

Introdução

A reabilitação cirúrgica de um paciente com hanseníase envolve uma equipe multiprofissional. O diagnóstico e o tratamento geralmente é feito pelo dermatologista ou pelo hansenologista, que pertencem à área clínica e são membros fundamentais desta equipe. Se o diagnóstico é precoce e o tratamento adequado, dificilmente haverá necessidade de intervenção da equipe de reabilitação. A poliquimioterapia pode curar clinicamente todas as formas de hanseníase. Entretanto, a realidade nos dias atuais é que cerca de 20% de todos os casos novos desta doença apresentam incapacidades significativas no momento do diagnóstico e outros 15% irão desenvolver incapacidades mesmo que todas as ações de saúde sejam tomadas adequadamente, seja no tratamento das neurites, dos estados reacionais e mesmo com a poliquimioterapia. Há uma tendência para a melhora desta situação, mas nossa geração ainda terá que conviver com um número importante de pacientes necessitando reabilitação e cirurgia.

A Organização Mundial da Saúde define reabilitação como: "Restauração física e mental, na medida do possível, de todos os pacientes tratados, de modo que possam retomar seu lugar na família, na sociedade e no trabalho".

A definição do Dr. J.J. Arvello diz: "Significa estudar como um todo o indivíduo e analisar seus potenciais residuais, desenvolvendo em seguida um programa integral de

trabalho dirigido à reincorporação do paciente à sociedade como um ser útil e produtivo para si mesmo, para sua família e para a sociedade".

O.W. Hasselblad refere: "Por reabilitação se entende o retorno do paciente à vida social normal e economicamente independente, com a mais completa possível restauração de seu bem estar físico e mental".

Howard Rusk, em seu discurso inaugural do 8º Congresso Internacional para o Bem-estar do Lisiado, em Nova Iorque, disse: "Se calcula que no mundo exista o dobro de mãos incapacitadas como resultado da doença de Hansen do que por todas as outras enfermidades incapacitantes conhecidas em medicina, incluindo a poliomielite, artrite e traumatismos".

Alguns termos relacionados à reabilitação merecem ter sua definição conhecida:

Deficiência: qualquer perda ou anormalidade de fundo psicológico, de estrutura anatômica ou função.

Discapacidade: qualquer restrição ou perda (resultante de uma deficiência) da capacidade de realizar uma atividade (função) no modo e dentro dos limites considerados normais para um ser humano (WHO, 1980).

Desvalia: uma desvantagem para um dado indivíduo resultante de uma deficiência ou incapacidade que limite ou impeça o preenchimento de um papel que se considera normal na dependência da idade, sexo, fatores sociais e culturais para o indivíduo.

Transcendência

O estigma em hanseníase está principalmente relacionado com as deformidades (Fig. 1.1). Nenhum programa de controle será bem sucedido nem estará cumprindo adequadamente suas obrigações se ignorar as incapacidades físicas e as deformidades. Os cuidados com estes problemas devem fazer parte de qualquer programa de tratamento seja em centros de saúde, hospitais ou centros de referência. A reabilitação deve sempre estar baseada em um programa de prevenção de incapacidades, e ambos são apenas uma parte de um espectro. Nos locais onde a hanseníase

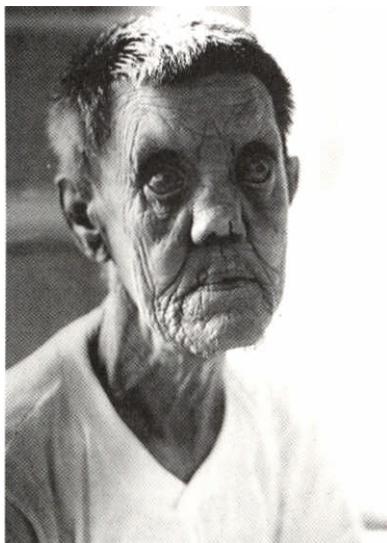


Fig. 1.1 Deformidades de face em hanseníase

não é muito prevalente, torna-se difícil financiar e montar um centro de reabilitação específico para atender pacientes desta doença. Por outro lado, isto não é desejável pois se dará uma posição especial a estes pacientes, mantendo o mito da necessidade de segregação. É muito

importante que os vários profissionais necessários para tratamento, prevenção e reabilitação, incluam os pacientes de hanseníase na rotina de suas práticas diárias, auxiliando assim na desestigmatização da doença e eliminando a segregação sofrida pelos pacientes. Em outros casos, um serviço pode até iniciar com o fito de atender somente os paciente de hanseníase, mas em seguida outros tipos de pacientes devem ser incluídos neste serviço promovendo uma perfeita integração. Trata-se de uma integração por via retrógrada.

Devemos recordar que a restrição física é apenas um dos aspectos da incapacidade e deficiência com que se defrontam os pacientes de hanseníase. Problemas emocionais, sociais e psicológicos são também muito importantes e devem ser levados em conta no programa de reabilitação.

Os problemas no trabalho estão mais relacionados com a deficiência física, mas o fator estigma também contribui. Cirurgia e educação podem auxiliar muito na sua resolução.

