas em pessoas que tiveram hanseníase na época do isolamento compulsório. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa, que avaliou 26 residentes de um ex-hospital colônia, hoje designado Centro de Convivência, localizado na cidade de Maracanaú - CE. Foi utilizado um questionário para definir o perfil sociodemográfico e o formulário de avaliação neurológica simplificado, preconizado pela OMS para identificar o grau de incapacidade física. Os dados foram coletados e armazenados em uma planilha do software Excel. Após esta etapa o banco de dados foi importado e processado pelo programa EPI-INFO (versão 6). Observou-se predomínio de pessoas do sexo masculino (57,7%), ensino fundamental incompleto (50,0%), a faixa etária variou entre 40 a 80 anos, com renda de até um salário mínimo, quanto ao estado civil, (38,5%) eram casados e (30,8%) viúvos. A maioria (88,5%) apresentou o Grau II de incapacidade. Os segmentos mais af-

Carvalho MAJ, Lopes NTB, Santos TS, Santos KS, Farnocchi PG, Tavares CM. Avaliação das incapacidades físicas em ex-portadores de hanseníase da época do isolamento compulsório. *Hansen Int.* 2013; 38 (1-2): p. 47-55.

tados foram pés e mãos constatando-se uma perda de sensibilidade nos membros inferiores de (50,0%) e superiores (38,46%) na maioria dos avaliados. Conclui-se que as principais incapacidades presentes nas pessoas atingidas pela hanseníase, são decorrentes de lesões secundárias, principalmente à perda da sensibilidade, como também a insuficiência e ou ausência de ações de prevenção e reabilitação física..

Palavras-chave: Epidemiologia; Hanseníase; Saúde Pública; Enfermagem.

Submetido em 16/12/2014

Aprovado em 12/01/2015

- 1 Mestranda em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará. Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza.
- 2 Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza.
- 3 Mestre em Educação Médica pelo Instituto Universitário Italiano de Rosário - IUNIR, AR. Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário CESMAC.
- 4 Mestranda em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo - USP. Graduada em Enfermagem pela USP.
- 5 Graduada em Enfermagem. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
- 6 Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo - USP. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará - UFC.

ABSTRACT

Leprosy affects thousands of Brazilians annually presents a significant number of these degrees of physical disability I and II. The aim of this study was to identify the sociodemographic profile and major physical disabilities installed in people who had leprosy at the time of compulsory isolation. This is a descriptive research with quantitative approach, which evaluated 26 residents of a former hospital colony, now called Living Center, located in the town of Maracanaú - EC. A questionnaire was used to define the sociodemographic profile and the Short Form neurological assessment, recommended by WHO to identify the degree of disability. Data were collected and stored in an Excel spreadsheet software. After this step the database was imported and processed by the EPI-INFO (version 6) program. There was a predominance of males (57.7%), incomplete primary education (50.0%), the age ranged between 40-80 years with income below the poverty level, as marital status, (38.5%) and were married (30.8%) were widowed. The majority (88.5%) presented grade II disability. The most affected sectors were the feet and hands indicating a loss of sensation in the lower limbs (50.0%) and higher (38.46%) in most evaluated. It is concluded that the main disability present in people affected by leprosy are due to secondary injuries mainly due to the loss of sensitivity, as well as the insufficiency or absence of prevention and physical rehabilitation.

Keywords: Leprosy; Public Health; Nursing; Epidemiology.

INTRODUÇÃO

A Hanseníase é considerada uma doença milenar, que perdura em pleno século XXI. De acordo, com os informes oficiais procedentes de 115 países, em 2012, o número de casos novos notificados no mundo foi aproximadamente 232 857¹. Neste mesmo ano, o Brasil foi apontado pela Organização Mundial de Saúde como o segundo país com o maior número de casos, registrando 33.303 casos novos e o coeficiente de detecção foi de 17,17/100 mil habitantes na população em geral².

Esta patologia é considerada uma importante morbidade, pois, pode levar a incapacidades, deformidades físicas, preconceito e estigma, no entanto, não possui alta letalidade¹. Registram-se em média, a cada ano, 47.000 novos casos, dos quais 23,3% apresentam algum grau de incapacidade (I e II)³.

A Hanseníase é uma doença infecciosa crônica granulomatosa da pele e dos nervos periféricos, com pe-

ríodo de incubação prolongado (2 a 7 anos, em média 5 anos), causada pelo *Mycobacterium leprae*, parasita intracitoplasmático do macrófago, que afeta primariamente os nervos periféricos e a pele, e é transmitida de pessoa a pessoa pelo o convívio de suscetíveis com doentes contagiantes sem tratamento⁴.

