

HOGLA CARDOZO MURAI

**PARTICIPAÇÃO DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO
DE INCAPACIDADES FÍSICAS NA HANSENÍASE**

**Dissertação de Mestrado apresentada
ao Departamento de Prática, da
Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de mestre em
Saúde Pública.**

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Eloísa Aparecida Guedes

SÃO PAULO

1990

RESUMO

O estudo tem como objetivo analisar a participação da enfermagem na prevenção de incapacidades físicas em pacientes portadores de hanseníase pelo registro da assistência prestada pela equipe de enfermagem ao longo de três anos subsequentes ao diagnóstico inicial da doença.

A análise foi procedida a partir dos registros de enfermagem contidos em 229 Prontuários de portadores de hanseníase em tratamento em 28 Centros de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Município de São Paulo no períodos 1986 a 1988.

Verificou-se uma baixa cobertura dos pacientes pelas ações de prevenção de incapacidades. O número de Centros de Saúde que desenvolvem o subprograma é pequeno e o número de centros de prevenção de incapacidades é insuficiente para atender a demanda.

A atuação da enfermagem na prevenção das incapacidades físicas na maioria dos locais de tratamento não é sistematizada e só ocorre integrada a de outras categorias profissionais esporadicamente.

Um pequeno número de enfermeiros atua comi exclusividade na assistência em hanseníase Dos que prestam assistência menos da metade o fazem sistematicamente. Os enfermeiros estão mais envolvidos com o preparo técnico a gerenciamento da equipe de enfermagem.

SUMMARY

This study aims to analyse the nursing performance in preventing physical disabilities in leprosy patients, taking into account the records of the nursing care rendered to them in the three years immediately following the initial diagnosis of the disease.

The analysis was carried out through a survey on the nursing records of 229 promptuaries of leprosy patients undertaking treatment in 28 Health Centers of the São Paulo State Health Department, located in the Municipality of São Paulo, State of Sao Paulo, Brasil, from 1986 to 1980.

The main points observed were: low-coverage in preventive actions against disabilities, a rather small number of health centers developing the subprogram and also a number of centers for preventing disabilities inadequate to meet the demand

In the majority of the facilities hick provide treatment, the nursing performance in preventing Physical disabilities is not systematic, occurring only sporadically integrated to ac-

tions undertaken by other professional categories.

A small number of nurses provides leprosy care, exclusively.

From the ones who do so, less than a half do it systematically.

They are mostly engaged in providing technical training and management to the nursing team.

ÍNDICE

Introdução.....	12
A hanseníase como problema de saúde pública	13
O controle da hanseníase no Estado de São Paulo...	20
A assistência de enfermagem em hanseníase.....	25
Objetivo.....	39
Metodologia.....	41
População	44
Instrumentos e coleta de dados	45
Tratamento dos dados	49
Resultados e Discussão.....	50
Conclusões.....	107
Considerações finais	110
Referencias Bibliográficas.....	116
Anexos.....	125

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição do número e percentual dos pacientes com hanseníase, segundo a forma clínica no momento do diagnóstico Município de São Paulo, 1986.....	51
Tabela 2 -	Distribuição do número e percentual de pacientes com hanseníase, segundo situação e ocorrências de tratamento, Município de São Paulo, 1986 a 1988	52
Tabela 3 -	Distribuição do número e percentual de pacientes com hanseníase, segundo situação e ocorrências de tratamento e forma clínica, Município de São Paulo, 1986 a 1988	55
Tabela 4 -	Distribuição do número e percentual de pacientes com hanseníase em tratamento, segundo sexo e faixa etária, Município de São Paulo, 1986	57
Tabela 5 -	Distribuição do número e percentual de pacientes com hanseníase em tratamento, segundo presença de incapacidades físicas no momento do diagnóstico e forma clínica, Município de São Paulo, 1986.....	59
Tabela 6 -	Distribuição do número e percentual de pacientes com hanseníase em tratamento, portadores de incapacidades físicas, segundo a localização da lesão, Município de São Paulo, 1986	62
Tabela 7 -	Distribuição do número e percentual das incapacidades físicas, segundo a localização da lesão e grau de comprometimento, Município de São Paulo, 1986	64

Tabela 8	- Distribuição do número e percentual de Centros de Saúde, segundo desenvolvimento de ações do Subprograma de Controle da Hanseníase (SPCH) e instalação de Centros de Prevenção de Incapacidades (CPI) no Município de São Paulo, 1988	69
Tabela 9	Distribuição do número e percentual dos Centros de Saúde, segundo tipo e disponibilidade de recursos físicos e materiais para o desenvolvimento do Subprograma de Controle da Hanseníase, Município de São Paulo, 1988	71
Tabela 10	Distribuição do número e percentual dos locais de tratamento, segundo desenvolvimento de ações de prevenção de incapacidades físicas, Município de São Paulo, 1986 a 1988	72
Tabela 11	- Distribuição do número e percentual de pacientes com hanseníase em tratamento, segundo ocorrência de incapacidades físicas e registro de ações de prevenção no prontuário, Município de São Paulo, 1986 a 1988	74
Tabela 12	- Distribuição do número e percentual de pacientes com hanseníase em tratamento, segundo ocorrência de incapacidades físicas e tipo de ações de prevenção registradas em prontuário, Município de São Paulo, 1986 a 1988	76
Tabela 13	- Distribuição do número e percentual de pacientes com hanseníase em tratamento, portadores de incapacidades físicas, segundo grau de comprometimento da lesão e tipo das ações de prevenção registradas em prontuário, Município de São Paulo, 1986 a 1988	77

Tabela 14-	Distribuição do número e percentual de pacientes com hanseníase em tratamento, com registro de ações de prevenção em prontuário, segundo a presença de incapacidades físicas e agente prestador da assistência, Município de São Paulo, 1986 a 1988.....	79
Tabela 15-	Distribuição do número e percentual de pacientes com hanseníase em tratamento, portadores de incapacidades físicas, com registro de ações de prevenção em prontuário, segundo o grau de comprometimento da lesão e agente prestador da assistência, Município de São Paulo, /1986 a 1988.	82
Tabela 16-	Distribuição do número e percentual de integrantes da equipe de enfermagem, segundo categorias que a compõe, Município de São Paulo, 1988	85
Tabela 17-	Distribuição do número e percentual dos integrantes da equipe de enfermagem, segundo categorias e treinamento específico para prestação de assistência em hanseníase, Município de São Paulo, 1988.....	86
Tabela 18-	Distribuição do número e percentual de integrantes da equipe de enfermagem, segundo categoria e tempo de atuação na assistência em hanseníase, Município de São Paulo, 1988.....	87
Tabela 19-	Distribuição do número e percentual dos integrantes da equipe de enfermagem, segundo categorias e tipo de atuação na assistência em hanseníase, Município de São Paulo, 1988.....	89

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

A hanseníase como problema de saúde pública.

