

# INCAPACIDADES - O TAMANHO DO PROBLEMA E IMPORTÂNCIA DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO DE INCAPACIDADES

Marcos Virmond

## Introdução

Na verdade, as questões das incapacidades nunca tiveram prioridade por parte dos pesquisadores e formadores de políticas de saúde. Por um lado, é compreensível diante da enorme endemia que estava sob suas responsabilidades equacionar, que se preocupassem em descobrir medicamentos eficazes e definir estratégias de controle para limitar a transmissão. Quebrar a cadeia de transmissão era a palavra de ordem e isto se baseava numa estratégia de diagnosticar o maior número de casos e dar-lhes um tratamento que os esterilizasse bacteriologicamente.

Se isto poderia ser suficiente para outras doenças infecciosas, para a hanseníase não era o bastante. Um dos principais problemas da hanseníase é o comprometimento neural e suas conseqüências. Por outro lado, estas conseqüências têm conexões muito importantes no próprio processo de controle da doença: são as deformidades que estimulam o estigma e o medo, e são elas que colocam o cidadão condição de inválido - dependente dos sistemas de previdência do estado. Estas conseqüências têm uma importante ligação com o controle, uma vez que são o medo e o estigma os que impedem o diagnóstico precoce — um dos elementos fundamentais na quebra da cadeia de transmissão.

Como decorrência, o conhecimento do tamanho do problema

das incapacidades é disperso, não comparável e restrito. De qualquer forma, tal conhecimento é primordial para o estabelecimento de estratégias de seu controle. Particularmente agora, com a radical diminuição da prevalência em todo mundo, as questões das incapacidades assumem nova visão e novo interesse por parte dos formadores de políticas de saúde que buscam recuperar um tempo perdido em boa hora. No entanto, falta-lhes os dados para a armar a equação.

## O tamanho do problema

O instrumento mais difundido pelo mundo para o registro do grau de incapacidades foi definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1970 (WHO, 1995). Trata-se de um quadro no qual se aglutinam diferentes achados sobre incapacidades em torno de três diferentes graus (0, 1 e 2)<sup>1</sup>. Apresenta a vantagem de ser simples e pratico para que possa ser utilizada por qualquer categoria de profissional da saúde, servir de guia para tomada de medidas por medicos e auxiliares e, finalmente, servir como dado epidemiológico comparável internacionalmente. Utilizando-se esta tecnologia, muitos estudos foram realizados com diferentes delineamentos e em várias partes do mundo. No quadro 1, encontramos um resumo dos principais destes estudos e que pode auxiliar no entendimento do problema das incapacidades em uma visão global.

Quadro 1. informação da literatura sobre o percentual de incapacidades entre pacientes de hanseníase. Lista parcial.

ANO	AUTOR	DADO	OBSERVAÇÕES
1960	WHO Tech.Rep.Ser.	25 %	"cerca de 25% dos casos de hanseníase no mundo apresentam alguma incapacidade".
1960	Montestruc	40 %	em 589 pacientes in América Central
1960	Bechelli & Martinez	23,4%	dados do WHO Leprosy Advisory Team para a Nígeria
1961	Bechelli & Martinez	35,6%	dados do WHO Leprosy Advisory Team para Camarões
1962	Bechelli & Martinez	41,46%	dados do WHO Leprosy Advisory Team para a Tailândia
1963	Bechelli & Martinez	48,7%	dados do WHO Leprosy Advisory Team para Burma
1963	Bechelli & Martinez	32,32%	dados do WHO Leprosy Advisory Team para as Filipinas
1964	Bechelli & Martinez	35,85%	dados do WHO Leprosy Advisory Team para a Argentina
1966	Noordeen et al	35,5 %	
1967	Nagabhushanam	39,5%	entre 410 pacientes em Tirupati, India
1969	Noordeen & Srinivasan	19,4%	entre 412 pacientes de Chingleput. Provavelmente só computados graus 2 e 3.
1970	Rao et al	42,9%	estudo feito em Karigiri
1977	Hasan	44,3%	estudo em uma area endêmica em Hiderabad, India
1981	Kushaw et al	30,23%	estudo em uma unidade de saúde, India
1981	Smith et al.	31%	
1984	Reddy & Bansal	16,23%	estudo em população rural
1985	Sehgal and Sharman	30%	estudo em área urbana
1988	Mishra et al	21,1%	exclui o grau 1
1989	Girdhar et al.	44,6%	estudo na Índia num grupo de 514 pacientes
1992	Brasil, M. Saúde	24,75%	graus 1, 2 e 3 entre casos novos avaliados no ano.
1994	São Paulo, Sec. da Saúde	40,5%	entre 2.532 casos novos avaliados em 1994 no Estado de São Paulo. Grau 1,2 e3.

