

LABORO EXCELÊNCIA EM PÓS- GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ANDERSON MENDES CALDAS

**HANSENÍASE: ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA EQUIPE
MULTIDISCIPLINAR**

São Luís
2010

ANDERSON MENDES CALDAS

**HANSENÍASE: ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA EQUIPE
MULTIDISCIPLINAR**

Anderson Mendes Caldas

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado ao Curso de Especialização em
Saúde da Família do LABORO- Excelência
em Pós- Graduação/ Universidade Estácio de
Sá, para obtenção do Título de Especialista em
Saúde da Família.

Orientadora: Prof. Mestre. Rosemary Ribeiro
Lindholm.

São Luís
2010

ANDERSON MENDES CALDAS

**HANSENÍASE: ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA EQUIPE
MULTIDISCIPLINAR**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado ao Curso de Especialização em
Saúde da Família do LABORO- Excelência
em Pós- Graduação/ Universidade Estácio de
Sá, para obtenção do Título de Especialista em
Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a. Mestre. Rosemary Ribeiro
Lindholm.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Rosemary Ribeiro Lindholm (Orientadora)
Mestre em Enfermagem Pediátrica
Universidade de São Paulo- USP

Prof^a. Mônica Elinor Alves Gama (Examinadora)
Doutora em Medicina
Universidade de São Paulo-USP

Caldas, Anderson Mendes.

Hanseníase: atuação do fisioterapeuta na equipe multidisciplinar.
Anderson Mandes Caldas. - São Luís, 2010.

19f.

Trabalho de Conclusão de Curso(Pós-Graduação em Saúde da Família) – Curso de Especialização em Saúde da Família, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2010.

1. Hanseníase. 2. Grau de incapacidade. 3. Fisioterapia. Título.

CDU 616-002.73

Hanseníase: Atuação do fisioterapeuta na equipe multidisciplinar*(Leprosy: Action of physical therapy multipurpose team)***Anderson Mendes Caldas**¹

RESUMO: Realizou-se um estudo descritivo com 51 pacientes portadores de hanseníase atendidos em um Centro de Referência no período de janeiro a setembro de 2009, com o objetivo de demonstrar a importância da fisioterapia na reabilitação de pacientes com hanseníase. Os dados foram coletados dos prontuários por meio de um formulário com perguntas referentes à idade, sexo, escolaridade, forma clínica, grau de incapacidade e tratamento. Observou-se uma maior frequência de pacientes com a forma clínica dimorfa (56,5%), com escolaridade de ensino fundamental incompleto (33,3%), na faixa etária entre 15-30 anos (51,0%), e o sexo masculino (64,7%). Na avaliação neurológica no início do tratamento, 33,0% apresentavam grau II de incapacidade antes do tratamento e após o tratamento o grau I obteve 43,0%. Conclui-se que o fisioterapeuta desempenha um papel importante no diagnóstico precoce das incapacidades motoras e neurológicas dos portadores de hanseníase, utilizando recursos específicos e manobras em sua reabilitação, conseqüentemente reduzindo o grau de incapacidade dos pacientes.

Descritores: Hanseníase. Grau de incapacidade. Fisioterapia.

ABSTRACT: It is a descriptive study with 51 patients with leprosy, who met in a Reference Center for the period from January to September 2009, with the goal of demonstrating the importance of physical therapy in the rehabilitation of patients with leprosy. The data was collected from records through a form with questions relating to age, sex, education, clinical form, degree of disability and treatment. There was a higher frequency of patients with the clinical form dimorfa (56,5%) with incomplete basic education (33,3%), in the age group between 15 to 30 years (51,0%), and the men (64,7%). In the neurological evaluation at the beginning of treatment, 33,0% had grade II disability before treatment and after treatment the degree I earned 43,0%. It follows that the physiotherapy plays an important role in the early detection of disabilities and neurological motor carriers of leprosy, using specific features and movements in his rehabilitation, therefore reducing the degree of disability of patients.