A hanseníase é uma moléstia crônica, infecto-contagiosa, causada pelo **Mycobacterium leprae**. É classificada em dois tipos polares estáveis que são tuberculóide e virchowiano e dois grupos instáveis, o indeterminado e o dimorfo^{4,44}.

O primeiro, tuberculóide, caracteriza-se pelo comprometimento de troncos nervosos com possibilidade de levar a distúrbios nervosos e sensitivos que vão gerar as incapacidades. Quanto a presença de bacilos nas lesões são negativos.

A forma virchowiana tem por principal característica ser altamente bacilífera, constituindo os casos contagiantes. As manifestações cutâneas costumam ser mais intensas e numerosas e o comprometimento neural inicialmente mais discreto vai se acentuando à medida que a doença se agrava.

A forma dimorfa está entre os grupos tuberculóide e virchowiano sem contudo preencher os critérios de classificação em um ou outro. Diferem dos virchowianos pela menor quantidade de bacilos na bacterioscopia e pela forma como estes se apresentam.

O grupo indeterminado é caracterizado por lesões hipocrômicas com alterações de sensibilidade e distúrbios tráficos, apresentando-se do ponto de vista da presença de bacilos na pele sempre negativo. Não há comprometimento de troncos nervosos, não ocorrendo por isso problemas motores que possam originar as incapacidades.

A hanseníase é de distribuição mundial, constituindo sério problema de saúde pública sobretudo nos países de clima tropical e subdesenvolvidos. Esta distribuição não está ligada ao clima, mas às precárias condições de vida das populações dessas regiões⁶¹.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, um país é con-

siderado endêmico quando tiver um ou mais doentes por 1000 habitantes⁶¹. No Brasil este indicador em 1988 era de 1,8 por 1000 habitantes, observando-se uma distribuição interna bastante irregular, variando de 4,5 por 1.000 na região norte a 0,77 por 1000 no nordeste³⁵. No Estado de São Paulo neste mesmo período a prevalência era de 1,2 por 1000⁵².

A manutenção das altas taxas de prevalência se tem feito às custas de dois fatores:

- o diagnóstico tardio (cerca de 70% dos casos são descobertos tardiamente)⁴⁷ e
- a manutenção de reservatório na comunidade constituído por doentes conhecidos e em abandono de tratamento".

O grupo etário mais atingido é o superior a 20 anos o que imprime à doença graves reflexos sociais pelo ataque à força de trabalho das regiões endêmicas. Em relação ao sexo, a incidência é discretamente maior no masculino^{5,6,8}.

TALHARI⁶¹ aponta para o acometimento de significativa parcela de indivíduos pouco favorecida sob o ponto de vista sócio-econômico e cultural nos países subdesenvolvidos.

Esta associação, pobreza e doença, não se dá ao acaso e é facilmente compreendida no contexto desses países, onde o acesso aos serviços de saúde não constitui direito igualitário para toda população. Conseqüentemente, o retardamento do diagnóstico e do tratamento alimenta a cadeia de transmissão da doença.

Segundo GANDRA JUNIOR⁶³, no suficiente a perversidade deste quadro, a hanseníase goza em particular do agravante comportamental representado pelo estigma da lepra.

Fortemente influenciada por este, a hanseníase dotada de grande potencial incapacitante, no tem respondido satisfatoriamente aos programas até hoje propostos. Muito se avançou

com a introdução da sulfonoterapia, mais tarde com a utilização da rifampicina e mais recentemente com a multidrogaterapia ³⁷.

Contudo, o tratamento antibacilar ou quimioterápico no resolve por si só os dois fatores preponderantes na sustentação da endemia hansênica como problema de saúde pública: a interrupção da cadeia de transmissão e a instalação das incapacidades físicas conseqüentes.

O comprometimento neurológico é responsável sobretudo pelos fatores psico-sociais ligados a hanseníase, visto que na maioria dos casos a sua instalação implica na invalidez do indivíduo³.

VEGA NUNEZ⁶³ denomina invalidez "toda alteração anatômica ou fisiológica que incapacita total ou parcialmente o indivíduo, de modo permanente ou temporário, para uma atividade ou convivência social normais, de acordo com a sua idade, nível cultural e econômico, grau de instruo, etc".

Para BELLO⁹ a instalação de uma incapacidade física não interfere só nas funções anátomo-fisiológicas, mas na reação que tais alterações despertam no meio social. O componente

físico da incapacidade se dá pelo ataque ao sistema nervoso periférico, acarretando alterações de intensidade variável nas funções sensitivas, motoras e tróficas. Tais alterações geram incapacidades sociais seja pelos fatores estéticos, ou pela restrição funcional que alija o indivíduo da vida produtiva normal na sociedade onde vive.

A magnitude deste problema é apontado por BELLO, citado por CRISTOFOLINI¹³, que avalia em 30,0% dos pacientes em registro ativo o número dos acometidos por algum grau de incapacidade na face, mãos ou pés. ARVELLO², em pesquisa realizada na Venezuela, encontrou uma incidência de incapacidade de 54,4%. Outros trabalhos como de BECHELLI e DOMINGUEZ⁴, GONÇALVES²⁰, GUINTO²¹, MELLO & FONTE²⁵, MIZUOKA & OYAMA', RINALDI e colaboradores⁴⁰, encontraram índices semelhantes.

Em 1987, técnicos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo" chamaram a atenção para o alarmante dado de que apenas 55,0% dos casos diagnosticados têm seu grau de incapacidade avaliado e destes, aproximadamente 30,0% apresentam algum grau de incapacidade ao nível de mãos ou pés.