O bacilo de Hansen tem predileção pelas fibras nervosa, afetando desde as terminações da derme até os troncos nervosos, sendo caracterizada como uma neuropatia mista, pois, compromete as fibras nervosas: sensitivas, motoras e autonômicas, podendo instalar-se em um a vários nervos, recebendo a classificação de mononeurite múltipla³.

Esta situação afeta a qualidade de vida de milhares de pessoas, uma vez que a doença compromete o sistema imunológico, a nocicepção, a visão e o tato, tornando-os mais vulneráveis a riscos diversos tais como: acidentes, queimaduras, feridas, infecções, amputações, entre outros⁵.

O risco iminente a lesões na pele e amputações justifica-se pelo acometimento dos nervos: facial (VII par craniano), trigêmio (V par craniano), ulnar, mediano, radial, fibular comum e tibial posterior⁶. "O comprometimento neural com frequência está ligado a reações imunológicas (processos inflamatórios) ou pela presença do bacilo instalado diretamente no nervo (fator neurogênico)"⁷.

Visando um acompanhamento sistematizado para as pessoas acometidas pela hanseníase, o Ministério da Saúde implantou o Protocolo da Avaliação Simplificada das Funções Neurológicas (ASFN), que propõe realizar a avaliação neurológica para identificar o comprometimento dos nervos, e deve ser realizado: no momento do diagnóstico, no decorrer do tratamento, quando necessário, e no momento da avaliação da alta por cura. A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera como incapacidade física qualquer comprometimento em olhos, mãos e pés^{6,7,8}.

A classificação do Grau de Incapacidade, recomendado pela Organização Mundial de Saúde, considera-se: Grau 0: ausência de incapacidade física; Grau I: presença de incapacidade (quando há somente diminuição ou perda da sensibilidade protetora na região palmar ou plantar - monofilamento > ou = 4g); Grau II: presença de incapacidade e deformidade (úlceras tróficas e lesões traumáticas na região palmar ou plantar associadas a presença de garras, reabsorção, pé caído)³.

O Grau de incapacidade está relacionado com o tempo da doença indicando muitas vezes o diagnóstico tardio e o não tratamento adequado. Quadro este presente muitas vezes em pacientes que viveram asilados. A avaliação e registro das incapacidades são atividades primordiais para a educação e promoção

do autocuidado, visando evitar a instalação de incapacidades físicas pós-tratamento medicamentoso⁹.

O impacto da incapacidade para o paciente em sua função física e social é variável: uma pessoa com incapacidade grave pode continuar realizando suas atividades de vida diária sem maiores problemas enquanto outras, uma mínima incapacidade dificulta a sua vida social e emocional¹⁰. Ao estudar a hanseníase no decorrer dos anos perceber-se o grande estigma social, pois, os acometidos por esta doença eram retirados de suas famílias e levados para hospitais – colônias, sendo excluídos da vida social.

A partir do século XX, a epidemia passou a ser controlada através do isolamento compulsório dos doentes em asilos-colônia, pois, o governo considerava a única forma para reduzir o número de casos e proteger a população sadia. Os asilos tinham como preocupação abrigar, por meio da internação compulsória a população atingida pela hanseníase, essa medida levou a problemas não somente físicos e sociais como também de origem psicológicas, pois muitas vezes as pessoas atingidas por essa doença não possuíam nem mesmo o apoio da família, pelo preconceito e pela falta de conhecimento científico sobre a doença nessa época¹¹.

Em 1962, foi recomendado o fim do isolamento compulsório, porém essa política de exclusão continuou acontecendo por várias décadas. Apenas na década de 70 foi abolido, o qual trouxe significativas contribuições para a presença do preconceito e do estigma na memória social. A partir dessa data, os antigos hospitais de isolamento começaram a passar por transformações, uma vez que na atualidade os doentes não devem mais ser isolados, e sim tratados em ambulatorios mantendo suas atividades de trabalho e seus vínculos sociais⁸.

No Brasil, até a década de 1980, a lei federal nº 610 de 13 de janeiro de 1949 recomendava o isolamento compulsório dos pacientes com hanseníase em colônias, chamadas à época de leprosários. (...) Esta situação perdurou até 1986, quando os antigos hospitais colônias foram transformados em hospitais gerais¹².

Contudo, muitos ainda se viram obrigados a permanecerem nos asilos colônias, não conseguindo se reinserir socialmente. Os ex-hospitais Colônias existentes abrigam pessoas com sequelas, em especial idosos, vivendo não somente com comprometimento físico, e convivendo com a exclusão desumana do meio social.

