

PREVENÇÃO DE INCAPACIDADES EM HANSENÍASE: REALIDADE NUMA UNIDADE SANITÁRIA¹

Elisete Silva PEDRAZZANI³
Sâmia Amire MALUF²
Mariângela PEDROSO⁴
Cristina Yoshie TOYODA²

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

Palavras chave: Hanseníase. Incapacidade.

1 INTRODUÇÃO

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

Na tentativa de se desenvolver um trabalho na unidade sanitária, objetivando a prevenção de incapacidades dos pacientes de hanseníase,

optou-se primeiramente em realizar o estudo em questão procurando deste modo ter um diagnóstico real da situação dos inscritos no Sub-programa de Controle da Hanseníase.

Esta pesquisa foi possível de ser desenvolvida devido ao interesse de um grupo de profissionais que atuam na área de hanseníase e assim após a apresentação e discussão dos dados serão traçadas as linhas de atuação que vem sendo desenvolvidas.

(1) Pesquisa financiada pelo CNPq.

(2) Aux. Ensino Depto. Fisioterapia e Terapia Ocupacional — UFSCar.

(3) Profa. Assistente do Departamento de Enfermagem — UFSCar.

(4) Fisioterapeuta do C. de Saúde de S. Bernardo do Campo —
Endereço: UFSCar, Departamento de Enfermagem, fone: 71-1100 R 170, via
Washington Luís Km 235, CEP 13560, São Carlos, SP, Brasil.

2 METODOLOGIA

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

2.1 Local de Estudo

Escolheu-se o Centro de Saúde I de São Carlos devido existirem poucos estudos da área de saúde⁸, por encontrar uma prevalência de I,2%; e devido à existência de uma equipe de multiprofissionais atuante na instituição além de se contar com docentes do Curso de Enfermagem, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos.

2.2 População

A população estudada compreende: os pacientes inscritos no Subprograma totalizando 160 pessoas.

2.3 Instrumento

O instrumento utilizado na coleta de dados foi:

— Um formulário para entrevistas, coleta de dados dos prontuários dos pacientes e avaliações de incapacidades físicas dos pacientes.

2.4 Procedimento

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

Inicialmente elaborou-se um formulário para se realizar o levantamento de dados de uma amostragem de 20 pacientes que foi baseado nos formulários adotados pelo Centro de Saúde I de São Carlos e na ficha de incapacidades físicas elaborados pelos docentes do Curso de Fisioterapia e Terapia Ocupacional na Universidade Federal de São Carlos. Para o preenchimento desse formulário utilizou-se da entrevista com o paciente, coleta dos dados nos prontuários e do exame físico para avaliação da incapacidade física de cada paciente.

Tal avaliação consistiu na exploração das alterações motoras e/ou sensitivas. A verificação das primeiras foi realizada através do exame funcional que compreende: inspeção, observação da mobilidade articular e exploração da força muscular dos membros superiores, membros inferiores e face. O procedimento do referido exame funcional foi baseado no "Manual de Prevenção das Incapacidades Físicas, Mediante Técnicas Simples", do Ministério de Saúde, Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária².

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

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

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

A sensibilidade foi considerada normal quando o paciente respondia se sentia o material da pesquisa nas diferentes áreas exploradas; hipostésica quando o paciente relatava sentir pouco, fraco ou leve (considerou-se estas palavras como sinônimas, denotativas de hipostesia) e anestésica quando o paciente ignorava o toque dos diferentes materiais ou quando referiu nada sentir.

O formulário de pesquisa foi aplicado em pacientes que tinham retomo na área de Dermatologia Sanitária Hanseníase. As pesquisadoras solicitaram aos responsáveis pela área que encaminhassem os pacientes agendados. Devido à

morosidade de se coletar dados aguardando apenas os pacientes de acordo com o cronograma estabelecido no Subprograma de Controle da Hanseníase da S.E.S. e, tendo adotado um prazo para tal coleta, decidiu-se convocar os pacientes, através de visita domiciliária, para a avaliação.

2.5 Análise Estatística

A análise realizada foi descritiva, para um melhor conhecimento do comportamento das variáveis, uma vez que toda a população do período foi levantada.