SANSARRIG⁴⁹ alerta para o significativo percentual de pacientes sob a ameaça de permanente e progressiva incapacidade física e social.

Diferentes estudos realizados têm chegado a conclusões semelhantes^{23,45}. Observa-se que a incidência de incapacidades tanto maior quanto mais avançada a doença e apresenta-se preponderantemente nas formas virchowianas e tuberculóides.

Grande número dessas incapacidades são decorrentes de traumatismos em áreas anestésicas passíveis portanto de prevenção mediante oportuna orientação²³.

O cuidado higiênico com as lesões traumáticas e a fisioterapia mereceram por sua relevância, dois capítulos do Tratado de Leprologia já em 1940⁵⁷ e constituíram destaque ao longo do tempo na literatura específica⁵⁰. OBERDORFERR & COLLIER⁴² em 1939 exaltaram a importância dos exercícios para fortalecer e treinar os músculos pequenos das mãos e pés, bem como as faciais e orbicular das pálpebras.

Passadas cinco décadas, os exercícios simples para fortaleci-

mento da musculatura afetada continuam sendo recomendados, merecendo atualmente normas de padronização para sua aplicação⁵⁰, assim como programas para avaliação de seus efeitos⁵¹.

Apesar de sua importância, os esforços feitos no sentido de promover o controle da doença e da prevenção das incapacidades físicas POUCO tem avançado, além das diretrizes contidas nos documentos oficiais, no transpondo os muros para a ação prática.

O controle da Hanseníase no Estado de São Paulo

Em 1976, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo" deu importante passo em direção ao controle da hanseníase. Atendendo à política de descentralização e integração das ações de saúde, seus técnicos elaboraram e implantaram o subprograma de controle da hanseníase (SPCH) a ser desenvolvido pelos

Centros de Saúde da Coordenadoria de Saúde da Comunidade, deixando para trás e de forma definitiva a era dos Leprosários e Dispensários da Lepra^{29,40}.

Dentre seus objetivos destacamos:

- intensificar a descoberta das fontes de infecção por meio da dinamizado das atividades de diagnóstico;
- assegurar o controle de tratamento para reduzir número de fontes de infecção;
- aumentar o percentual de curas;
- diminuir o percentual de abandonos de tratamento, e
- prevenir as incapacidades físicas.

Se por um lado a implantação do subprograma de controle da

hanseníase teve a virtude de descentralizar a assistência, não conseguiu desfazer o monopólio do Estado sobre ela.

Os primeiros passos neste sentido foram dados em 1986, mediante a celebração do compromisso interinstitucional que instituiu o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde de São Paulo - SUDS/SP⁵⁵, incorporando rede estadual recursos e equipamentos do INAMPS assim como de sua rede conveniada.

Em 1987, foram criados Grupos Especiais de Desenvolvimento de Programa (GEPRO) sendo um deles hanseníase". A proposta preliminar apresentada por este grupo foi pontuada em cinco itens:

- Efetiva integrado do SUDS na atenuo ao doente de hanseníase;
- Implementação do programa de prevenção de incapacidades físicas por técnicas simples e reabilitação,

- Implementação das esquemas terapêuticos de multi-drogaterapia (M.D.T.);

- Recuperação dos Hospitais de Dermatologia Sanitária,

- Criação do Instituto "Lauro de Souza Lima" - Bauru - como centro de excelência técnica e hansenologia e dermatologia sanitária para o Estado de São Paulo, para coordenar pesquisas e formar recursos humanos para o setor.

Na mesma proposta, o GEPRO hanseníase assume o compromisso de desenvolver programas de educação continuada de pessoal através de treinamento em serviços e educação para a população, através da prática conjunta entre os serviços de saúde e a comunidade, para o alcance dos quatro primeiros itens propostos.

A meta a ser alcançada era a mudança do quadro epidemiológico pela intervenção na cadeia de transmissão, via diagnóstico mais precoce. Os casos indeterminados, que em 1986 represen-

taram 26,5% do total diagnosticado no Estado, deveria representar 40,0 ou 50,0% em três anos. A médio prazo, esperava-se uma queda na taxa de detecção pela interrupção na cadeia de transmissão.

No município de São Paulo⁵² houve uma discreta elevação dos índices de casos indeterminados descobertos (2,16% de 1986 para 1988), enquanto o coeficiente de incidência se elevou em apenas 0,32% no mesmo intervalo de tempo.

Neste período, 1987, o Ministério da Saúde iniciou a nível nacional uma campanha educativa pelos órgãos de comunicação de massa, em especial rádio e televisão, alertando a população para os sinais e sintomas da hanseníase³².

Em que pese a necessidade de pesquisa científica para sua avaliação, a contribuição de campanhas de esclarecimento nesta linha é reconhecidamente importante, face a sua penetração e agilidade, é possível que parte das mudanças do quadro epidemiológico no município de São Paulo possa ser atribuída a esta iniciativa do Ministério da Saúde.

A prevenção das incapacidades físicas, apesar de constituir objetivo do subprograma de controle da hanseníase, em 1987, dez anos após sua implantação, só dispunha de 2,0X dos Centros de Saúde no Estado de São Paulo desenvolvendo atividades voltadas a esta meta. Esta avaliada detonou a implementação de ações neste sentido, culminando com a implantação efetiva de cinco centros de prevenção de incapacidade, cuja finalidade precípua era a de ser referência para prevenção e reabilitação, enquanto as técnicas simples continuaram atribuídas às Unidades que desenvolvem o subprograma em sua rotina⁵⁴.

Segundo dados do GEPRO - hanseníase em dezembro de 1988, apenas 41 Unidades desenvolviam atividades do subprograma de controle da hanseníase no município de São Paulo.

A Assistência de Enfermagem em Hanseníase

O estigma da lepra determinou historicamente a marginalização dos pacientes portadores de hanseníase excluindo-os dentre outras coisas, do acesso à assistência à saúde.

"Quando num homem houver praga de lepra, este será levado ao sacerdote. Ele o examinará e o declarará imundo. é imundo e habitará só: a sua habitação será fora do arraial". (Livro de Levítico, capítulo XIII, Bíblia Sagrada).