Nesse sentido foi objetivo deste estudo, conhecer o perfil sociodemográfico e as principais incapacidades físicas instaladas em pessoas que tiveram hanseníase e que vivem na área asilar e comunitária de um ex-hospital colônia. O desenvolvimento deste estudo

possibilitará a reflexão e discussão dos gestores e profissionais de saúde sobre medidas que visem evitar complicações nos casos onde os danos/incapacidades já estão presentes, na perspectiva da longitudinalidade do cuidado de uma doença negligenciada de comportamento crônico.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva com uma abordagem quantitativa, com pessoas que tiveram hanseníase na época do isolamento compulsório, residentes em um ex-hospital colônia, hoje designado Centro de Convivência, localizado no município de Maracanaú/CE.

Em 2007, havia 53 residentes na instituição, para a seleção da amostra foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: residentes do Centro de Convivência de ambos os sexos, com data de entrada na instituição até 1986, ativos no período da coleta de dados e aceitar participar da pesquisa. Dos 53 residentes selecionados: 9 foram da área asilar e 17 da comunitária, totalizando 26 (49,0%) participantes. Foram excluídos 27 residentes: 10 não aceitaram participar do estudo e 17 não estavam na instituição no momento da coleta (foram visitar parentes). O Centro de Convivência é dividido em: área asilar, que corresponde ao local onde os ex-asilados necessitam de cuidados especiais, devido a alguma incapacidade e/ou outras doenças crônicas, que os prejudiquem na realização das Atividades da Vida Diária (AVDs), geralmente os mais idosos, em contrapartida, a área comunitária corresponde a região que ficam as residências, e estes são responsáveis pelo seu autocuidado.

Cabe ressaltar, que após o ano 1986, os Centros de Convivência não recebiam mais pessoas atingidas pela hanseníase na forma de internamento, os pacientes procuravam o centro com intuito de tratar as reações hansênicas e receber orientações.

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: questionário estruturado para levantar as características sociodemográficas (sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade e renda) e o Formulário para Avaliação Neurológica Simplificada.

A Avaliação Simplificada das Funções Neurológicas é iniciada com a inspeção realizada na face, que visa identificar presença ou não de deformidades e até possíveis alterações que levem a paralisia facial. No nariz observar-se a parte interna e externa, para identificar se há presença de hansenomas, infiltrações, hiperemia, deformidades da pirâmide nasal ou pinçamento de narinas³.

Quanto à inspeção dos olhos avalia-se: as vias lacrimais, através do Teste de Schirmer, a área superciliar e ciliar (se há presença de infiltrações, nódulos, manchas e madarose), e após as pálpebras, observando se há presença de infiltrações, entropio, ectrópio, blefarocalase e triquíase. Os músculos orbiculares também são avaliados quanto ao: piscamento espontâneo e completo, e o tônus muscular. A córnea é examinada, observando-se: sensibilidade, brilho, transparência, presença de corpos estranhos, úlceras, vascularização e pontos esbranquiçados. A avaliação de sensibilidade corneana deve ser realizada pela técnica do fio dental, percutindo sobre a borda inferior e lateral, analisando a velocidade no piscar dos olhos. A conjuntiva, pupila, cristalino, pressão intraocular e acuidade visual também são examinadas³.

Em relação, aos membros superiores inspecionam-se mãos e braços na face dorsal e palmar, avaliando se há presença de: edemas, calosidades, infiltrações, lesões traumáticas, alopecia, ressecamento da pele, reabsorções, retrações, garras e outras deformidades. Nos membros inferiores visualizam-se pernas e pés em suas faces (dorsal e plantar), na procura de: cicatrizes, fissuras, hematoma, reabsorção, deformidades, úlcera de perna e de pé, calosidade, ressecamento, macerações e condições das unhas³.

Em seguida, utiliza-se a técnica de palpação nos membros superiores, avaliando os nervos: ulnar, mediano e radial, quanto aos membros inferiores destacam-se o fibular comum e tibial. O avaliador deve atentar-se também quanto à mobilidade articular nos membros (superiores e inferiores) e examinar as articulações, que são classificadas como: normais, móveis e rígidas. A avaliação e registro correto da força muscular (5, 4, 3, 2, 1, 0) são fundamentais para o monitoramento das lesões nervosas periféricas³.

No tocante ao teste de sensibilidade, que traz um parâmetro da capacidade do indivíduo de perceber as sensações de calor, frio, dor, tato e pressão, através de um mapeamento nas mãos (07 pontos) e nos pés (10 pontos) que é realizado com os monofilamentos de Semmes-Weinstein, estes tem um total de 06 monofilamentos de diâmetros diferentes (verde – 0,05g, azul – 0,2g, violeta – 2,0g, vermelho escuro – 4,0g, laranja – 10,0g, vermelho magenta – 300,0g) que são utilizados para medir o grau de comprometimento da palma da mão e da planta do pé. Inicia-se com o filamento de cor verde (0,05g), na ausência de resposta segue-se com a aplicação do monofilamento de cor azul (0,2g), e assim sucessivamente⁸.