Keywords: Leprosy. Degree of disability. Physical Therapy.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença muito antiga, com uma terrível imagem na história e na memória da humanidade. Desde a Antigüidade tem sido considerada uma doença contagiosa, mutilante e incurável, provocando rejeição e discriminação do doente e sua exclusão da sociedade. Durante muito tempo, os doentes foram confinados e tratados em leprosários. Esses aspectos deram origem ao estigma da doença e ao preconceito contra o

¹ Fisioterapeuta. Aluno do Curso de Pós- Graduação em Saúde da Família do Instituto LABORO/ Universidade Estácio de Sá. E-mail: a_mcaldas@hotmail.com

doente. Ela recebe o nome de hanseníase em homenagem ao seu descobridor, o cientista norueguês Gehard Amauer Hansen ¹.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a hanseníase é endêmica nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. Apesar da redução drástica no número de casos, a hanseníase representa um sério problema de saúde pública no Brasil e, também, no mundo. Nas Américas, o Brasil é o país com o maior número de casos da doença, com 77.154 casos em registro ativo e coeficiente de prevalência igual a 4,42 casos por 10.000 habitantes, no ano de 2002, detendo assim, 85% dos pacientes deste continente. Em nível mundial ocupa o segundo lugar, sendo superado apenas pela Índia ^{2,3,4}.

O Maranhão se destacou como o segundo estado do Brasil e o primeiro da região Nordeste na prevalência da hanseníase, com 4.274 casos em registro ativo e coeficiente de prevalência igual a 7,36 casos por 10.000 habitantes, em 2002, perdendo apenas para o estado do Mato Grosso (24,81/10 mil hab) ³.

A hanseníase não é apenas uma doença de pele, mas também dos nervos periféricos. O processo inflamatório desses nervos é um aspecto importante dessa patologia que, clinicamente, pode ser silencioso ou pode ser evidente, agudo, acompanhado de dor intensa, hipersensibilidade, edema, perda de sensibilidade e paralisia dos músculos ¹.

As incapacidades físicas são classificadas em diferentes graus, que variam de zero (sem incapacidade) a II (com incapacidade limitada de movimento), com base nos parâmetros do Ministério da Saúde (MS) e da OMS. A presença de incapacidades em pacientes em alta medicamentosa é um indicador de diagnóstico tardio, de tratamento inadequado e da falta de um profissional na área de reabilitação ^{3,5}.

A identificação das lesões neurológicas é feita por meio da inspeção dos olhos, nariz, mãos e pés; palpação dos troncos nervosos e periféricos; avaliação da força muscular e avaliação de sensibilidade nos olhos, membros superiores e inferiores. A avaliação neurológica deve ser realizada no momento do diagnóstico, semestralmente, na alta do tratamento, e sempre que houver queixa ³.

Assim sendo, o fisioterapeuta desempenha um papel importante no diagnóstico precoce das incapacidades motoras e neurológicas dos portadores de hanseníase, utilizando-se, principalmente, de um trabalho multidisciplinar em que haja a prevenção das incapacidades aos pacientes propensos a tê-las e atenção maior aos que já possuem, sendo feito o acompanhamento neurológico (nas avaliações neurológicas) constatando a eficácia do medicamento administrado. Em pacientes com incapacidades motoras são trabalhados os

alongamentos das estruturas comprometidas e a cinesioterapia ativo-assistido/ativo, além de orientações sobre auto-cuidados explanadas ao paciente durante o atendimento.

O presente estudo apresenta como objetivos destacar a importância da atuação da fisioterapia na reabilitação de pacientes com Hanseníase; caracterizar a população de estudo quanto à faixa etária, sexo, escolaridade, situação conjugal, ocupação e renda familiar; e identificar as formas clínicas da hanseníase; identificar o grau de incapacidade no início do tratamento e na alta.