<sup>1</sup> Anteriormente, o Grau de Incapacidade recomendado pela Organização Mundial da Saúde incluía quatro situações — graus 0, 1, 2 e 3. Atualmente, os achados dos graus 2 e 3 estão agrupados no grau 2, eliminando-se o último.

Como pode ser visto, com todas as críticas que sofreu este quadro e inúmeras modificações sugeridas ao longo dos anos por diferentes autores, o Grau de Incapacidades recomendado pela OMS continua a ser o mais ubíquo instrumento para informações sobre estas questões em todo o mundo. Desta forma, as mínimas informações sobre o tamanho do problema das incapacidades disponíveis atualmente estão baseadas neste quadro (VIRMOND, 1995).

No Brasil, para o ano de 1998 (Tabela 1), temos 33.244 casos que receberam alta com o grau de incapacidade avaliado neste momento. Destes, 66% apresentavam grau 0, 10% grau 1 e 5% graus 2 e 3. Tomando-se apenas estes últimos, formam uma população 2.097 casos com severas alterações que demandam atenção terciária. Os 4.185 (10%) com grau 1 são candidatos certos a atenção de educação e saúde e prevenção de incapacidades.

**Tabela 1.** Altas por cura segundo o grau de incapacidades por regiões, tomando-se apenas 33.244 que tiveram o grau avaliado no momento da alta (82%) – Brasil 1998.

região	grau 0		grau 1		grau 2 + 3		total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
norte	6.713	74	861	10	482	5	8.056	89
nordeste	8.638	73	1.400	12	573	5	10.611	89
sudeste	5.524	54	1.021	10	619	6	7.164	70
sul	665	42	233	15	126	8	1.024	65
centro-oeste	5.422	68	670	8	297	4	6.389	80

Tendo como base estes dados, talvez não muito completos, será necessário trazer à discussão um segundo e importante elemento. Felizmente, a hanseníase, ao contrário de algumas outras moléstias infecciosas, tem baixa mortalidade. Isto significa que, a cada ano, temos o acúmulo dos casos com alta com incapacidades dos anos anteriores somados aos liberados no ano em questão. Assim, temos na

realidade um problema cumulativo que vai crescendo a cada ano. Devemos salientar que o número de casos novos com deformidades, segundo dados oficiais esta apresentando uma diminuição a cada ano (Tabela 2). Em 1998, para todo o Brasil, apenas 22% dos casos avaliados apresentavam grau 1, 2 ou 3.

**Tabela 2.** Comparação do grau de incapacidade avaliado em casos novos no Brasil em 1992 e 1998.

grau de incapacidade	1992		1998	
0	20.650	75,25%	30.063	78%
1	4.435	16,16%	5.852	15,0%
2+3	2.358	8,59%	2.537	7%
Total	27.443	100%	38.452	100%

De qualquer forma, se considerarmos este fator cumulativo pode-se perceber que o tamanho do problema das incapacidades não é pequeno. Num exercício genérico feito para o ano de 1993, estimava-se em 117.778 o número de indivíduos que tinham ou tiveram hanseníase e que necessitavam atenção em prevenção de incapacidades. Como dado complementar; podemos citar que para o ano de 1994, só no Estado de São Paulo, foram curados 911 casos apresentando graus 2 e 3 de incapacidade, isto 6, com problemas que demandam não só ações de prevenção por técnicas simples como práticas de reabilitação física.