Após a leitura do TCLE e aceitação dos participantes do estudo, os pesquisadores iniciaram com a aplicação do questionário estruturado, onde também fo-

ram levantadas as queixas do paciente, e em seguida, a aplicação do Formulário para avaliação neurofuncional simplificada, examinando primeiramente os olhos: analisando sensibilidade corneana, medida da acuidade visual, presença de madarose, lagofalmo, triquíase e ectrópio. Na sequência as narinas foram avaliadas, observando-se a mucosa nasal, na procura de desabamento da pirâmide nasal, ressecamento, ferida e perfuração de septo. Nos membros superiores foram avaliados quanto à perda de sensibilidade, presença de traumatismos (queimaduras, ferimentos), garra nos dedos (móvel e rígida), reabsorção e amputação. E por último os membros inferiores também foram avaliados quanto à perda de sensibilidade, traumatismos, garras nos dedos (móvel e rígida), reabsorção, amputação, pé caído e úlceras. Foi questionado também se os pesquisados faziam uso de órteses e próteses, não havendo relato de uso.

Na sequência os dados foram coletados e armazenados em uma planilha do software Excel. Após esta etapa o banco de dados foi importado e processado pelo programa EPI-INFO (versão 6). Os dados foram demonstrados através de tabelas e gráfico para apresentação e organização, a coleta ocorreu durante o período de agosto a outubro de 2007.

O projeto de pesquisa a que se refere o estudo foi realizado de acordo com as normas do Conselho Nacional de Saúde, em concordância com a Resolução 196/96, sendo posteriormente submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Fortaleza - UNIFOR (parecer 203/2007). Em 2012, a Resolução 196/96 foi substituída pela Resolução nº 466/12. O presente estudo foi avaliado e adequado à nova resolução.

RESULTADOS

Os dados foram obtidos através de uma pesquisa de campo que avaliou as incapacidades físicas em pessoas que tiveram hanseníase na época do isolamento compulsório em um ex-hospital colônia, hoje designado Centro de Convivência, localizado no município de Maracanaú/CE.

Analisando a Tabela 1, pode-se definir o perfil sociodemográfico da população do estudo. Os dados nos revelam que dos 26 participantes da pesquisa avaliados, 11 (42,31%) eram do sexo feminino e 15 (57,69%) do sexo masculino. A faixa etária da população analisada variou de 40 a 80 anos, observando-se que apenas 2 participantes tinham idade superior a 80 anos.

Em relação ao estado civil, 4 (15,4%) solteiro, 10 (38,4%) casados, 4 (15,4%) divorciado e 8 (30,8%)

viúvos. Considerando a escolaridade, percebe-se a predominância de 13 (50%) com ensino fundamental incompleto, seguindo com 8 (30,8%) analfabetos, 4 (15,4%) com 1º grau e apenas 1 (3,8%) com 2º grau (Tabela 1).

Quanto ao número de entrevistados segundo renda salarial 15 (57,7%) recebia apenas 1 salário mínimo (SM) e menos de 1 salário 11 (42,3%). No tocante ao local de moradia, os dados apresentados denotam uma maior frequência das pessoas que tiveram han-seníase na área comunitária 17 (65,4%) e na área asilar 9 (34,6%) (Tabela 1).

Tabela 1 Distribuição das pessoas que tiveram han-seníase, residentes no Centro de Convivência, segundo características sociodemográfico. Maracanaú-CE, 2007 (n=26).

	Frequência Absoluta	%
Idade		
40 – 60	8	30,77
61 – 69	8	30,77
70 – 79	8	30,77
80 +	2	7,69
Sexo		
Feminino	11	42,31
Masculino	15	57,69
Escolaridade		
Analfabeto	8	30,8
Ensino fundamental incompleto	13	50,0
1º grau	4	15,4
2º grau	1	3,8
Estado Civil		
Solteiro	4	15,4
Casado	10	38,4
Divorciado	4	15,4
Viúvo	8	30,8
Renda Salarial		
< 1 SM	11	42,3
1 SM	15	57,7
Unidade		
Asilar	9	34,6
Comunitária	17	65,4

De acordo com os dados da Tabela 2, observar-se que as incapacidades físicas oculares identificadas tem como principal problema a madarose ciliar com 14 (53,85%), seguida de acuidade visual reduzida 8 (30,77%), 3 (11,54%) ausência de sensibilidade corneana e 1(3,84%) lagoftalmo e cegueira. Na avaliação do nariz, 10 (38,5%) participantes não apresentaram alterações, 7 (27%) possuíam ressecamento da mucosa nasal, 6 (23%) obstrução nasal e 3 (11,5%) desabamento da pirâmide nasal.