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

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

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

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

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

3.1 Face

Os resultados das avaliações de incapacidades físicas referentes à face encontram-se na Tabela 1, onde verifica-se que o comprometimento mais freqüente é a alteração da sensibilidade da córnea (52,4%) seguido da madarose (40,7%). Tais resultados diferem dos encontrados por autores nacionais e estrangeiros; Prasad¹⁰ na Índia identificou um percentual menor de pacientes com madarose (25% em 200 casos) e Belda et al¹ no Brasil, encontraram 88,03% em 727 pacientes.

As porcentagens com relação ao espessamento de lóbulo auricular e desabamento do septo nasal, também são diferentes das encontradas pelos dois autores. Prasad¹⁰ relaciona 8,5% para o espessamento do lóbulo auricular. O primeiro autor enumera 12% e o segundo 18,43% para os casos de desabamento do septo nasal. Picoto & Gravanita⁹, em 1978, observaram uma porcentagem de 6,32% em 158 pacientes, em um levantamento feito nas ilhas de Cabo Verde.

A porcentagem de alterações motoras verificada (18,1%) na presente pesquisa, não difere muito dos dados de Belda *et al.*¹ que encontraram 21,6%. Porém, ambas são elevadas se comparadas com as de Prasad¹⁰ que identificou 10,5% de casos com alterações motoras. O trabalho de Picoto e Gravanita⁹ revelou ainda, que 10,08% dos pacientes apresentam comprometimento de face, distribuídos entre os três graus de incapacidade, enquanto que o levantamento feito por Kushwah⁷ na Índia, apontou um percentual de 16,08% de comprometimento dessa natureza.

TABELA 1- Distribuição dos comprometimentos observados na face.

Comprometimento	Frequência		Não		Sim		Sem Registro		TOTAL	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
alteração motora	98	61,3	29	18,1	33	20,6	160	100		
desabamento do septo nasal	117	73,1	10	6,3	33	20,6	160	100		
espessamento do lóbulo auricular	90	56,3	37	23,1	33	20,6	160	100		
madarose	62	38,7	65	40,7	33	20,6	160	100		
alteração da sensibilidade da córnea	43	26,9	84	52,5	33	20,6	160	100		

Apesar dos trabalhos consultados não destacarem a perda da sensibilidade da córnea, esta foi considerada importante pois é indicadora do comprometimento neural na face, além de exigir intervenção, por parte dos profissionais que atendem os pacientes hansenianos. Cristofolini L⁵ fez levantamento em 357 pacientes sendo que destes 41% apresentaram alterações de sensibilidade comeana e que na presente pesquisa foram encontrados em 52,5% dos pacientes, conforme dados da Tabela 1.

Uma hipótese que explicaria este alto índice de comprometimento é o elevado número de casos virchowianos encontrados que de acordo com a bibliografia consultada, em especial Cristofolini L.⁵, estes apresentaram lesões oculares quando a moléstia teve uma evolução significativa.

3.2 Membros Superiores

Os resultados das avaliações das incapacidades físicas, referentes aos membros superiores estão distribuídos nas Tabelas 2, 3 e 4.

Na Tabela 2, observa-se a frequência das diferentes alterações de sensibilidade (tátil, térmica, dolorosa e anestesia); na Tabela 3, observa-se a frequência das alterações motoras decorrentes das lesões dos respectivos nervos (ulnar, mediano e radial) e finalmente na Tabela 4, reuniu-se os demais comprometimentos, identificados no exame físico, que foram agrupados como alterações secundárias (amiotrofias, garras, reabsorção e/ou amputação, outras deformidades, calosidades e mal perfurante palmar).

TABELA 2 - Distribuição das alterações de sensibilidade observadas no membro superior.

Alteração de Sensibilidade	Frequência		Não		Unilateral		Bilateral		Sem Registro		TOTAL	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Tátil	39	35,0	16	10,0	55	34,4	33	20,6	160	100		
Térmica	68	42,5	8	5,0	51	31,9	33	20,6	160	100		
Dolorosa	75	46,9	9	5,6	43	26,9	33	20,6	160	100		
Anestesia	119	74,4	0	0,0	8	5,0	33	20,6	160	100		

As porcentagens referentes a este tipo de alteração indicam uma frequência maior de acometimento com relação à sensibilidade tátil (44,4%), seguindo-se a térmica (36,9%) e a dolorosa (32,5%). Na maioria dos casos, a lesão é bilateral, o que coincide com os resultados encontrados por Belda *et al.*¹ que relacionam 27,65% de anestesia palmar parcial, sendo 23,12% bilateral.