Como pode se notar, uma visão clara da magnitude do problema é difícil. Seria necessário que as autoridades produzissem

um estudo extensivo e com significância nacional para que este tamanho fosse mais bem conhecido. De qualquer forma, os dados disponíveis remetem à questão que o problema é sério e requer medidas importantes para minimizar os efeitos deletérios desta legião de incapacitados e deformados que está sendo colocado na sociedade a cada ano.

#### **A importância da prevenção de incapacidades**

Diante do quadro numérico alarmante acima apresentado, seria fácil entender a importância das ações de prevenção apenas pela prevalência significativa de casos que necessitam de cuidados.

Entretanto, podemos defender a importância destas ações por um outro caminho — a relação direta destas ações com o próprio sucesso do programa de controle (DUERKSEN, 1979).

Uma vez que não dispomos de vacina eficaz e que o BCG determina uma proteção relativa às populações de risco, conclui-se que o controle efetivo da hanseníase baseia-se em prevenção secundária, isto é, a descoberta precoce e tratamento adequado de todos os casos.

Ora, sendo a hanseníase uma doença secularmente estigmatizada e estando este estigma fortemente ligado ao desfiguramento que pode causar, fica fácil entender que a limitação do dano pelas ações de prevenção tenha um importante papel como coadjuvante ao sucesso do controle.

Existem várias razões para a dificuldade da descoberta precoce de casos. Entre elas, podem ser salientadas a falta de conhecimento da população, sobre os sinais da hanseníase, a dificuldade de acesso geográfico e cultural às unidades de saúde e a precariedade dos próprios serviços de saúde. Entretanto, uma das principais razões para esta dificuldade é o medo que os indivíduos sentem de serem reconhecidos como portadores de hanseníase. Este medo está fortemente ligado aos desfiguramentos divulgados por filmes, livros e fábulas. Desta forma, a educação em saúde também apresenta papel importante na quebra desta cadeia de desinformação. Mensagens contemplando a hanseníase como doença curável e que não mais necessariamente leva o indivíduo a deformidade e a incapacidade devem e precisam ser estimuladas.

Sabe-se que a severidade das incapacidades está ligada ao tempo decorrido entre o começo da doença e o diagnóstico (SMITH, 1992; FERREIRA, 1993). Quanto menos tempo decorrido menor o risco de desenvolver incapacidades. Por outro lado, as técnicas disponíveis atualmente, para prevenção das incapacidades ou sua deterioração, têm-se demonstrado razoavelmente efetivas para esta finalidade. Desta forma, o incentivo à divulgação das ações de incapacidades, o treinamento das agentes de saúde em todos os níveis necessários e a implementação destas cuidados nas unidades de saúde que atendem os pacientes não apenas auxiliam no tratamento dos problemas específicos de incapacidades e deformidades, como emprestam ao serviço uma qualidade e um respeito junto à comunidade de usuários que se reflete positivamente no processo de controle. É fácil entender, mesmo individualmente, que a reação de um paciente de hanseníase frente a seu problema será muito mais tranquila e segura se ele reconhecer que existe um sistema pronto para atendê-lo em todas as suas necessidades — não apenas o PQT nas cartelas, mas outras atividades de que o paciente venha eventualmente necessitar. Trata-se de um conceito de atenção integral ao indivíduo e a segurança deste mesmo indivíduo perceber que — se necessário — ele terá esta atenção integral. Isto necessita estar não só presente, concretamente instalado, como visível a comunidade por meio de adequada divulgação.

Caso estes argumentos não sejam suficientes, retomemos a questão da prevalência das incapacidades. Trata-se de número significativo de indivíduos acometidos e o aparelho da saúde pública não pode ignorar esta necessidade. Como lenitivo, temos que a tecnologia da prevenção foi pensada exatamente para ser instalada num sistema com dificuldades e limitação de recursos. Assim, o

argumento da priorização de outras ações pode ser relegado a um segundo plano no momento destas discussões. O que se requer para executar a prevenção não é muito, como ficará patente ao longo dos capítulos deste manual.