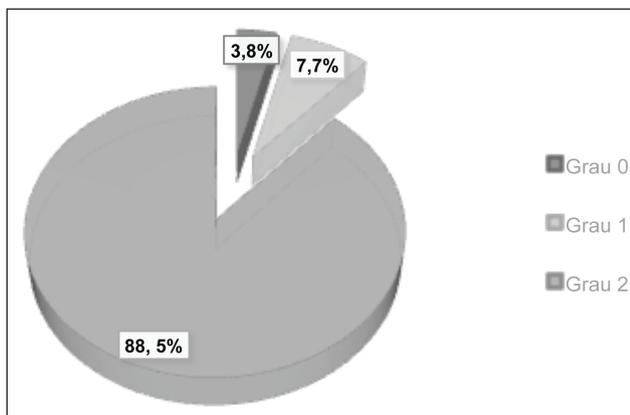
Em relação às incapacidades físicas detectadas nos membros superiores (mãos), 10 (38,46%) dos participantes avaliados apresentavam perda de sensibilidade, 6 (23,1%) reabsorção óssea, 4 (15,38%) garras ulnar, 4 (15,38%) mão caída, 1 (3,84%) amputação, 1 (3,84%) sem alteração. Em contrapartida, nos membros inferiores (pés) foram identificados 13 (50,0%) com perda de sensibilidade, 6 (23,1%) reabsorção óssea, 4 (15,38%) pé caído, 1 (3,84%) com membro amputado, 1 (3,84%) úlcera plantar e apenas 1 sem alterações.

Tabela 2 Distribuição das pessoas que tiveram han-seníase, residentes no Centro de Convivência, segundo avaliação neurológica simplificada. Maracanaú-CE, 2007 (n=26).

	Frequência Absoluta	%
Olhos		
Madarose Ciliar	14	53,85
Acuidade visual reduzida	8	30,77
Ausência de sensibilidade Corneana	3	11,54
Lagoftalmo e cegueira	1	3,84
Nariz		
Desabamento da pirâmide nasal	3	11,5
Ressecamento da mucosa nasal	7	27
Obstrução Nasal	6	23
Sem alterações	10	38,5
Membros Superiores		
Perda da sensibilidade	10	38,46
Reabsorção Óssea	6	23,1
Garras ulnar	4	15,38
Mão caída	4	15,38
Amputação	1	3,84
Sem alterações	1	3,84
Membros Inferiores		
Perda da sensibilidade	13	50,0
Reabsorção Óssea	6	23,1
Pé caído	4	15,38
Úlcera Plantar	1	3,84
Amputação	1	3,84
Sem alterações	1	3,84

No que concerne à determinação do grau de incapacidade física, houve predomínio do Grau II de incapacidade em 23 (88,5%) dos participantes avaliados, seguido de 2 (7,7%) com grau I e apenas 1 (3,8%) sem alterações, classificando –se com grau 0 (Figura 1).

Figura 1 Percentual de participantes, segundo classificação do grau de incapacidades. Maracanaú-CE, 2012 (n=26).



DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou o perfil sociodemográfico e o grau de incapacidades físicas decorrentes da hanseníase em pessoas que viveram a época da internação compulsória, perdendo o seu vínculo familiar. Com a realização deste estudo pode-se observar que a maioria dos pacientes avaliados (96,2%) possuía algum tipo de incapacidade, seja nas mãos, pés ou olhos. O que denota a falta de orientação e aplicação de medidas preventivas (hidratação, lubrificação e massagem da pele, lubrificação da mucosa nasal, limpeza ocular, etc) que evitem as complicações geradas pela presença das incapacidades.

A participação dos profissionais de saúde tornar-se essencial para o desempenho de técnicas de prevenção (controle e de tratamento das incapacidades e deformidades) de forma integral à pessoa com hanseníase. No entanto, estas condutas não são priorizadas na rotina como deveria, comprometendo o prognóstico dos acometidos. O momento da alta tornar-se crucial para Avaliação neurológica, pois, é neste momento que o profissional identifica os possíveis comprometimentos neurais, e prioriza na condução de ações preventivas, curativas e reabilitadoras.

De acordo, com a Portaria nº 3.125 do Ministério da Saúde normatiza que: "o (a) paciente deve ser orientado(a) para o retorno pós-alta por cura de acordo com as suas necessidades". As pessoas que forem acometidas pela hanseníase e apresentarem incapacidades físicas ou não, necessitam de uma vigilância mais oportuna com o acompanhamento sistemático após sua alta para detectar possíveis complicações crônicas¹³.