Gonçalves⁶ identificou áreas anestésicas em 59,3% dos casos no membro superior esquerdo e 55,2% no direito. Na presente pesquisa, a anestesia total foi registrada bilateralmente em 5% dos casos o que vem representar um índice menor, se comparado com o registro feito por Belda *et al.*¹, que encontraram 68,50% sendo

destes a maioria bilateral (64,65%). Os altos índices constatados para a perda da sensibilidade tátil nas mãos, podem ser explicados pelo índice de calosidades encontrado que impediriam o paciente de descrever o deslizamento do algodão na superfície cutânea devido ao endurecimento desta.

A constatação da perda de sensibilidade nas mãos e o seu alto índice confirmam a necessidade de orientação aos pacientes no sentido de prevenção de lesões nas mãos, na realização de atividades domésticas e laborais.

Na Tabela 3, estão apresentadas as frequências de alterações motoras devidas ao comprometimento dos nervos nos membros superiores.

TABELA 3 - Distribuição das alterações motoras geradas pelo comprometimento dos nervos dos membros superiores.

Frequência	Não		Parcial				Total				Sem Registro	TOTAL		
	nº	%	Unilateral nº %	Bilateral nº %	Unilateral nº %	Bilateral nº %	nº	%	nº	%		nº	%	
Ulnar	33	20,6	23	17,5	55	34,4	1	0,6	10	6,3	33	20,6	160	100
Ulnar e Mediano	80	50,0	18	11,3	26	16,2	0	0,0	3	1,9	33	20,6	160	100
Radial	123	76,9	2	1,3	2	1,3	0	0,0	0	0,0	33	20,6	160	100

As alterações motoras provocadas por lesão do nervo ulnar foram mais frequentes (58,8% no total) que as alterações decorrentes da lesão dos nervos ulnar e mediano conjuntamente (30,4% no total) e seguindo-se a musculatura inervada pelo nervo radial (2,6% no total). A percentagem dos resultados encontrados maior em relação às de Belda *et al.*¹ que relaciona 6,5% sendo destes 5,78% dos músculos intrínsecos e 1,78% do nervo radial e os dos resultados de Prasad¹⁰ que encontrou 10% de alterações motoras.

É interessante observar que novamente a lesão se distribui bilateralmente.

Ao se analisar as alterações secundárias, constantes na Tabela 4, observa-se que as amiotrofias da região hipotenar e dos interósseos foram mais frequentes que as registradas na região tenar. Sendo as primeiras 27,5% (no total) e a segunda 19,4% (no total). Tais resultados estão coerentes com os das alterações motoras.

Prasad¹⁰ identificou 20% de amiotrofias na região tenar e 25% nos interósseos. Campos³ em um levantamento das deformidades na mão, realizado em um hospital examinou 360 pacientes e encontrou índices bem mais elevados: 82,5% de amiotrofia na região tenar, 71,77% no 1º interósseo dorsal e 51,38% nos demais interósseos.

TABELA 4 - Distribuição das alterações secundárias observadas nos membros superiores.

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

Os resultados de Belda *et al.*¹ também são bastante elevados: 89,69% de amiotrofia na região tenar, 83,49% na região hipotenar e 61,07% nos interósseos. Talvez a ocorrência desses altos índices com relação aos pacientes hospitalizados, se comparados com os pacientes ambulatoriais, objeto da presente pesquisa, seja devida a um tempo maior de doença. De modo mais global, observando os resultados dos trabalhos supra citados, verifica-se o caráter bilateral do comprometimento.

A maioria das garras encontradas é ulnar não havendo diferença tão significativa entre os registros de móvel (8,6%) ou contraturada (6,9%). O percentual atribuído a esse comprometimento é bem menor aos de Campos M. P.⁴ que deparou com 17,50% para garra completa e 20,55% para gana ulnar. O mesmo ocorre em relação ao levantamento de Belda *et al.*¹ que encontrou 22,5% para garra ulnar e 20,91% para garra completa. Prasad¹⁰ registrou 12,5% de garra móvel e 7,5% de garra contraturada. Já Gonçalves⁶, ao realizar um estudo em um ambulatório registrou um índice menor que os da presente pesquisa: 5,7% de gana móvel esquerda e 6,2% de garra móvel direita. Cumpre observar que não há predomínio de lesões bilaterais dentre os resultados pesquisados.