REVISÃO DA LITERATURA

A hanseníase é endêmica nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. Apesar da redução drástica no número de casos, a hanseníase representa um sério problema de saúde pública no Brasil, apresentando distribuição irregular, com altos índices de prevalência em alguns estados, como o Maranhão, por exemplo. ^{2,3}

A maioria da população exposta, apresenta resistência ao Bacilo de Hansen, desenvolvendo infecções subclínicas que se curam espontaneamente. Apenas uma pequena parcela da população apresenta características de resposta imunológica que favorecem o desenvolvimento da doença, aspecto que sofre influência de fatores individuais e ambientais. Entre as pessoas que adoecem, o grau de imunidade varia e determina a evolução da doença. ²

Além das condições individuais, outros fatores relacionados aos níveis de endemia são as condições socioeconômicas desfavoráveis, assim como situações precárias de vida e de saúde e o elevado número de pessoas convivendo em um mesmo ambiente. ³

A atual política de controle da hanseníase previu a sua eliminação como problema de saúde pública até o ano de 2005, ou seja, a taxa de prevalência deverá ser inferior a um doente para cada 10.000 habitantes, em todo o mundo. No Brasil, apesar da evidência no progresso rumo à eliminação da hanseníase como problema de saúde pública e da redução da taxa de prevalência em mais de 80% nos últimos quinze anos e, de dois estados terem eliminado a hanseníase e, quatro estarem em vias de eliminação, esta meta torna-se pouco realista ao observar-se a situação isolada de outros estados em que a prevalência ainda encontra-se muito elevada. A exemplo, do Maranhão cuja prevalência encontra-se bem acima da média nacional ³. Para OPAS ⁵, Todo programa de prevenção e tratamento de doenças deve partir do conhecimento concreto dos doentes e não de informações estimadas.

O Ministério da Saúde ³ define como caso de hanseníase para tratamento, quando um ou mais dos seguintes achados encontram-se presentes: lesão de pele com alteração de sensibilidade, espessamento de tronco nervoso ou baciloscopia positiva na pele.

A avaliação neurológica e da função motora de grupos musculares específicos deve ser feita principalmente nos pacientes em tratamento, com a finalidade de detecção precoce de incapacidades. Seqüelas bem definidas podem ser encontradas já no período do diagnóstico, tais como: paralisia facial do tipo periférico unilateral ou bilateral, ou paralisia do ramo orbicular do nervo zigomático, provocando o lagoftalmo, epífora e exposição da córnea; mão em garra (garra do quarto e quinto quirodátilos ou garra completa); mão caída; pé caído, garra de artelhos que pode ser acompanhada do mal perfurante plantar ^{3,6}.

Na palpação, deve ser avaliado o calibre do nervo em comparação com o contralateral, a presença de dor, fibrose ou nodulações. Os nervos comumente avaliados são: o nervo ulnar, o mediano, radial e radial cutâneo nos membros superiores; o tibial posterior e o fibular comum nos membros inferiores e, grande auricular e nervo facial no segmento cefálico ³.

Periodicamente o paciente deverá ser reavaliado pelo fisioterapeuta realizando a goniometria do membro acometido, a inspeção e palpação além da orientação básica para os auto-cuidados ⁷.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo descritivo prospectivo com variáveis quantitativas, com os pacientes portadores de hanseníase, atendidos pelo Programa de Controle de Hanseníase no Centro de Saúde Dr. Genésio Rego (C.S.G.R), localizado na avenida dos Franceses, s/n Vila Palmeira, município de São Luís-MA.

O espaço físico do referido Centro de Saúde compreende três salas para atendimento médico, uma sala para consultas de enfermagem e outra para atendimento do terapeuta ocupacional e fisioterapia. A equipe multiprofissional é composta de enfermeiros, médicos, psicólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.

A população do estudo foi constituída por todos os pacientes portadores de Hanseníase cadastrados no C.S.G.R, de primeira consulta, atendidos no período de janeiro a setembro de 2009 no setor de Fisioterapia.

Utilizou-se para coleta de dados um formulário, previamente elaborado pelo pesquisador contemplando variáveis demográficas e sócio-econômicas e outras de interesse do estudo: classificação da patologia, forma clínica, classificação operacional, grau de incapacidade no início e no momento da alta. A coleta dos dados foi realizada nos prontuários dos pacientes após autorização do Diretor do Centro de Saúde.