Em relação ao gênero houve predomínio do sexo masculino (57,69%), sendo similar a outros estudos

que retrataram que os homens são mais afetados, no entanto, não há estudos que comprovem a relação da doença com o gênero^{14,15}. Quanto à faixa etária houve uma variação entre 40 a 80 anos das pessoas entrevistadas. O que já era esperado, por tratar-se de pessoas que foram asiladas na época da internação compulsória. Autores apontam que o comprometimento neuronal nos olhos, mãos e pés nas pessoas que tiveram hanseníase, sem os devidos cuidados, aumentam a partir de 31 anos de idade¹⁶.

É importante analisar que 50% dos participantes possuíam o ensino fundamental incompleto e apenas 3,8% tinha 2º grau completo. Corroborando com o estudo realizado no Estado de Minas Gerais que mostra 45,8% dos pacientes que foram asilados e hospitalizados eram analfabetos¹⁷. Fato este também observado em outro estudo mais antigo¹⁸, o que indica à privação do acesso a escola ou a outros meios de ensino.

Em detrimento a renda salarial, chamou a atenção que nenhum dos participantes recebiam mais de um salário mínimo. Em contrapartida, uma pesquisa realizada em São Paulo, mostra que apesar da baixa escolaridade dos entrevistados, eles possuíam uma renda familiar próxima a três salários mínimos¹⁹. Os resultados sugerem que estas pessoas não possuem condições econômicas para viverem em outro lugar, assim acabam vivendo em um local com características da época da exclusão social.

No tocante à avaliação ocular foi observado que 11,54% dos entrevistados apresentaram ausência de sensibilidade corneana, percentual significativo, visto que, afeta diretamente na qualidade de vida das pessoas que tiveram hanseníase. Achados concordantes são descritos por autores que realizaram estudo com pessoas com hanseníase após alta medicamentosa, descreve a presença de diminuição da sensibilidade corneana em 45% dos pacientes examinados¹⁹. Outro dado importante trata-se da madarose ciliar encontrada em 53,85% dos pesquisados, coincidindo com o estudo realizado em um ex-hospital colônia em Marituba-PA, 70,4%¹⁵.

O estudo possibilitou a identificação de 11,5% dos entrevistados com desabamento da pirâmide nasal, sendo semelhante à outra investigação realizada em São Paulo quanto ao comprometimento nas narinas, no entanto, foi encontrado presença de ressecamento e perfuração de septo nasal em 16% dos pacientes avaliados²⁰. Não obstante, outro estudo trata que 92% dos participantes apresentavam desabamento da pirâmide nasal²¹. Desta forma, pode-se verificar visivelmente as características da hanseníase na face de um ex-paciente que não teve a oportunidade de ser prevenido de sequelas e nem ao menos reabilitado, após ter passado anos de convívio com a doença.

Em relação às incapacidades físicas encontradas nos membros superiores (mãos), 23,1% apresentaram reabsorção óssea, 15,38% garras ulnar e 15,38% mão caída. Conforme os dados identificados na avaliação dos membros inferiores (pés), ressalta-se que 50,0% perda de sensibilidade e 23,1% reabsorção óssea. Estudo realizado no Paraná, descreve um número relevante de sequelas em membros inferiores de pacientes pós-alta, especialmente nos pés, como ressecamentos, fissuras, garras, perdas extensas de sensibilidade, mal perfurante plantar, reabsorção, pé caído e mutilação²².

Ao se analisar os resultados quanto ao grau de incapacidades físicas pós-alta, identificamos um alto percentual de usuários com Grau II (88,5%). Um estudo com pacientes que viveram asilados mostrou que 91,6% dos participantes possuíam Grau II de incapacidade assemelhando-se a presente pesquisa²¹. No entanto, um estudo realizado em Várzea Grande, MT, difere dos dados anteriormente apresentados com apenas 10% de grau II²³. Em Campina Grande, Paraíba, também apresentou um baixo percentual de pacientes com Grau II (18%)²⁴.

A Hanseníase é classificada como uma das principais causas de incapacidade física permanente, estando geralmente relacionada ao Grau II²⁵. Tais dados denotam que novas medidas devem ser pensadas, visando à necessidade de uma assistência voltada para prevenção e tratamento das complicações já instaladas. A Organização Mundial de Saúde objetiva reduzir mais de 35% as taxas de casos novos, com o Grau II até o final de 2015²⁵.

Na época do isolamento compulsório não havia uma equipe multiprofissional qualificada para orientar os pacientes quanto ao autocuidado e prevenção de incapacidades, o que levou a esta população a viver à mercê de tratamentos paliativos, sem receber os cuidados adequados, resultando no grau de incapacidade mais comprometedor e mutilante (Grau II).

