

AS ATIVIDADES E O RELACIONAMENTO INTERPESSOAL DOS PACIENTES HANSENIANOS COM PERDA DE SENSIBILIDADE NAS MÃOS

Cristina Yoshie Toyoda

Docente do Curso de Terapia Ocupacional da UFSCar

Doutora em Psicologia Experimental

Resumo:

A perda da sensibilidade nas mãos decorrente da hanseníase e suas consequências para os pacientes foi uma das motivações para realizarmos um trabalho de investigação na área, além da tentativa de sistematizar as informações relativas à referida perda. As observações iniciadas no Setor de Terapia Ocupacional num ambulatório especializado em São Paulo e depois continuadas no Serviço de Terapia Ocupacional da UFSCar no Centro de Saúde I de São Carlos registravam diversas queixas apresentadas pelos pacientes relativas à perda sensorial e às dificuldades em se adaptar a mesma. O estudo, na íntegra, que é uma Dissertação de Mestrado (Toyoda, 1987), compreendeu 30 pacientes divididos em três grupos de acordo com a pré-determinação do grau de comprometimento da sensibilidade tátil das mãos, sendo 10 sensíveis que não apresentavam nenhuma alteração de sensibilidade; 10 parciais que apresentavam comprometimento de sensibilidade tátil em 50% da área total das mãos e 10 anestésicos, com 90% da área das mãos sem sensibilidade tátil. O presente reláto analisa o grupo de pacientes anestésicos pois acreditamos na importância de se conhecer as dificuldades dos mesmos para melhor abordagem em Terapia Ocupacional.

Palavra-chave: Percepção tátil, Atividade, Sensibilidade tátil.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença que se caracteriza, especialmente, por acarretar a perda (parcial ou total) da sensibilidade cutânea superficial, além do comprometimento motor. Grande parte dos doentes são acometidos destas perdas, uma vez que o bacilo causador da moléstia ataca o sistema nervoso periférico.

A sensibilidade tátil e consequente percepção é a última modalidade sensorial da pele a ser comprometida pela doença (Ministério da Saúde, 1980). Antecedem a ela as sensibilidade térmica e dolorosa, respectivamente. Portanto, a efetivação da perda da sensibilidade tátil significa que já ocorreu a perda das duas outras modalidades de sensibilidade cutânea.

O déficit sensorial ocasionado pela hanseníase se restringe a porções distais do corpo (mãos e/ou pés e, eventualmente, a face, braços e/ou pernas). Este tipo de perda sensorial é denominado de déficit em “**luva e meia**” (Sabin e Ebner, 1969). No entanto, por atingir locais importantes para o estabelecimento de contato, seja interpessoal, seja com objetos, a doença permite caracterizar toda uma deficiência perceptual. A mão do paciente anestésico é “cega”, não podendo “enxergar” a temperatura de uma xícara de café, a mão de seu filho entre suas ou sentir a textura de uma roupa (Job, 1968).

A perda da sensibilidade tátil e consequente perda da percepção tátil traz ao paciente uma série de

problemas, em especial, acidentes com as mesmas (Wood, 1969). Uma frase citada por dois autores americanos sobre um estudo dos efeitos da perda sensorial permite dimensionar a extensão do problema:

a anestesia da boca após uma injeção dental é somente transitória; para um paciente hanseniano, a anestesia da mão perdura toda a existência (Ward e Neville, 1968, p.324).

O distúrbio que é provocado pela doença muitas vezes não se restringe unicamente à perda da sensibilidade. A pele sofre de privação das secreções das glândulas sebáceas e sudoríparas, tornando-se seca e quebradiça, com perda de elasticidade. Com isto, as mãos dos pacientes apresentam dificuldades em explorar tatilmente superfícies ou mesmo manipular objetos ou estabelecer contatos interpessoais (Job, 1968).

É importante observar que muitos pacientes relatam suas dificuldades em estabelecer contato com objetos ou mesmo com pessoas por não sentirem suas mãos ou as sentirem “esquecidas” ou “frias”. Outros, por tê-las ressecadas, receiam “ofender” as pessoas com a aspereza apresentada ou mesmo de tocar determinados materiais macios como seda, lã. Outros, ainda, particularmente os mais jovens relatam que não dançam ou namoram pois não “sentem” a mão da parceira ou namorada entre as suas. Tal tipo de situação é classificada pelos

pacientes como extremamente desagradável e geradora de desconforto.