### **A importância da reabilitação física**

As atividades de reabilitação física se enquadram no nível terciário. São mais complexas e demandam equipamentos mais sofisticados — mas nem tanto. As técnicas utilizadas, longamente testadas e aprimoradas por pesquisadores de todo o mundo, necessitam a atenção de uma equipe formada basicamente pelo cirurgião, a enfermeira, o fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional.

Ainda que de conteúdo mais complexo, estas ações não carecem necessariamente de instituições especializadas neste quadro. As técnicas utilizadas são, em sua maioria, comuns ao reparo e reconstrução em seqüelas causadas por outras patologias ou trauma e podem ser empregadas por cirurgiões pouco afeitos a hanseníase. Requer-se apenas um curto treinamento para colocá-los a par das peculiaridades da doença.

Novamente, sua importância reside na necessidade da atenção integral do indivíduo. Um percentual de casos irá desenvolver alterações mais severas, tais como paralisias musculares em mãos, pés e olhos, e será mais refratário aos tratamentos mais convencionais. Estes casos irão necessitar de atenção terciária. Estes têm direitos a esta atenção no sentido de lhes devolver a integral idade enquanto cidadãos. Por outro lado, a tecnologia está disponível, ela existe, e ela deve ser ofertada, pois demanda existe.

Adicionalmente a todos estes argumentos quanto à importância da reabilitação física, não podemos esquecer que, em sua quase totalidade, estes procedimentos encerram um forte componente prevencionista. Como exemplo, a correção cirúrgica do pé caído devolve ao indivíduo a funcionalidade de uma deambulação normal. Por outro lado, esta mesma correção é a forma mais efetiva de prevenir as úlceras de borda lateral do pé e a destruição dos ossos do antepé e do tarso que poderão ocorrer se a deformidade não for corrigida. Outro exemplo é a correção do lagofalmo como preventivo da úlcera de córnea e suas conseqüências nefastas.

Desta forma, particularmente por seu alto conteúdo de prevenção, as atividades de reabilitação física são fundamentais ao programa de controle integral e devem ser estimuladas. Adicionalmente, a presença de serviços de reabilitação no programa, seja no local ou por referência, empresta ao programa uma seriedade e respeito que lhe renderá dividendos como agente promotor da saúde. O paciente que sabe estar a sua disposição uma atenção integral tem maior tranquilidade e confiança em ser atendido e maior respeito pelo serviço. Mesmo que ele não vá utilizá-lo, sentir-se-á mais confiante no próprio tratamento com PQT e será mais assíduo às consultas. Assim, acredita-se que, tendo o serviço uma consistente oferta de serviços e uma boa relação com o usuário, teremos uma redução dos casos de abandono — e a preocupação dos gestores em ofertar uma gama variada de ações, incluindo a reabilitação física, será esta garantia.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 DUERKSEN, F. The importance of Reconstructive Surgery in the Rehabilitation of the Hansen's Diseased Patient. **Transactions of the Seventh International Congress of Plastic and Reconstructive Surgery**. FLUE editor Rio de Janeiro, 1979
- 2 FERREIRA J., MENGUES, S., GAMA, L, MOR S., MIRANDA, G., CAMPOS, LC., GUITERREZ, M. Risk Factors For Developing Disabilities Before the Diagnosis of Hansen's Disease. **Int. J. Lpr.**, v. 61 n. 4, supplement, Abstracts of Congress Papers. 14th International Congress of Leprosy, 1993.
- 3 SMITH, W.C.S. Epidemiology of disability in leprosy including risk factors. **Lep. Rev.**, v. 68, suplement 23s-30s, 1992.
- 4 VIRMOND, M. Leprosy as a low prevalence disease. **Hansen. Int.**, v. 20, n. 2.36-45. 1995.
- 5 WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A Guide to Eliminating Leprosy as a Public Health Problem**. Geneva, 1995.