Para análise das formas clínicas da hanseníase adotou-se a classificação de Madri ⁵ (1953) definida no VI Congresso Internacional de Leprologia que orienta como formas clínicas: indeterminada (I), dimorfa (D), virchowiana (V) e tuberculóide (T). A definição das formas clínicas foi feita a partir das características relacionadas pela OMS e adotada pelo Ministério da Saúde, que considera para classificação operacional as formas paucibacilares (indeterminada e tuberculóide) e multibacilares (dimorfa e virchowiana) ^{3,5}.

Os dados foram inseridos e analisados pelo programa EPI-INFO-2000 e apresentados em frequências absolutas e relativas.

RESULTADOS

Foram avaliados 51 pacientes portadores de hanseníase de um Programa de Referência no município de São Luís-MA. Destes, a maioria era do sexo masculino (64,7%) com instrução variando de ensino fundamental incompleto até ensino superior completo (92,2%). Quanto à ocupação, as mais frequentes foram estudantes (25,5%); doméstica/do lar (19,6%); e pedreiro (13,7%). (Tabela 1)

Tabela 1- *Características demográficas e socioeconômicas dos pacientes com hanseníase do Centro de Saúde Dr. Genésio Rego. São Luís-MA, 2009.*

CARACTERÍSTICAS	Nº	%
Sexo		
Masculino	33	64,7
Feminino	18	35,7
Escolaridade		
Analfabeto	04	7,8
Ensino fundamental incompleto	17	33,3
Ensino fundamental completo	10	19,6
Ensino médio incompleto	11	21,6
Ensino médio completo	08	15,7
Ensino superior incompleto	-	-
Ensino superior completo	1	2,0
Ocupação		
Estudante	13	25,5
Pedreiro	7	13,7
Vigilante	2	3,9
Doméstica/do lar	10	19,6
Outros	19	37,3
Total	51	100,0

As formas clínicas Dimorfa e Vichorwiana foram mais frequentes no sexo masculino (31,0% e 25,5% respectivamente), e na faixa etária entre 15 e 30 anos de idade

(25,5%). Já a forma Tuberculóide foi mais freqüente no sexo feminino (6,0%). Por outro lado, a forma clínica Indeterminada não foi detectada em nenhum caso novo (Tabela 02).

Tabela 2- Distribuição dos pacientes com hanseníase segundo forma clínica, idade e sexo. São Luís-MA, 2009.

Características	Forma clínica (n=51)									
	Indeterminada		Tuberculóide		Dimorfa		Vichorwiana		Não classificada	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sexo										
Masculino	-	-	2	4,0	16	31,0	13	25,5	2	4,0
Feminino	-	-	3	6,0	13	25,5	2	4,0	-	-
Idade (anos)										
15-30	-	-	3	6,0	14	27,0	8	15,5	1	2,0
31-45	-	-	2	4,0	8	15,5	5	10,0	-	-
46-60	-	-	-	-	4	8,0	1	2,0	1	2,0
61-75	-	-	-	-	3	6,0	1	2,0	-	-
Total	-	-	5	10,0	29	56,5	15	29,5	2	4,0

Na avaliação neurológica, antes do tratamento, foi observada a presença de algum grau de incapacidade física em 64,5% dos pacientes examinados. Destes, 31,5% apresentaram Grau I e 33,0% Grau II de incapacidade. Quanto ao sexo, observou-se que o masculino (23,5%) teve uma porcentagem mais elevada em relação ao feminino (8,0%) no Grau I. No Grau II, também, o sexo masculino (25,5%) se destacou em relação ao feminino (8,0%). Já no Grau Zero, notou-se predomínio do sexo feminino (20,0%) em relação ao masculino (15,5%). Considerando-se a faixa etária prevaleceram os pacientes entre 15-30 anos de idade (51,0%) em relação aos com mais idade (Tabela 3).