As observações efetuadas no decorrer dos atendimentos de Terapia Ocupacional confirmam os relatos acima. Os pacientes com anestesia nas mãos relutam sempre quando as atividades propostas envolvem o uso de materiais desconhecidos e/ou quando necessitam contatar pessoas. Deve-se considerar o retraimento destes pacientes face os preconceitos que cercam a doença. Apesar deste último fator ser relevante e exercer poderosa influência nas manifestações dos pacientes, o papel da perda sensorial e consequente percepção não deve ser minimizado.

O presente estudo teve como objetivo estudar as implicações da perda da percepção tátil em pacientes hansenianos anestésicos a nível de suas relações com pessoas e com objetos e/ou materiais.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Com uso de argila 10 pacientes considerados anestésicos foram submetidos a uma atividade descrita a seguir.

O critério estabelecido para determinar a anestesia foi a perda em aproximadamente 90% da área de ambas as mãos. Para determinar a referida anestesia utilizou-se um monofilamento de nylon de 0,5 mm de diâmetro que exercia a pressão equivalente a um fio de cabelo humano sobre a pele.

O monofilamento, em contato com a pele deveria fazer uma curva ou a letra "C" e o paciente relatar se sentiu ou não o contato do fio e em que região da mão fora tocado.

Cada paciente foi submetido a filmagem em vídeo-tape de olhos vendados e depois de olhos abertos durante o manuseio da argila. Não houve predeterminação do tipo de atividade que o paciente deveria realizar. Explicou-se que poderia realizar qualquer tipo de atividade que desejasse desde que não ultrapassasse o tempo estipulado de 5 minutos para cada tipo de situação.

Após a filmagem o paciente era convidado a responder um questionário que continha desde o sentimento registrado após a execução da tarefa com argila, o uso da mão para reconhecimento de texturas, para tocar instrumentos musicais, para manipulação corporal, para estabelecimento de contato corporal com filhos, parentes, amigos, com cônjuge e para cumprimentar as pessoas. Dada a impossibilidade de observar in loco o modo de agir dos pacientes no seu cotidiano, optou-se em utilizar o referido questionário com a finalidade de se obter dados relativos aos contatos estabelecidos com a mão anestésica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base na observação do desempenho dos pacientes fez-se a análise dos movimentos efetuados

durante a atividade com argila e que permitiu visualizar três tipos de contato que as mãos estabelecem com o referido material: só com a região da palma (palmar); só com os dedos (digital) e o contato misto da palma com os dedos (digito-palmar). Observou-se também que os pacientes sem deficiência sensorial efetuaram a atividade com a utilização máxima dos dedos ou da ponta dos dedos (polpa). Os estudos sobre acuidade perceptiva tátil corroboram com a referida observação (Coren, Porac, Ward, 1979; Lederman, 1974; Weinstein, 1962). Os dados acima dão indícios da estreita ligação entre o refinamento motor e o aperfeiçoamento da percepção tátil.

Os pacientes anestésicos, objetos do presente estudo também confirmam a observação acima. Uma das pacientes com grande comprometimento motor não conseguiu dar forma à argila, enquanto estava de olhos vendados, utilizando muita força nas mãos, como que necessitasse certificar-se através de um contato mais amplo das palmas das mãos que o material estava firme entre elas. O cotidiano também ilustra tal fato: os hansenianos com perda de sensibilidade em toda região palmar das mãos apresentam intensa calosidade nas mesmas, principalmente se suas ocupações requerem força manual. Como não sentem a ferramenta ou material com a sensibilidade superficial fazem pressão para senti-los através de outros receptores. Em consequência dessa força, apresentam as mãos grossas, que por sua vez, determinarão o uso de mais força para sentir, completando-se um círculo vicioso.

Outro paciente anestésico por não ter comprometimento motor faz uso da palma e dos dedos reforçando as observações de que a perda da sensibilidade cutânea não é impeditiva à obtenção de informações perceptivas sobre os materiais e meio ambiente; é a deficiência motora associada à perda sensorial que faz com que os pacientes hansenianos anestésicos encontrem dificuldades perceptivas.

Apesar de não ter atribuído valor à forma final da atividade pois o estudo não priorizou o produto em si, mas o processo, isto é, como as mãos entravam em contato com a argila e a relação deste contato com a percepção tátil, pode-se perceber que apenas três pacientes anestésicos conseguiram dar acabamento à argila, quando estavam de olhos vendados, sendo que a maioria não conseguiu sequer iniciar um esboço por apresentarem comprometimento motor associado. No entanto, pode-se notar que todos os pacientes se esforçaram para manusear a argila com as mãos e tentar dar formato ao material.