No que diz respeito às reabsorções e amputações, verifica-se que não há diferença significativa na frequência das mesmas com relação aos dedos, sendo o dedo mínimo o mais atingido (4,2%). Os resultados de Campos M. P.⁴, que são de 26,06% e Belda *et al.*¹ que são de 20,9% revelam que há uma frequência muito maior de lesão desse tipo em pacientes hospitalizados. Já os dados de Gonçalves⁶ indicam índices semelhantes, embora ligeiramente mais elevados, com os apresentados no presente trabalho.

O mal perfurante palmar foi identificado em 4,4% dos casos. Belda *et al.*¹ registraram 6,03% enquanto que Gonçalves⁶ registrou 0,5% para a mão esquerda e 1,0% para a mão direita. Na maioria dos casos a lesão é unilateral. Uma hipótese que poderia explicar tal comprometimento é a questão de funcionalidade da mão humana e talvez por causa deste fator, apenas uma das mãos seja mais suscetível a esse tipo de lesão.

Com relação às outras deformidades (botoeira, pescoço de cisne, guttering e dano à expansão dorsal) foi registrado um percentual de 2,6% que é maior comparado aos resultados achados por Prasad¹⁰ que foram de 1%.

3.3 Membros Inferiores

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

A Tabela 5, mostra as alterações de sensibilidade que foram observadas no membro inferior. A alteração da sensibilidade térmica nos membros inferiores, foi a de maior percentagem (66,3%), seguida da tátil (55,0%) e por fim a dolorosa (49,4%). Belda *et al.*¹ encontraram 80,2% de comprometimento parcial de sensibilidade não tendo especificado os tipos de sensibilidade acometidos, Gonçalves⁶ indicou um percentual em torno de 51% para o comprometimento sensorial nos membros inferiores.

TABELA 5 - Distribuição das alterações de sensibilidade observadas nos membros inferiores.

Alteração Sensibilidade	Frequência		Não		Unilateral		Bilateral		Sem Registro		I	TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%		nº	%
Tátil	39	24,4	9	5,6	79	49,4	33	20,6	160	100			
Térmica	37	23,1	7	4,4	83	51,9	33	20,6	160	100			
Dolorosa	48	30,0	11	6,9	68	42,5	33	20,6	160	100			
Anestesia	119	74,4	1	0,6	7	4,4	33	20,6	160	100			

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

As alterações motoras apresentadas na Tabela 6, decorrentes do comprometimento do ner-

vo tibial posterior tem um índice de 45% parcial e 6,9% total. Os autores consultados não fazem referência às alterações motoras. No entanto, a importância deste tipo de levantamento justifica-se pelas conseqüências que tal acometimento quase sempre acarreta. (dedos em martelo, desabamento de arcos plantares).

TABELA 6 - Distribuição das alterações motoras geradas pelo comprometimento dos nervos dos membros inferiores

Frequência	Não		Parcial				Total		Bilateral		Sem Registro		TOTAL	
			Unilateral		Bilateral		Unilateral							
Nervo	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Tibial Posterior	44	27,5	9	5,6	63	39,4	0	0,0	11	6,9	33	20,6	160	100
Ciático Popliteo Externo	84	52,5	9	5,6	29	18,1	1	0,6	4	2,5	33	20,6	160	100

Os dados relativos ao comprometimento do nervo ciático popliteo externo, apesar de não serem tão elevados quanto os do nervo tibial

posterior (23,7% parcial e 3,1% total) são significativos para justificar a intervenção de profissionais junto a estes pacientes.

TABELA 7 - Distribuição das alterações secundárias observadas nos membros inferiores.