Tabela 3- Distribuição da população segundo grau de incapacidade no início do tratamento, idade e sexo. São Luís-MA, 2009.

Características	Grau de incapacidade no início do tratamento (N=51)					
	Grau Zero		Grau I		Grau II	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sexo						
Masculino	8	15,5	12	23,5	13	25,0
Feminino	10	20	4	8,0	4	8,0
Idade (anos)						
15-30	6	11,5	8	15,5	12	24,0
31-45	6	11,5	5	10,0	4	8,0
46-60	5	10,0	1	2,0	-	-
61-75	1	2,0	2	3,5	1	2,0
Total	18	35,0	16	31,0	17	34,0

Quando os pacientes foram avaliados no final do tratamento sobre a incapacidade física, observou-se com uma maior freqüência o Grau I (43,0%), em que 33,0% eram do sexo

masculino e 10,0% do feminino. Números que demonstram uma melhora do Grau de força muscular, mas, permanecendo a diminuição da sensibilidade principalmente em membros superiores (MMSS) e membros inferiores (MMII). Pacientes entre 15-30 anos de idade apresentaram maior percentual (21,0% e 20,0%, respectivamente) de Grau de incapacidade que os demais (Tabela 4).

Tabela 4- Distribuição da população segundo grau de incapacidade depois do tratamento, idade e sexo. São Luís-MA, 2009.

Características	Grau de incapacidade no momento da alta (N=51)					
	Grau Zero		Grau I		Grau II	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sexo						
Masculino	5	10,0	17	33,0	11	21,5
Feminino	9	17,5	5	10,0	4	8,0
Idade (anos)						
15-30	5	10,0	11	21,0	10	20,0
31-45	5	10,0	7	13,0	3	6,0
46-60	4	8,0	2	4,0	-	-
61-75	-	-	2	4,0	2	4,0
Total	14	28,0	22	42,0	15	30,0

Analisando os graus de incapacidades antes e após o tratamento por forma clínica, observou-se que a forma clínica dimorfa obteve destaque tanto no Grau de incapacidade inicial (57,0%) quanto no Grau de incapacidade na alta (56,0%). Entre os portadores da forma tuberculóide, observou-se maior frequência de Grau de incapacidade inicial em Grau Zero e Grau II com 4,0% respectivamente, e Grau I apresentou apenas 2,0%. Já no final do tratamento houve uma diminuição de Grau Zero (2,0%) e um aumento de Grau I (4,0%), o Grau II permaneceu com o mesmo valor (4,0%). A forma dimorfa, em início de tratamento, apresentou o Grau II com um número mais elevado de casos do que os demais (21,5%), e uma diminuição no final do tratamento (17,5%). Na forma vichorwiana, o Grau II de incapacidade se manteve o mesmo, tanto no início como no final do tratamento (6,0%) (Tabela 5).

Tabela 5- Distribuição da população segundo forma clínica e grau de incapacidade antes e depois do tratamento. São Luís-MA, 2009.

Características	Forma Clínica (N=51)									
	Indeterminada		Tuberculóide		Dimorfa		Vichorwiana		Não classificada	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grau de incapacidade inicial										
Grau Zero	-		2	4,0	10	20,0	5	10,0	1	2,0
Grau I	-		1	2,0	8	15,5	7	13,0	-	
Grau II	-		2	4,0	11	21,5	3	6,0	1	2,0
Grau de incapacidade final										
Grau Zero	-		1	2,0	9	17,5	4	8,0	-	
Grau I	-		2	4,0	11	21,0	8	16,0	1	2,0
Grau II	-		2	4,0	9	17,5	3	6,0	1	2,0
Total	-		5	10,0	29	56,0	15	30,0	2	4,0

DISCUSSÃO

A hanseníase continua apresentando um número alto de casos no estado do Maranhão, com uma prevalência de 7/10 mil/hab, no qual, a meta seria de 1 doente entre 10 mil habitantes, segundo a OPAS ⁵.