A indagação que se faz é com relação aos mecanismos e/ou sistemas que permitem compensar as deficiências sensoriais e mais ainda, superá-los. Os conceitos sobre perda de sensibilidade e consequente percepção vigentes consideram os portadores de tais deficiências como “anestésicos”. A partir dessa concepção o paciente é sempre visto como um ser que não “sente”, ou seja, tem sérias limitações no contato com objetos e pessoas. Cabe registrar aqui que nosso entendimento pessoal sobre anestesia também não fugia deste senso comum.

Entretanto, constata-se que a conceituação de anestésico deve ser alterada em vista das evidências de que o sujeito apesar de não sentir “pode” e estabelece contato com materiais e objetos.

Outros mecanismos envolvidos com a percepção tátil são a cinestesia e barestesia profunda. A cinestesia permite que mesmo sem o **feed-back** dos receptores cutâneos exista uma forma substituta para os sujeitos anestésicos através da percepção dos movimentos efetuados. Outro sistema a ser considerado são os receptores profundos (barestésicos). Como a anestesia é apenas dos receptores cutâneos superficiais a integridade dos profundos permitiria a percepção dos objetos e materiais. Outra maneira de compensar as eventuais deficiências sensorio-perceptivas seria através dos demais sentidos. Audição e olfato aguçados auxiliariam no reconhecimento de materiais e/ou objetos. Pode-se aventar ainda a conjunção dos três mecanismos que compensariam tal perda sensorial.

Engelmann (1986) ao explicitar as maneiras como um objeto pode ser percebido auxilia também a compreender os fenômenos aqui relatados. De acordo com o autor, a percepção de um objeto pode ser modal, ou seja, percebido num único modo, conforme regras da psicologia da Gestalt ou então supramodal, isto é, os objetos são percebidos como todo, independentemente dos diversos modos que são apresentados.

Além das explicitações acima a teoria sobre a tomada de informação de Roger e Jones, de 1980, pode dar outras pistas para a compreensão dos

fenômenos observados. Na opinião dos autores acima, a incerteza do que está ocorrendo próximo ao seu ambiente faz com que o sujeito fique alerta e qualquer coisa que reduza a incerteza é um incentivo. Visão, audição e tato tem propriedades comuns na capacidade de incentivar a percepção, ou seja, a utilização de uma das modalidades implica na modificação do comportamento do paciente na utilização de outras modalidades numa direção prognosticável.

Quase todos os pacientes relataram que realizam a pesquisa de textura conhecida através da visão e quando a textura era desconhecida através do tato. Este fato tem concordância com os estudos sobre modalidade cruzada entre visão e tato. Existem inúmeras pesquisas apontando interdependência das duas modalidades perceptivas. A textura conhecida e já identificada anteriormente é reconhecida visualmente, pois a informação tátil anteriormente obtida fica armazenada na memória.

Já as texturas desconhecidas necessitam de pesquisa manual. À vista de um material e/ou objeto estranho observa-se comumente a seguinte reação: “Deixe-me ver”? Na realidade não é ver, pois a visão abarca distâncias e a curiosidade estaria saciada, portanto, este “ver” subentende: tocar, sentir, manusear o desconhecido para guardar as impressões táteis. Parece ser extremamente importante para os pacientes anestésicos manter contato com texturas desconhecidas, tentando identificá-la através da visão e do tato.

Com relação aos instrumentos musicais poucos pacientes relataram tocá-los e por isso não forneceram dados estatisticamente significativos para verificar como os pacientes anestésicos fazem uso dos mesmos.

Os sentimentos expressos ao findar a atividade foram de alegria e surpresa, sendo o primeiro o de maior percentual. Ao tomarem conhecimento da condição de teste (de olhos vendados) reagiam negativamente ou manifestavam dúvidas quanto à própria capacidade de execução da tarefa. Conseguir acabar a atividade, mesmo sem ter atingido o objetivo inicial de confeccionar, ou melhor, de dar um forma à argila, seria talvez o fator preponderante para as manifestações registradas em suas respostas, ao questionário.

Os pacientes, ao realizarem a atividade de olhos abertos, referiram que visualizar a transformação da argila em um objeto foi uma experiência extremamente positiva. Isto se refletiu no sentimento de alegria que teve aumento de percentual neste modo de trabalhar com o material.

É interessante observar que os pacientes não incluíram diversos estados de ânimo ou sentimento listados por Izard (1982)¹: nojo, medo, timidez, culpa, desprezo. Acreditou-se, a princípio, que dada as características do material (argila) alguns pacientes demonstrariam nojo na manipulação do mesmo. E dada as manifestações verbais de dúvidas

¹ Izard fez um estudo sobre reconhecimento de sentimentos universais, com uso de fotos.

quanto à própria capacidade de execução da tarefa também pensou-se, inicialmente, que alguns pacientes relatariam medo. No entanto, tais suposições não se concretizaram: a manifestação de alegria pode ser considerada como uma demonstração de que o paciente superou dúvidas quanto a sua aptidão e reafirmando de que as capacidades perceptivas remanescentes auxiliam-no no estabelecimento de contato com objetos e materiais.