CONCLUSÃO

Diante deste cenário, percebe-se que apesar da ascensão da poliquimioterapia e implantação de estratégias de controle, os percentuais continuam alarmantes quanto ao grau de incapacidades físicas, principalmente quando relacionamos as pessoas que tiveram Hanseníase na época do isolamento compulsório, embora já estejam curadas da doença, necessitam ser visíveis na sociedade através da reabilitação e reinserção social para melhorar sua qualidade de vida.

A Hanseníase fez-se presente no passado e infelizmente ainda aterroriza o presente e deixa-nos pen-

sativos quanto ao futuro. O momento é para refletir sobre quais condutas devem ser aplicadas para combater e prevenir as incapacidades físicas. A construção de planos que visualizem o indivíduo de forma integral e que qualifique os profissionais para implementação das ações, habilitando-os para trabalhar tanto com os problemas relacionados à Hanseníase como também com a saúde do idoso.

Conclui-se com a finalização do estudo a identificação do alto percentual de pessoas com sequelas, idosas, que perderam o vínculo com seus familiares necessitando de cuidados médicos e de enfermagem permanente. E que o momento atual é importante na história da Hanseníase, pois, sabe-se que hoje existe tratamento adequado e prevenção de incapacidades físicas mudando totalmente o cenário passado que nos remete que os participantes deste estudo não tiveram acesso a estas ações, resultando neste quadro entristecedor marcado pelo estigma social.

AGRADECIMENTOS

Ao Centro de Convivência Antônio Justa por permitir a coleta de dados

REFERÊNCIAS

- 1 Organización Mundial de Salud, Centro de Prensa. Lepra: nota descriptiva nº 101. [Internet]. [Local desconhecido]: OMS; 2014. [citado em 2015 Jan 08]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs101/es/>.
- 2 Organização Pan-Americana da Saúde. OMS Divulga situação mundial da Hanseníase. [Internet]. Brasília: OPAS/OMS Brasil; [data desconhecida]. [citado em 2014 Out 18]. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=1477:oms-divulga-situacao-mundial-hansenise&Itemid=777.
- 3 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de prevenção de incapacidades. 3a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 140 p.
- 4 Andrade V. Implementação da PQT/OMS no Brasil. Hansen Int [Internet]. 2006 [citado em 2013 Nov 23];31(1):23-31. Disponível em: <http://www.iisl.br/revista/imageBank/16-2782-1-PB.pdf>.
- 5 Pavani ECR. O isolamento no Hospital Colônia Pedro Fontes, Itanhenga/ES e a caracterização da população do Educandário Alzira Bley no período de 1937 a 1979 [dissertação]. Espírito Santo: Universidade Federal do Espírito Santo; 2013. 190 p.