O sexo masculino destacou-se no estudo (64,7%), em uma proporção de quase 1,8/1 em relação ao feminino, enquanto no estudo de Silva et al.⁹, esta relação foi inversa de 2,8/1, sugerindo um aumento de casos no sexo feminino. O predomínio do sexo masculino também foi observado por Aquino et al. ¹⁰.

Com relação à idade, houve um predomínio da faixa etária de 15 a 30 anos (51,0%), sugerindo um maior acometimento de indivíduos na fase produtiva da vida. Entretanto, a concentração de casos de hanseníase em indivíduos economicamente ativos pode contribuir ao absenteísmo no trabalho e fortalecimento do estigma.

Os tipos de ocupações mais observadas foram as de estudante, vigilante, pedreiro e doméstica, assemelhando às observações de Fonseca et al ¹¹ e Aquino et al. ¹⁰. No aspecto laborativo a limitação funcional limita o mercado de trabalho, gerando problemas econômicos e sociais. Quanto à escolaridade, houve um predomínio de pacientes com algum grau de instrução, fato similar a outros estudos ¹⁰.

No presente estudo observou-se, em relação às formas clínicas, o maior percentual em portadores da forma dimorfa (56,5%), seguido da vichorwiana (29,5%) e

tuberculóide (10,0%). Já a forma clínica indeterminada, não foi detectada em nenhum caso novo, enquanto no estudo de Borges et al ¹², obtiveram o maior percentual dos casos (81,2%) nesta forma.

Dos 51 pacientes avaliados no momento do diagnóstico, 64,5% foram detectados graus I e II; necessitando, portanto, de orientação e aplicação de técnicas simples de prevenção ¹³. Já após o tratamento, 27,5% dos pacientes ainda permaneceram com Grau II de incapacidade. Este último geralmente provoca deformidades, em consequência da doença.

Mesmo após o tratamento, alguns pacientes ainda se encaminharam periodicamente ao Centro de Referência, para reavaliação pelo Fisioterapeuta, por precaução, e realizar monitoramento mais preciso dos mesmos.

A Fisioterapia, por meio da avaliação neurológica, possui um importante papel no diagnóstico clínico e funcional do paciente portador de Hanseníase ^{14,15,16}. Confirmado o diagnóstico, é planejada uma série de exercícios para sua reabilitação usando principalmente técnicas da Cinesioterapia e orientações gerais de autos cuidados como forma de tratamento e prevenção da doença.

CONCLUSÃO

Diante dos resultados obtidos neste estudo, chegou-se as seguintes conclusões:

a) Dentre as características demográficas e sócios- econômicas a maioria da população estudada é do sexo masculino com ensino fundamental incompleto e quanto a ocupação são os estudantes seguido de doméstica (do lar).

b) A forma clínica Dimorfa está presente na maioria dos casos, destacando-se o sexo masculino e na faixa etária de 15 a 30 anos.

c) As formas clínicas dimorfa (56,5%) e a virchowiana (29,5%) foram as mais freqüentes e apresentaram maior grau de incapacidade. Mesmo após o tratamento, muitos pacientes ainda continuaram apresentando um grau de incapacidade elevado (64,5% entre grau I e Grau II).

A situação de hiperendemicidade, associada às baixas condições socioeconômicas e ambientais, agravada pelo elevado percentual de pacientes que apresentavam incapacidades físicas em consequência da doença, pode interferir na qualidade de vida dos mesmos.

O fisioterapeuta realiza um trabalho tanto na prevenção quanto no diagnóstico clínico e funcional. Através da avaliação neurológica é possível se detectar vários achados

importantes como déficit motor e a perda da sensibilidade do paciente tanto em face como em MMSS e MMII.