Nemes⁴⁰ cita o seguinte trecho de um relatório do presidente da Província de São Paulo, datado de 1840: "é um espetáculo digno de compaixão encontrar-se amontoados tantos infelizes infectados de lepra; nos arredores de cada cidade acha-se uma ou mais cabanas que servem de refúgio a estes proscritos da sociedade".

Somente em 1925, sob a liderança de Geraldo Horácio de Paula Souza, iniciou-se a implantação de um novo modelo tecnológico de Saúde Pública, que incorporava ações de educação sanitária e previa cursos de especialização para o pessoal de saúde⁴⁰. Esta referência ao pessoal de saúde indica a incorporação de outros profissionais além dos médicos, no cuidado destes pacientes. Em outras palavras, evidencia o início de um período de profissionalização da assistência, que até então era prestada por voluntários aos hansenianos como ato de caridade ou penitência.

Esta profissionalização enfrentou muitas barreiras oriundas do estigma e do medo, mesmo entre profissionais da saúde, vindo a efetivar-se mais claramente a partir da implantação do tratamento ambulatorial dos pacientes e da transformação dos leprosários em hospitais especializados destinados assistência e pesquisa, ao invés de abrigo e local de confinamento.

Muito se tem discutido acerca do controle da hanseníase e da prevenção das incapacidades físicas, e pouco se tem escrito sobre a assistência de enfermagem neste agravo.

Refletir sobre o que é e onde se insere a assistência de enfermagem em hanseníase requer antes de tudo que se defina assistência de enfermagem. Esta definição se dá a partir da década de 60, num esforço de contextualizar a prática da enfermagem como ciência.

A representação científica sob a forma de teoria permitiu a percepção da natureza, finalidade e objeto da enfermagem, cumprindo o papel de formalizador da organização das ações de enfermagem para a prestação do cuidado ao paciente^{19,22}.

Este cuidado é dirigido ao homem, entendido como ser bio-psico-social, inteirado ao meio ambiente, com a finalidade última de promover o equilíbrio, a adaptação e a satisfação de suas necessidades básicas^{1,1}.

O objeto da enfermagem, definido pelas teorias é fruto de um saber oriundo de outras ciências tais como a biologia, socio-logia, psicologia, fisiologia etc, e como tal de domínio da categoria enfermeira.

ALMEIDA¹, entretanto mostra que "uma quantidade razoável de investigações de enfermagem realizadas no Brasil, nas últimas décadas tem mostrado que as enfermeiras nas instituições de saúde vêm realizando funções administrativas ligadas a gerência das Unidades como controle da medicação, de rotinas, do pessoal auxiliar etc., e aquelas referentes ao objeto de trabalho como o cuidado de enfermagem, vem sendo realizados principalmente pelos atendentes".

A viabilização da prática das teorias de enfermagem se dá especialmente pela atuação dos demais componentes da equipe,

enquanto o saber científico se distribui de forma escalonada segundo as diferentes categorias de maior ou menor formação específica (técnico, auxiliar ou atendente) , ficando a categoria mais numerosa, a de atendentes, mais distante deste saber⁵⁹.

A gênese da dicotomia entre o saber e a prática na enfermagem repousa na história da própria profissão o que tem sido objeto de muitos estudos ^{26,59}.

Mais recentemente, estes estudos apontam para uma conceituação mais ampla, por exemplo como a de MELLO²⁶ que diz "é fundamental tornar claro que a enfermagem não pode mais ser encarada como arte e vocação ou como uma manifestação prática da caridade e seu desenvolvimento como produto da luta entre o bem e o mal. O desenvolvimento da enfermagem deve ser estudada como resultado não de esforços individuais, mas da relação econômica, política e ideológica do setor saúde com a sociedade".

O referencial teórico acerca do que é enfermagem, seja pelo

ângulo restrito da assistência (teorias) ou pela visa social mais abrangente, nos permite reafirmar válidos os preceitos de seu exercício tais como que deva ser oportuno, livre de riscos centrado Aos elementos que permitam o desenvolvimento social, para que todo ser humano adquira um nível de vida adequado para a conservação de sua saúde³⁰.

importante evidenciar estes aspectos porque neles residem, talvez, a fundamentação da delegação das ações destinadas a promoção da integração social do paciente mediante a preservação de suas condições normais de vida e entre elas a prevenção e reabilitação das incapacidades físicas, a enfermagem.

BROWNE¹⁰ escreve com muita propriedade sobre as características de formação e adequação do profissional enfermeiro ao desenvolvimento e coordenado de programas de controle da hanseníase, sobretudo no que tange 'a prevenção primária. Enfatiza o grau de penetração que a enfermeira consegue obter no trabalho educativo a nível individual e coletivo.

A propósito das ações educativas ARVELLO² diz:

"a educação sanitária concebida cientificamente adquire caráter fundamental e insubstituível nos programas de prevenção de incapacidades físicas na hanseníase. Ao paciente caberá adquirir conhecimentos sobre sua enfermidade para que modifique suas atitudes e práticas em relação as incapacidades que pode vir a ter. Enquanto no atingir este objetivo, a educação sanitária insuficiente e todas as técnicas de tratamento serão pouco ou nada eficientes".

VEGA NUNEZ⁶³ discute a reabilitação do hanseniano no campo mental, social e físico. No campo mental, considera importante o conhecimento do diagnóstico, pelo paciente, de forma positiva e clara, capaz de produzir nele o esforço necessário do autocuidado e o alcance da cura. No campo social, aborda a importância do trabalho educativo a nível da comunidade, que a levará a uma atitude de auxílio não piedoso, mas de acolhida e respeito às suas limitações semelhantes a qualquer outra enfermidade. No campo físico, enfatiza a importância da quimioterapia específica que reduzirá o percentual de incapacidades quando introduzida precocemente. Discute também a aplicação de técnicas que visem a regressão e a correção das alterações funcionais.

Segundo COMARU¹², a atuação do enfermeiro na área da reabilitação, como "um processo educativo, criativo e dinâmico e progressivo, voltada para a identificação e exploração do potencial do indivíduo portador de incapacidade; com vistas a sua integração ou reintegrado na comunidade, dando-lhe oportunidade de tornar-se ou continuar produtivo e participante do progresso social", ainda representa uma experiência nova no Brasil.