- 6 Frazão CK, Picolo BN, Hanouche ZR, Santos MP, Santos RCR. Prevalência do olho seco em portadores de hanseníase de um hospital-colônia em Goiânia. *Arq Bras Oftalmol* [Internet]. 2005 [citado em 2014 Fev 25];68(4):457-61. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abo/v68n4/v68n4a08.pdf>.
- 7 Nardi SMT, Cruz LP, Pedro HSP, Marciano LHSC, Pachcoal VDA. Avaliação das deficiências físicas em pessoas com hanseníase empregando dois indicadores: grau de incapacidade e Eyes-Hands-Feet. *Hansen Int* [Internet]. 2011 [citado em 2013 Fev 12];36(2):9-15. Disponível em: www.iisl.br/revista/download.php?id=imageBank/v36n2a02.pdf.
- 8 Maciel LR, Oliveira MLW, Gallo MEN, Damasco MS. Memória e história da hanseníase no Brasil através de depoentes (1960-2000). *Rev Hist Cienc Saúde - Manguinhos* [Internet]. 2003 [citado em 2013 Mar 16];10(Sup1):[aproximadamente 1 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702003000400015&lng=pt&nrm=iso&.
- 9 Bernardes CA, Santos AF, Padovani CTJ, Santos LF, Hans G Filho. Incapacidade física em hanseníase de Campo Grande - Mato Grosso do Sul. *Hansen Int* [Internet]. 2009 [citado em 2014 Jun 20];34(1):[aproximadamente 1 p.]. Disponível em: http://www.iisl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=10982.
- 10 Rodini FCB, Gonçalves M, Barros ARSB, Mazzer N, Elui VMC, Fonseca R. Prevenção de incapacidade na hanseníase com apoio em um manual de autocuidado para pacientes. *Fisioter Pesq* [Internet]. 2010 [citado em 2014 Out 10];17(2):[aproximadamente 1 p.]. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/fpusp/article/view/12189>.
- 11 Marzliak MLC, Silva RCP, Nogueira W, Guisard CL, Ferreira ME, Metello HN, et al. Breve histórico sobre os rumos do controle da hanseníase no Brasil e no Estado de São Paulo. *Hansen Int* [Internet]. 2008 [citado em 2013 Jun 10];33(2 Supl 1):39-44. Disponível em: <http://www.iisl.br/revista/imageBank/936-2741-1-PB.pdf>.
- 12 Savassi LCM. Hanseníase: políticas públicas e qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores [dissertação]. Belo Horizonte: Centro de Pesquisas René Rachou - Fundação Oswaldo Cruz; 2010. 179 p.
- 13 BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3125, de 7 de outubro de 2010. Aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 out. 2010. Seção 1, p.55.
- 14 Gonçalves, SD, Sampaio RF, Antunes CMF. Fatores preditivos de incapacidades em pacientes com hanseníase. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2009 [citado em 2014 Jun 08];43(2):267-74. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v43n2/119.pdf>.
- 15 Souza FS, Almeida LNF, Costa JP, Rocha PV, Almeida EF Sobrinho. Frequência das alterações oftalmológicas em pacientes com hanseníase residentes em hospital-colônia. *Arq Bras Oftalmol* [Internet]. 2005 [citado em 2014 Maio 15];68(3):[aproximadamente 1 p.]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27492005000300017>.
- 16 Leite VMC, Lima JWO, Gonçalves HS. Neuropatia silenciosa em portadores de hanseníase na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011 [citado em 2013 Jun 09];27(4):[aproximadamente 1 p.]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000400005>.
- 17 Dias RJO, Dias VL, Pedrosa RP. Estigma e Mal de Hansen: avaliação de 237 pacientes asilados e hospitalizados na Casa de São Francisco de Assis, da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, Bambuí, Brasil, de 1943 até 1998. *Revista Médica de Minas Gerais* [Internet]. 2008 [acesso em 2012 Mar 12];18(2):[aproximadamente 1 p.]. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/rmmg/index.php/rmmg/article/view/4/3>.
- 18 Belda W. Aspectos da hanseníase na área urbana do município de São Paulo, hanseníase indiferenciada, 1963-1977. *Hansen Int* [Internet]. 1981 [citado em 2014 Jun 28];6(1):23-50. Disponível em: http://www.iisl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=10251.
- 19 Helene LMF, Leão VM, Minakama MM. Perfis epidemiológicos e a avaliação de incapacidades físicas de hansenianos de uma UBS de São Paulo. *Hansen Int* [Internet]. 2001 [citado em 2012 Jan 10];26(1):5-13. Disponível em: http://www.iisl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=10600.
- 20 Finez MA, Salotti SPA. Identificação do grau de incapacidades em pacientes portadores de hanseníase através da avaliação neurológica simplificada. *J Health Sci Inst* [Internet]. 2011 [citado em 2014 Jul 18];29(3):171-5. Disponível em: http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2011/03_jul-set/V29_n3_2011_p171-175.pdf.
- 21 Pereira SVM, Bachion MM, Souza AGC, Vieira SMS. Avaliação da hanseníase: relato de experiência de acadêmicos de enfermagem. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2008 [citado em 2013 Nov 04];61(Supl):774-780. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000700020>.
- 22 Silva RA Sobrinho, Mathias TAF, Gomes EA, Lincoln PB. Avaliação do grau de incapacidade em hanseníase: uma estratégia para sensibilização e capacitação da equipe de enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2007 [citado em 2013 Out 10];15(6):[aproximadamente 1 p.]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000600011>.
- 23 Ramos JMH, Souto FJD. Incapacidade pós-tratamento em pacientes hansenianos em Várzea Grande, Estado de Mato Grosso. *Rev Soc Bras Med Trop* [Internet]. 2010

- [citado em 2013 Abr 18];43(3):293-297. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822010000300016>.
- 24 Raposo MT, Caminha AVQ, Heukelbach J, Sánchez-González MA, Medeiros JLA, Nemes MIB. Assessment of physical impairments in leprosy patients: a comparison between the World Health Organization (WHO) disability grade and the Eye-Hand-Foot score. *Rev Inst Med Trop. São Paulo* [Internet]. 2011 [citado em 2014 Out 15];53(2):[aproximadamente 1 p.]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-46652011000200004>.
- 25 Lanza FM, Cortez DN, Gontijo TL, Rodrigues JSJ. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Divinópolis, Minas Gerais. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2012 [citado em 2014 Out 8];2(2):[aproximadamente 1 p.]. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs2.2.2/index.php/reufsm/article/view/5343/3761>.
- 26 World Health Organization. Leprosy update, 2011. *Wkly Epid Rec*. 2011 Sept;36:389-400.