Alterações Secundárias	Frequências		NÃO nº	%	Unilateral nº	%	Bilateral nº	%	Sem Registro nº	%	TOTAL nº	%
	nº	%										
Desabamento dos arcos plantares	65	40,6	7	4,4	53	33,1	35	21,9	160	100		
	72	45,0	5	3,1	48	30,0	35	21,9	160	100		
Dedos em martelo	95	59,3	3	1,9	27	16,9	35	21,9	160	100		
Halux varo/valgo	118	73,7	4	2,5	3	1,9	35	21,9	160	100		
Pé-equino, varo e equino-varo	46	28,8	4	2,5	75	46,8	35	21,9	160	100		
Calosidades	118	73,8	3	1,8	6	3,8	33	20,6	160	100		
Perna	124	77,5	2	1,3	1	0,6	33	20,6	160	100		
Dorso do pé	117	73,1	9	5,7	1	0,6	33	20,6	160	100		
Halux	122	76,3	5	3,1	0	0,0	33	20,6	160	100		
2º Artelho	122	76,3	5	3,1	0	0,0	33	20,6	160	100		
3º Artelho	121	75,6	6	3,8	0	0,0	33	20,6	160	100		
4º Artelho	122	76,3	5	3,1	0	0,0	33	20,6	160	100		
5º Artelho	114	71,3	9	5,6	4	2,5	33	20,6	160	100		
Anterior	122	76,3	4	2,5	1	0,6	33	20,6	160	100		
Médio	124	77,5	3	1,9	9	5,6	33	20,6	160	100		
Posterior												

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

Outras alterações secundárias com percentual elevado são os dedos em martelo, encontrado em 33,1% dos pacientes. Tais dados diferem de Prasad¹⁰ que encontrou apenas 5% de casos e de Gonçalves⁶ que registrou 3%. Belda. *et al.*¹ registraram 32,5% de casos unilaterais e 67,4% de bilaterais.

As deformidades de pés totalizaram 4,4%, dados que coincidem com os de Gonçalves⁶ que encontrou 4,1% mas discrepantes de Prasad¹⁰ que registrou 13% e Belda *et al.*¹ que notificaram 59,7% unilaterais e 40% bilaterais.

As úlceras tróficas totalizam 5,6% sendo estes índices bastante discrepantes dos de Belda *et al.*¹ e de Kushwah⁷ que registrou 27,2% de casos, num total de 344 pacientes estudados.

Os (tens: hallux varo/valgo têm índice de 20,7% que difere do de Prasad¹⁰ que encontrou apenas 1% de casos com comprometimento no hallux

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

O mal perfurante plantar foi encontrado em 8,1% dos casos na região anterior do pé; na região média localizou-se 3,1% dos casos e na região posterior 1,9%. Tais resultados estão discordantes dos encontrados por Belda *et al.*¹ que localizaram 63,7% unilateral e 36,1% bilateral na região anterior; 45,9% unilateral e 14% bilateral na região média e 88,2% unilateral e 11,7% bilateral na região posterior. Os dados de Prasad¹⁰ totalizaram 23% de acometimento nos casos estudados. Gonçalves⁶ relata a existência de 25,8% de casos unilaterais em seu estudo feito em ambulatório. Um outro estudo feito por Cristofolini⁵ indicou 45,63% de casos de úlceras plantares em 206 pacientes estudados em um hospital.

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

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

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

TABELA 8 - Distribuição dos graus de incapacidades e forma clínica dos pacientes.

Forma e/ou Grupo	Grau 0		1		2		3		Sem registro		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Viechowiana (V)	11	10,3	30	28,0	30	28,0	11	10,3	25	23,4	107	100
Tuberculóide (T)	3	9,1	11	33,4	14	42,4	0	0,0	5	15,1	33	100
Dimorfa (D)	0	0,0	0	0,0	2	66,6	0	0,0	1	33,4	3	100
Indeterminada (I)	2	11,8	6	35,3	4	23,6	3	17,6	2	11,7	17	100
TOTAL	16	10,0	47	29,4	50	31,2	14	8,8	33	20,6	160	100

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

O estudo feito por Picoto & Gravanita⁹ indica que 61,9% dos 158 pacientes tinham graus diversos de invalidez, percentual bastante próximo de 59,4% que é o índice da presente pesquisa. A pesquisa de Gonçalves⁶ aponta dados discrepantes com este estudo: constata-se na-

quele 75,3% de casos no grau 1; 27,3% no grau 2 e 4,8% no grau 3. Outros dados levantados por esse autor referem-se à distribuição dos graus de incapacidade e forma clínica dos pacientes: foram encontrados 51,2% de incapacidades na forma V; 24,5% na T; 15,8% no grupo I e 3,3% no grupo D, os quais não diferem numericamente dos resultados da presente pesquisa.

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

TABELA 9 - Distribuição das atividades executadas pelos pacientes durante o aparecimento das lesões e as áreas corporais atingidas.