A mesma autora cita diversos pesquisadores que chamam a atenção para aplicação do processo de enfermagem como elemento chave da assistência de enfermagem em diferentes níveis de dependência, quer em situações de internação ou não.

Em 1978, numa tentativa de definir os níveis de atuação e o grau de participação da enfermagem no controle da hanseníase, entre outros aspectos da prevenção e do tratamento das incapacidades físicas, o Ministério da Saúde, em conjunto com a OPAS e OMS, publicou o Manual de Normas e Procedimentos de Enfermagem de Tipo Ambulatorial no Controle da Hanseníase²⁰. Esse manual contém as diretrizes gerais da assistência de enfermagem na prestação de serviços integrados de saúde aos in-

divíduos, família e comunidade, segundo o nível de complexidade de atenção.

Em 1979, foi publicado pela mesma fonte o Guia da Consulta de Enfermagem no Controle da Hanseníase³¹ que contém minuciosa descrição dos procedimentos que compõem a consulta de enfermagem, atribuição privativa de enfermeira.

O Ministério da Saúde²⁰ através da normatização dos procedimentos, atribuiu à enfermagem, na prevenção primária, papel essencial na promoção da saúde e proteção específica da mesma. Enuncia de competência da enfermagem a educação em saúde e o esclarecimento ao público sobre a natureza da doença. Na prevenção secundária, atribuiu a enfermagem a intervenção para redução das incapacidades e a participação na promoção do diagnóstico precoce. Na prevenção terciária, a recuperação progressiva das incapacidades e adaptação social do doente constituem ações permanentes de enfermagem.

Segundo o subprograma de controle da hanseníase" da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, compete à enfermagem a

participação na organização, superviso, execução e avaliação das atividades de controle da hanseníase. As atividades mediante as quais a enfermagem cumprirá seu papel são assim enunciadas:

- encaminhar a consulta médica os suspeitos de hanseníase que tenham comparecido ao Centro de Saúde por qualquer motivo;
- participar da investigação epidemiológica dos casos notificados;
- encaminhar ao Centro de Saúde os casos suspeitos, identificados em visita domiciliar;
- participar do controle dos comunicantes mediante: convocação através do doente, visita domiciliar, atividades de pré e pós consulta, atendimento de enfermagem e convocação de comunicantes faltosos ou em abandono de tratamento.

A disposição da competência e das atividades está pouco cla-

ra, mas depreende-se pela natureza de uma e outra, que a primeira, de caráter mais amplo, trata das funções da enfermeira, a quem cabe, dentro do modelo vigente, delegar a segunda ao pessoal auxiliar.

A prevenção e tratamento das incapacidades físicas aparece na descrição das ações componentes da visita domiciliar e atendimento de enfermagem, atividades estas executadas por pessoal auxiliar, treinado e supervisionado por enfermeira.

Esta abordagem, simplista à luz da magnitude do problema, foi revista na formação dos centros de prevenção de incapacidades (C.P.I.), onde surge a figura do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional, que, em conjunto com enfermeiro e médico propõe um plano de intervenção para cada paciente avaliado, considerando-o em seu todo".

Segundo NEMES⁴⁰, o subprograma de controle da hanseníase foi concebido segundo a lógica que busca a articulação entre instrumentos tecnológicos da saúde pública e da assistência médica individual.

A mesma autora analisa que os programas procuraram incorporar a assistência médica individual a um conjunto de outras atividades que compunham um plano de intervenção dirigido ao coletivo.

O que é perceptível é a incorporação do médico a este conjunto mais geral de atividades dirigidas ao coletivo, o que acaba por caracterizá-las como apoio ao ato médico de diagnóstico e tratamento a nível de cada indivíduo, realizada pelas outras categorias profissionais, entre elas a enfermagem.

A esta, coube uma grande parcela destas atividades, e sua prática tem se modificado na medida em que o modelo assistencial adotado pela instituição tem se transformado.

MENDES²⁷ afirma que:

"o enfermeiro planeja, executa e avalia as ações de enfermagem frente às necessidades da população e nesta função ele interage com outros elementos das

equipes de saúde e de enfermagem, quando se lhe oferece inúmeras oportunidades de troca de experiência e reflexo sobre o rol do setor saúde na sociedade. Estas equipes, embora limitadas ou estimuladas pelas diretrizes do sistema político, se integram e interferem, mantendo ou transformando prática dos serviços pela repetição acrítica dos mesmos, ou pelas avaliações freqüentes e aplicado de novos procedimentos e técnicas, contribuindo desta forma para manter, aperfeiçoar ou alterar os atuais programas de assistência à saúde da comunidade".

O aprofundamento desta questão, a prática da enfermagem definida no campo individual e coletivo, desenvolvida dentro de um modelo assistencial centrado no atendimento medico individual, destinada ao alcance de objetivos de ordem social além de biológicos, apresenta-se como um desafio irrecusável.

A aceitação deste desafio resultou no presente estudo que se propõe, sob o canal do questionamento direto desta prática e pela tomada de seus registros em prontuário, analisar a par-

participação da enfermagem na prevenção e reabilitação das incapacidades físicas na hanseníase.

OBJETIVO

OBJETIVO

Analisar a participação da enfermagem na prevenção de incapacidades físicas em pacientes portadores de hanseníase nos aspectos de educação em saúde e aplicação de técnicas simples de prevenção e reabilitação.

METODOLOGIA

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo retrospectivo do qual fizeram parte 367 prontuários de portadores hanseníase diagnosticados e residentes no município de São Paulo, no ano de 1986.

Estes pacientes foram diagnosticados em diferentes serviços e encaminhados para realização do tratamento nos Centros de Saúde da rede estadual e ou serviços por ela credenciados.

Foram verificados registros de enfermagem referentes ao período de três anos subsequentes ao diagnóstico, portanto de 1986 a 1988.

Foram excluídos da análise os prontuários de 69 pacientes que tiveram óbito no período receberam alta ou transferência para outro município ou estavam em abandono de tratamento ao final do período de estudo.