Assim sendo, o fisioterapeuta desempenha um papel importante na equipe multidisciplinar que acompanha pacientes com hanseníase, realizando junto com a equipe um diagnóstico precoce das incapacidades motoras e neurológicas dos portadores de hanseníase, utilizando recursos específicos e manobras em sua reabilitação.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Prevenção de Incapacidades. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
2. Carrasco M AP.; Pedrazzani E S. Situação epidemiológica da Hanseníase e dos seus comunicantes em Campinas. Revista da Escola de Enfermagem, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 214-218, ago. 1993.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Guia para controle da Hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
4. Velloso, AP., Andrade, V. Hanseníase curar para eliminar. Porto Alegre: Edição das Autoras, 2002.
5. OPAS - ORGANIZAÇÃO PANAMERINANA DE SAÚDE. Hanseníase. Disponível em: < <http://www.opas.org.br> >. Acesso em: 30 de setembro de 2009.
6. Castro, M. C.. Hanseníase na Penitenciária de Pedrinhas: aspectos epidemiológicos. 49f. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2006.
7. Ghikas, P. A.; Clopper, M.. Fisioterapia e Reabilitação: Estudos de Casos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
8. Maranhão. Secretária de Estado da Saúde. Centro de Saúde Dr. Genésio Rêgo. Programa Estadual de Controle da Hanseníase: dados de prontuários de pacientes. São Luís; 2007.
9. Silva, A.R et al. Projeto Buriticupu: relatório de 1993. Santa Luzia: UFMA (Documento mimeografado), 1994.
10. Aquino, D. M. C. et al. Perfil dos pacientes com hanseníase em área hiperendêmica da Amazônia do Maranhão. São Luís- MA. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. v.36. n.1, p. 57-64, jan-fev, 2003.
11. Fonseca, P.H.M; et al. Hanseníase no Estado do Maranhão. Análise de 5.274 casos. Arquivos Brasileiros de Medicina 57:175-177, 1983.

12. Borges, E. et al. Determinação do grau de incapacidade em hansenianos não tratados. Caderno de Saúde Pública vol.3 Rio de Janeiro jul/set 1987.
13. Leite, E.P.F.; Silva, M. B. Atuação do fisioterapeuta na prevenção de incapacidades. Trabalho apresentado para conclusão da disciplina de Prática Supervisionada II. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 1995.
14. Higa, D.; . Papa E. C. Recursos fisioterapêuticos utilizados na Hanseníase. Projeto de Graduação. 1998.
15. Lehman, L.F et al. Avaliação Neurológica Simplificada. Belo Horizonte: ALM International, 1997.
16. Rebelatto, J.R.; Batomé, S. P. Fisioterapia no Brasil: Fundamentos para uma Ação Preventiva e Perspectivas Profissionais. São Paulo: Artes Médicas, 1998.

APÊNDICE

APÊNDICE A- Instrumento de coleta de dados

FORMULÁRIO INDIVIDUAL**Dados de identificação**

- 1- Nome:
- 2- Data de nascimento: / / Idade:
- 3- Sexo: () 1- Masculino 2- Feminino
- 4- Residência atual:
- 5- Situação conjugal do entrevistado () 1- casado 2- solteiro 3- morando junto 4- separado 4- separado 5- divorciado
- 6- Atividade principal do entrevistado:
- 7- Foi tratado com medicamento : () 1- Sim 2-Não 3-NSI
- 8- Tempo de doença: início dos sintomas até o diagnóstico:
- 9- Data do diagnóstico: / /
- 10- Forma clínica: 1- I 2-T 3-D 4-V 5- Não classificada
- 11- Avaliação do grau de incapacidade no início do tratamento: () 1- Grau zero 2- Grau I 3- Grau II 4- não avaliado
- 12- Avaliação do grau de incapacidade no momento da alta: () 1- Grau zero 2- Grau I 3- Grau II 4- não avaliado
- 13- Classificação operacional: () 1- PB 2- MB 3- PQT/MB 4- PQT
- 14- Baciloscopia: () 1- Positiva 2- Negativa 3- Não realizada
- 15- Esquema terapêutica inicial: () 1- PQT/ BB 6 doses 2- PQT/ MB 12 doses 3- PQT/ MB- 24 doses 4- MB

ANEXO