O estabelecimento de contato interpessoal e auto-contato foi relatado por quase todos os pacientes anestésicos. É interessante observar que mesmo o contato com cônjuge ou parceiro é estabelecido pela maioria das pessoas anestésicas. Ruggieri, Milizia e Angeli (1985) estabeleceram uma relação entre ausência de experiência cutânea com prazer sexual dos pacientes dermatológicos. Os resultados desses pesquisadores italianos mostram que os sujeitos “doentes” são muito ansiosos devido a sua condição cutânea (medo de rejeição). Mas eles têm meios específicos para reagir ao prazer (denominado de micro experiência do prazer) de forma muito mais completa que os sujeitos normais.

Quanto ao gesto de cumprimentar todos os pacientes anestésicos referiram utilizar-se do mesmo para estabelecer contatos interpessoais. As observações que foram realizadas nos locais de atendimento dos pacientes reforçam os dados do questionário: o gesto de cumprimentar é muito mais frequente entre os pacientes hansenianos que os demais.

Para se ter subsídios para uma discussão mais ampla necessitar-se-ia de uma observação direta dos contatos interpessoais já que os resultados da pesquisa baseiam-se apenas nas respostas ao questionário.

A percepção do contato consigo (manipulação de partes do corpo) e interpessoal, no entanto, é fornecida por todos os pacientes. Isto em primeiro lugar dá indícios para descaracterizar a auto-estigmatização dos sujeitos para contatos interpessoais. Em segundo lugar, ressalta a importância do tato nas relações interpessoais para esses pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ausência de sensibilidade tátil não impede a manipulação de materiais e/ou objetos, por parte dos pacientes anestésicos, quando atuam de olhos vendados. O comprometimento sensitivo, associado ao motor, é que impede a manipulação mais minuciosa. Existe(m) mecanismo(s) que compensa(m) a perda sensorial e auxilia(m) o reconhecimento de objetos e materiais. Os contatos interpessoais são relatados por todos os pacientes anestésicos, não havendo, portanto, a auto-estigmatização para estabelecimento do referido contato.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. **Modelo de Curso Básico de Hanseníase**, Brasília, 1980.
- COREN, S., PORAC, C. e WARD, L. **Sensation and perception**. NY, Academic Press, 1979.
- ENGELMANN, A. Contribuições recentes à investigação de estados subjetivos. **Ciência e Cultura**, v.38, p.1021-1025, 1986.
- IZARD, C. E. e DOUGHERTY, L. M. Two complementary facial expressions in infants and children. In: IZARD, C. E. **Measuring emotions in infants and children**. NY, Cambridge Press, 1982, p.97-126.
- JOB, C. K. Pathology of deformity in leprosy. **Physiotherapy**, v.54, p.310-316, 1968.
- LEDERMAN, S. J. Tactile roughness of grooved surfaces: touching process and effects of macro and microsurface structure. **Perception and Psychophysics**, v.16, p.385-395, 1974.
- ROGERS, D. L. e JONES, A. Information-seeking behavior in tactile modality. **Perceptual and Motor Skills**, v.50, p.1179-1191, 1980.
- RUGGIERI, V., MILIZIA, M. e ANGELI, F. Reaction to cutaneous (tickle) and sexual pleasure by normal and dermapathic subjects. **Perceptual and Motor Skills**, v.61, p.903-910, 1985.

SABIN, T. D. e EBNER, J. D. Patterns of sensory loss in lepromatous leprosy. **International Journal of Leprosy**, v.37, p.239-248, 1969.

TOYODA, C. Y. **Implicações da perda da percepção tátil dos pacientes hansenianos no relacionamento com o ambiente e na interrelação pessoal.** (Dissertação). Instituto de Psicologia - Universidade de São Paulo, 1987. 225p.

WARD, D. J. e NEVILLE, P. J. Anaesthesia in the hand and foot in leprosy. **Physiotherapy**, v.54, p.323-326.

WEINSTEIN, S. Tactile sensitivity of the phalanges. **Perceptual and Motor Skills**, v.14, p.351-354, 1962.

WOOD, H. L. Prevention of deformity in the insensitive hand: the role of the therapist. **The American Journal of Occupational Therapy**, v.23, p.1-4, 1969.