Outros 69 pacientes diagnosticados não constavam em tratamento nos Centros de Saúde de origem, conforme indicado nas res-

pectivas fichas de notificação e investigação epidemiológica no cadastro central, nem havia registro de seu encaminhamento para outro local de tratamento. Os procedimentos de busca obedeceram a seguinte seqüência:

- identificação do local de tratamento registrado na ficha de notificação e investigação epidemiológica no cadastro central da Secretaria de Estado da Saúde;

- verificação do registro do paciente na planilha de inclusão e atualização de pacientes portadores de hanseníase no Centro de Saúde indicado no cadastro central;

- verificação de matrícula do paciente no Centro de Saúde através do fichário índice da Unidade;

- listagem dos pacientes não encontrados através dos procedimentos descritos e posterior comparação com as planilhas de inclusão de pacientes portadores de hanseníase dos 41 Centros de Saúde

com subprograma de controle de hanseníase no município de São Paulo do ano de 1986.

Ao final destes procedimentos, constituíram população de tudo 229 prontuários de pacientes com hanseníase em tratamento em 28 Centros de Saúde no município de São Paulo.

População

Constituíram população de estudo:

- 229 prontuários de pacientes portadores de hanseníase diagnosticados e residentes no município de São Paulo no ano de 1986, e

- equipe de enfermagem lotada nos 28 Centros de Saúde onde os 229 pacientes se encontravam em tratamento no período de 1986 a 1988, composta por: 13 atendentes, 7 auxiliares de enfermagem, 4 visitantes e 20 enfermeiros, num total de 44 agen-

tes prestadores de assistência de enfermagem.

Dos vinte e oito Centros de Saúde, oito não contavam com profissional enfermeiro no período do levantamento dos dados.

Instrumentos e Goleta de Dados

A coleta de dados foi realizada em quatro fases:

- i. Levantamento e seleção dos prontuários dos pacientes que constituíram o universo de estudo realizado no nível central da Secretaria de Estado da Saúde, no Centro de Informações de Vigilância Epidemiológica (NIVE). O instrumento de coleta de dados utilizado nesta fase foi a planilha de inclusão de pacientes no estudo (anexo 1). A fonte de dados foi o cadastro central de hanseníase do Estado de São Paulo e o instrumento foi preenchido pela pesquisadora.

2. Levantamento em prontuário do grau de incapacidade física registrada no momento do diagnóstico pelo médico notificante, realizado nos Centros de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde. Para esta fase foi utilizado o instrumento de coleta de dados da situação de tratamento dos pacientes (anexo 2), preenchido pela pesquisadora nos locais de tratamento.

4. Verificação dos registros da assistência de enfermagem nos prontuários, no decorrer de três anos subsequentes ao diagnóstico. O critério adotado para validação destes registros seguiu a lógica do processamento da planilha de atualização de portadores de hanseníase do subprograma de controle da hanseníase, que considera sob controle o paciente com o mínima de um atendimento no período de um ano. Assim, a prestação de cuidados (ações de educação em saúde e aplicação de exercícios simples de prevenção e reabilitação) foi considerada realizada mediante

seu registro pela equipe de enfermagem e/ou equipe do centro de prevenção de incapacidades, na frequência mínima de uma vez em cada ano de tratamento. Foram tomados somente os registros em que havia explicitação da ação desenvolvida tais como orientação sobre a doença, sessão de exercícios, aplicação de massagem, curativo em lesão de área anestésica, etc. Foram desprezadas aquelas anotações inespecíficas de orientações gerais as quais não estivessem claramente relacionadas com a prevenção e reabilitação de incapacidades físicas. Para esta fase foi utilizado o mesmo instrumento de coleta de dados da fase anterior (anexo 2), igualmente preenchido pela pesquisadora.

4. Aplicação de formulário para caracterização dos locais de tratamento e das equipes de enfermagem prestadoras de assistência aos portadores de hanseníase em estudo. O instrumento de coleta utilizado (anexo 3) consta de duas partes:

- caracterização do local de tratamento, aplicado aos enfermeiros da área ou da Unidade e, na sua ausência, ao responsável pela direção técnica do Centro de Saúde.
- caracterização da equipes de enfermagem abordando aspectos gerais de composição tempo de serviços e capacitação conceitos da doença e prevenção de incapacidades físicas e ainda, aspectos de apoio técnico. As questões relativas ao apoio técnico só foram aplicadas aos enfermeiros.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora com cada componente das equipes separadamente, sempre após a coleta dos registros de prontuário.

A referência utilizada para definição de termos e padronização de conceitos relativos a assistência de enfermagem, ações de educação em saúde e prevenção e reabilitação de incapacidades foi o Subprograma de Controle da Hanseníase da Secretaria-

ria de Estado da Saúde de São Paulo, 1977 e o Manual para o Controle da Hanseníase - OPAS, de 1983.

Tratamento dos Dados

Após coletados, os dados foram dispostos em tabelas de frequência absoluta e relativa, necessárias ao acompanhamento da discussão analítico descritiva que compõe o estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em 1986, no município de São Paulo foram diagnosticados 422 casos de hanseníase, dos quais 367 (87,0%) residentes na capital e o restante em outros municípios.

TABELA 1. DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PERCENTUAL DOS PACIENTES COM HANSENÍASE SEGUNDO A FORMA CLÍNICA NO MOMENTO DO DIAGNÓSTICO, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1986.

FORMA	Nº	%
VIRCHOWIANA	135	36,8
DIMORFA	47	12,8
TUBERCULÓIDE	124	33,8
INDETERMINADA	61	16,6
TOTAL	367	100,0

A tabela 1 mostra que há uma maior concentração de casos polarizados (forma V e T) 70,6 % enquanto os casos diagnosti-

cados precocemente representados pelo grupo de forma I somam apenas 16,6% do total.

Este foi o Primeiro achado importante, Considerando que é nas formas mais avançadas da doença (V, D e) que incide o maior número de incapacidades físicas^{23,45}.

Esta distribuição por forma clínica é igual a do Estado da São Paulo que registrou no mesmo ano 16,6% de casos na forma I⁵².

TABELA 2. DISTRIBUIÇÃO DO NUMERO E PERCENTUAL DE PACIENTES COM HANSENÍASE SEGUNDO SITUAÇÃO E OCORRÊNCIAS DE TRATAMENTO, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1986 A 1988.