Áreas do corpo/ Atividades	Não		Face		Mão		Pé		Áreas Combinadas		Sem Registro		TOTAL	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Trabalho	112	70,0	1	0,60	7	4,4	4	2,5	2	1,3	34	21,3	160	100
Atividades Domésticas	112	70,0	0	0,0	4	2,5	9	5,6	1	0,6	34	21,3	160	100
Outras	115	71,9	0	0,0	1	0,6	10	6,3	0	0,0	34	21,3	160	100

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

Em todos os autores consultados não se constatou o levantamento de atividades x lesões x áreas corporais atingidas. Um trabalho feito na Índia por Selvapandian & Richard¹¹ relaciona apenas as ocupações e as incapacidades, sem detalhar as áreas corporais lesadas ou o tipo de atividades desenvolvidas pelos pacientes.

4 CONCLUSÃO

Gonçalves⁶ revela no seu estudo, que o conceito inicial de invalidez vem sendo aprofundado e que o destaque atual para a hanseníase é o social, pois as deformidades e incapacidades levam a preconceitos que geram mecanismos reacionais dos doentes, os quais tomam um determinante de seu comportamento social global e específico para com a própria afecção.

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

O maior percentual de graus de comprometimento registrado na presente pesquisa foi no grau 2, o que justifica a necessidade de orientação de profissionais, evitando desta forma, que

os pacientes alcancem mais um grau no cômputo das incapacidades.

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

Nos dizeres de Campos, M. P.⁴ "pode-se depreender que até o momento nossos processos de prevenção das deformidades são bastante precários. A prevenção precisa ser feita o mais precocemente possível". A educação sanitária, controle e tratamento são as medidas básicas.

Outros autores, Kushwah *et al.*¹ também enfatizam a necessidade de detecção precoce e a prevenção de deformidades através da educação sanitária.

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

a) Prevenção e detecção do mal perfuraste plantar nos pacientes que apresentam pés anes-tésicos.

b) Prevenção de incapacidades físicas através de orientação e tratamento nos Serviços de Fio-terapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos.

c) Educação aos comunicantes e à população em geral sobre aspectos bio-psico-sociais da han-seníase.

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

Key words: Hanseniasis. Incapacity. Handicap.

REFERENCIAS

1 BELDA, W.; MARLET PARETA, J.M.;MARGA-RIDO, L.C.; SARTORI, S.G.; DEFONSO, O. Inquérito sobre deformidade em um hospital para doentes de hanseníase. *Hansen. Int.*, 2(1):60-72,1977.

2 BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. *Hanseníase: prevenção e tratamento das incapacidades físicas mediante técnicas simples*. Rio de Janeiro, 1977.116p.

- 3 CAMPOS, M.P. Contribuição para o tratamento do mal perfurante plantar na hanseníase. *Hansen.Int.*, 3(1): 59-61, 1978.
- 4 CAMPOS, MP.; MARGARIDO, L.C.; NAVARRO RODRIGUEZ, F. Incidência das deformidades da mão na hanseníase. *Hansen. Int.* 3(1): 55-58, 1978.
- 5 CRISTOFOLINI, L. *Aspectos da assistência de enfermagem na hanseníase: prevenção da úlcera plantar*. Baurú, Faculdades do Sagrado Coração, 1983. 46p. (Cadernos de Divulgação Cultural, 9)
- 6 GONÇALVES, A. Incapacidade em hanseníase: um estudo da realidade em nosso meio. *Hansen.Int.*, 4(1): 26-35, 1979.
- 7 KUSHWAH, S.S.; GOVILA, A.K.; KUSHWAH, J. An epidemiological study of disabilities among leprosy patients attending leprosy clinic in Gwalior. *Lepr. India*, 53(2): 240-247, 1981.
- 8 PEDRAIANI, E.S. *A enfermagem de saúde pública no controle da hanseníase*. São Paulo, 1984. 123p. / Tese — Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo /
- 9 PICOTO, A.J.S. & GRAVANITA, M.M.R. Combate à lepra em Cabo Verde. *An. Inst. Hig. Med. Trop.*, 5(1/4): 333-336, 1977-78.
- 10 PRASAD, S. A survey of leprosy deformities in a closed community. *Lepr. India*, 53(4): 626-633, 1981.
- 11 SELVAPANDIAN, AJ. & RICHARD, J. Relationship between occupation and disabilities in leprosy patients. *Lepr. India*, 45(4): 248-251, 1973.

Recebido para publicação em abril de 1984; aceito para publicação em junho de 1984.