É difícil dizer a um paciente que ele está curado quando suas mãos se apresentam com garra ou ferimentos, seus olhos não podem fechar, seu nariz está desabado, as sobrancelhas desapareceram ou seu pé está paralisado e apresentando úlceras constantemente. Todos estes aspectos fazem parte de uma mesma doença e assim devem ser tratados, caso contrário o paciente e a sociedade concluirão que o tratamento foi ineficiente.

As deformidades podem ser primárias, devido à ação direta do bacilo como nos casos de perda de sobrancelhas, desabamento nasal, aumento do lóbulo e pavilhão auricular, rugas na face, úlceras de pele decorrentes de eritema nodoso necrotizante, mãos e pés reacionais,

úlceras de estase nos membros inferiores e o sempre presente comprometimento dos nervos periféricos. Não haverá diagnóstico de hanseníase se não houver comprometimento neural. Ela é primariamente uma doença neurológica. Por ação direta ou indireta, como nos casos das reações ou processos auto-imunes, os troncos nervosos são comprometidos levando às típicas paralisias da hanseníase (Fig.1.2). O mais comumente acometido é o nervo ulnar, segue-se o nervo tibial posterior, o mediano, o fibular comum, o facial e por fim o radial. Qualquer destes ou em combinação com



Fig. 1.2 Paralisia mediano-ulnar.

outros irão levar ao típico padrão de paralisia com suas correspondentes discapacidades e desvalias. Quase todas estas paralisias podem ser melhoradas, num grau mínimo e até máximo, por transferências tendinosas. Este tópico será o assunto principal deste livro.

A maioria destas cirurgias reabilitativas ou reconstrutoras são também cirurgias preventivas, uma vez que irão sustar ou diminuir a velocidade de deteriorização da condição inicial (incapacidades), prevenindo piora posterior da incapacidade. Um exemplo é a correção

do lagoftalmo. Não só o comprometimento estético e funcional será corrigido como estaremos prevenindo a ocorrência de úlceras de córnea e cegueira. Ao corrigir os artelhos em garra estaremos prevenindo o aparecimento de úlceras plantares no ante-pé. Com a correção do pé caído prevenimos o surgimento de desintegração do tarso e da deformidade em equino-varo rígido do pé (Fig. 1.3). Desta maneira, podemos mostrar que cada operação tem, em algum grau, uma ação preventiva.

Desde que muitas das paralisias seguem um determinado padrão, é quase sempre fácil indicar uma cirurgia. Entretanto, existem sempre variações e cada paralisia e deformidade deve ser considerada em separado, criando-se um plano específico de cirurgia reconstrutiva para cada caso.

Para o sucesso de qualquer programa de reabilitação devemos ser capazes de mostrar bons resultados. Portanto, gostaria de salientar

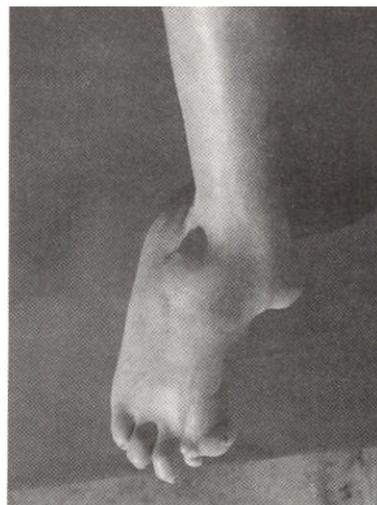


Fig. 1.3 Sequela de artropatia de Charcot.

20 Cirurgia Reparadora e Reabilitação em Hanseníase

a importância de um planejamento cuidadoso do programa de tratamento, incluindo exame atento e diagnóstico correto. É fundamental também o trabalho de equipe, sem o qual não se conseguirão bons resultados. Primeiramente, necessitaremos um bom hansenologista que nos assegure que o paciente está devidamente tratado e curado. Necessitamos também de cirurgiões, e aqui o cirurgião plástico, o ortopedista, o neurocirurgião, o cirurgião geral e o oftalmologista têm papel a cumprir. Se dispomos de um fisiatra, ele geralmente deverá ser o coordenador da equipe. Necessitamos do fisioterapeuta e da terapeuta ocupacional, que nos assegurarão bons resultados nas transferências de tendões assim como na avaliação dos pacientes. É importante contarmos com um excelente sapateiro, ortesista e protético. Ne-

cessitamos do auxílio da assistente social e do psicólogo para lidarmos com os vários problemas que qualquer pessoal normal tem, mas principalmente com aqueles relacionados com esta doença tão especial. Necessitamos da equipe de enfermagem para nos auxiliar em todas as etapas do processo. Em alguns casos se faz necessária a participação de outros profissionais, como especialistas em reabilitação profissional, para tratar dos problemas relacionados com o trabalho, tanto para reinserção no seu ambiente de trabalho como na procura de uma nova ocupação. Um aspecto que queremos enfatizar particularmente é o que W. Felton Ross refere como a "necessidade sentida" pelo paciente, isto é, temos que respeitar o que ele deseja e não forçá-lo a aceitar o que nós pensamos ser melhor para ele.