OCORRÊNCIAS	Nº	%
EM TRATAMENTO	229	62,5
ALTA	4	1,0
ÓBITO	3	0,8
TRANSFERÊNCIA	25	6,8
ABANDONO	37	10,0
NÃO LOCALIZADOS	69	18,9
TOTAL	367	100,0

A tabela 2 apresenta a dinâmica dos pacientes dentro do sub-programa ao longo de três anos subseqüentes ao diagnóstico. Observa-se que pouco mais da metade dos pacientes (62,5%) permaneceu em tratamento, ressalvados 6,8% que saíram por transferência.

As altas são de pequena monta, assim como os óbitos.

Os abandonos de tratamento, não obstante representarem 10,0% do total, se mantêm em patamares bastante inferiores aos indicados em análises globais do registro ativo de pacientes no município, que foi de 29,4% em 1986. No mesmo ano, no Estado de São Paulo o abandono de tratamento foi de 18,1 % do total de pacientes registrados⁵².

A distribuição apresentada na tabela 2 mostra um grupo de 18,8% de pacientes não localizados. Se observado separadamente o grupo de pacientes não localizados, este aponta não só para a existência de possíveis falhas no sistema de vigilância epidemiológica, mas também para a questão da abordagem dos pacientes no momento do diagnóstico, que não tem assegurado sua adesão ao tratamento.

O levantamento mostrou ainda que dos 367 pacientes diagnosticados e residentes em São Paulo, 95 o foram pelo Instituto de Saúde que mantém uma seção de elucidação diagnóstica que referência na área de hansenologia. Destes 95 pacientes, 91 foram devolvidos para os Centros de Saúde de origem ou referenciados para locais de tratamento de maior adequação para os mesmos. O presente estudo constatou que apenas 67,0% destes pacientes se apresentaram nos locais indicados para o tratamento. No ano de 1986, observou-se que, não obstante o centro de excelência técnica que representa, o Instituto de Saúde, foi responsável pelo diagnóstico de 34,0% dos casos no localizados posteriormente em tratamento, enquanto todo o restante da rede respondeu pelos demais 66,0% de pacientes perdidos. Esta constatação evidencia a importância da descentralização do diagnóstico e tratamento visto que, quando estes dois eventos ocorrem em locais distintos há uma perda substancialmente maior de pacientes.

São estes pacientes somados ao grupo em abandono de tratamento, totalizando 28,8%, que constituem parte do reservatório de doentes responsáveis pela manutenção da cadeia de trans-

missão na comunidade. Vistos em conjunto este número torna-se expressivo.

TABELA 3. DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PERCENTUAL DE PACIENTES COM HANSENÍASE SEGUNDO SITUAÇÃO E OCORRÊNCIAS DE TRATAMENTO E FORMA CLÍNICA, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1986 A 1988.

OCORRÊNCIAS	FORMA CLÍNICA *								TOTAL	
	V		D		T		I		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
EM TRATAMENTO	84	62,2	34	72,3	71	57,2	40	65,5	229	62,4
ALTA	-	-	-	-	2	1,6	2	3,3	4	1,1
ÓBITO	3	2,2	-	-	-	-	-	-	3	0,8
TRANSFERÊNCIA	8	6,0	2	4,2	12	9,7	3	4,9	25	6,8
ABANDONO	13	9,6	5	10,7	14	11,3	5	8,2	37	10,1
NÃO LOCALIZADOS	27	20,0	6	12,8	25	20,2	11	18,1	69	18,8
TOTAL	135	100,0	47	100,0	124	100,0	61	100,0	367	100,0

* V = Vichowiana D = Dimorfa T = Tuberculóide
I = Indeterminada

A tabela 3 mostra que o abandono do tratamento é discretamente menor no grupo de forma I e é semelhante entre si nas de-

mais formas.

As altas estão concentradas nas formas I e T, conforme critérios estabelecidos pelo subprograma⁵⁰ que prevê para tal, o desaparecimento dos sinais de atividade da doença (novas lesões, eritema, infiltração, ulceração de lesão traumática e episódios reacionais), baciloscopia negativa e cinco anos de tratamento regular. A dispensa do último critério nos casos de pacientes com teste de Mitsuda Positivo facultado ao médico responsável pelo tratamento.

O grupo de pacientes localizados se distribui de maneira uniforme e maior entre os pacientes de forma V, T e I, apresentando-se menor na forma D. Foi também o grupo de forma D que apresentou o maior percentual de pacientes que permaneceram em tratamento três anos após o diagnóstico.

O processamento das planilhas de atualização de portadores de hanseníase um dos instrumentos de coleta de dados do sistema

Predominantemente após os 15 anos de idade, ocorrendo em 70,3 % dos casos na faixa considerada economicamente produtiva.

O diagnóstico na faixa etária de 15 a 49 anos comparativamente maior no grupo masculino. Isto faz pressupor importante ataque a força de trabalho deste grupo, bem como consequências de ordem sócio econômicas³.

As causas da maior concentração dos diagnósticos após 15 anos de idade pode ser atribuída, entre outros motivos, ao período de incubação longo⁴⁴, a sintomatologia inicial dificilmente ser de natureza aguda, portanto passando despercebido dos pais e do próprio paciente, do número consideravelmente alto de diagnósticos diferenciais a se estabelecer na fase inicial da doença (quando as lesões estão restritas a pele)⁶¹ e ainda dificuldade de acesso aos serviços de saúde que a comunidade brasileira enfrenta no seu dia a dia. Esta mesma distribuição por faixa etária observada no Brasil como um todo³⁴.

TABELA 5. DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PERCENTUAL DE PACIENTES COM HANSENÍASE EM TRATAMENTO SEGUNDO PRESENÇA DE INCAPACIDADES FÍSICAS NO MOMENTO DO DIAGNOSTICO E FORMA CLÍNICA, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1986.

FORMA CLÍNICA	INCAPACIDADE					
	SIM		NÃO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
VIRCHOWIANA	49	59,1	34	40,9	83	100,0
DIMORFA	22	62,8	13	37,2	35	100,0
TUBERCULÓIDE	30	42,2	41	57,8	71	100,0
INDETERMINADA	12	30,0	28	70,0	40	100,0
TOTAL	113	49,3	116	50,7	229	100,0

A frequência de incapacidades físicas distribuídas segundo a forma clínica apresentada na tabela 5 é maior nas formas mais graves da µn, V e D, com 59,1% e 62,8% respectivamente. O inverso deste quadro é observado na forma I, onde apenas 30,0% dos pacientes são acometidos por incapacidades.

O dado mais significativo da tabela é o índice de 49,3% de pacientes com incapacidades físicas no momento do diagnóstico-

co, o que demonstra claramente a forma tardia como este vem acontecendo.

Com um período de incubação de 2 a 5 anos, seguido de uma fase inicial da doença com uma duração média de 5 anos, período em que as lesões tem por principal característica a diminuição da sensibilidade, a hanseníase reúne condições que favorecem o retardamento do diagnóstico. Acrescido a isto, ocorre que as lesões, no Período inicial, são facilmente confundidas com outras dermatoses, levando, conforme relatos observados nos prontuários, alguns pacientes a verdadeiras peregrinações em diferentes clínicas até chegar a suspeita diagnóstica de hanseníase⁴⁴. Quanto mais tardio o diagnóstico, mais avançada estará a doença e, por conseqüência, maior a freqüência de incapacidades físicas instaladas.

VEGA NUNEZ⁶³ registrou em 1964, no México, 37,8% de pacientes com incapacidades físicas no momento do diagnóstico. MELLO & FONTE²⁵ encontraram 31,6% dos pacientes diagnosticados em Santa Catarina, no período de 1937 a 1966, com incapacidades, enquanto BECHELLI & DOMINGUES⁴ encontraram 23,4% na Nigéria, 35,6% em Cameroun e 41,5% na Tailândia.

Em 1983, no Estado de São Paulo 44,9% dos casos novos diagnosticados apresentavam pelo menos um tipo de incapacidade, o que foi considerado alarmante pelos técnicos da Secretaria da Saúde⁵¹. O que é realmente alarmante é que há pelo menos 50 anos são encontrados índices semelhantes nas mais variadas regiões do mundo. Muitas propostas têm sido desenvolvidas na busca da reverso deste quadro, mas ainda são poucos os trabalhos de avaliação da aplicação destas propostas^{4,13,51}.

CRISTOFOLINI¹⁴ fez uma reflexão acerca dos riscos a que se expõe o portador de incapacidades físicas: "os comprometimentos neurológicos são mais freqüentes nos membros superiores e inferiores levando a serias perdas de sensibilidade e deficiência motoras. Desta forma, o paciente privado de um dos mais importantes mecanismos de defesa do organismo que a capacidade de sentir dor. A ausência de sensibilidade nas mãos e nos pés exige do paciente um maior uso da visão para proteger-se. Os comprometimentos oculares conduzem muito frequentemente a diminuição da acuidade visual ou até mesmo a cegueira. Isto associado à insensibilidade de pés e mãos expõe o indivíduo a graves riscos tornando-o vulnerável a toda ordem de traumas, ferimentos e mutilações".

TABELA 6. DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PERCENTUAL DE PACIENTES COM HANSENIASE EM TRATAMENTO, PORTADORES DE INCAPACIDADES FÍSICAS, SEGUNDO A LOCALIZAÇÃO DA LESÃO, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1986.

LOCAL DA LESÃO	Nº	%
MÃOS	18	15,9
PÉS	44	38,9
MÃOS E PÉS	44	38,9
MÃOS E OLHOS	2	1,8
MÃOS, PÉS E OLHOS	5	4,5
TOTAL	113	100,0

A tabela 6 apresenta uma das formas de caracterizar a magnitude das incapacidades físicas da hanseníase. Trata da distribuição das incapacidades por localização da lesão. Assinala uma elevada freqüência de incapacidade nos pés, 38,9% isoladamente e acrescida de outras 43,4% associadas a mãos e olhos.

Em estudos específicos sobre incapacidades nos pés BELDA⁹, en-

controu 83,0%, CRISTOFOLINI¹³ encontrou entre pacientes hospitalizados 53,3% com anestesia plantar, enquanto TRAPLES⁶² registrou 70,0% de acometimento nos pés.

Somados os casos de incapacidade física nos pés isolada e associadas a outras lesões, o presente estudo encontrou 82,3% de freqüência entre os pacientes portadores de incapacidades. Este índice se assemelha ao encontrado por BELDA⁷ supra citado.

As lesões oculares não foram observadas isoladamente e quando associadas a outras lesões aparecem em 6,3% dos casos. É possível que a ocorrência das incapacidades dos olhos seja maior, visto que a menção do exame exploratório dos olhos e anexos aparece muito raramente nos registros. Via de regra este se resume a anotação "sem anormalidades" ou inexistente.

Levantamento realizado por enfermeiras no Hospital Lauro de Souza Lima em Bauru,(SP)¹⁴ em 1982, foram encontradas lesões oculares incluindo as lesões dos anexos como cílios, supercílios, palpebras e conjuntiva em 94,1% dos 357 pacientes examinados.

A distribuição por local da lesão mostra ainda que 54,8% dos pacientes apresentam incapacidade em uma única localização, enquanto 45,2% é acometido em dois ou mais locais. Dados semelhantes foram encontrados por HELLO & FONTE²⁵ com 59,0% isoladas e 41,0% associadas e VEGA NUNEZ⁶³ com 47,0% e 53,0% respectivamente.

O conjunto dos estudos mostra que cerca da metade dos pacientes é vulnerável a mutilações em pelo menos duas áreas de seu corpo, requerendo por isso mesmo maior atenção.

TABELA 7. DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PERCENTUAL DAS INCAPACIDADES FÍSICAS SEGUNDO A LOCALIZAÇÃO DA LESÃO E GRAU DE COMPROMETIMENTO, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1.986.

LOCAL DA LESÃO	GRAUS DE COMPROMETIMENTO							
	I		II		III		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
MÃOS	53	76,8	14	20,3	2	2,9	69	100,0
PÉS	79	84,9	13	14,0	1	1,1	93	100,0
OLHOS	1	14,3	6	85,7	-	-	7	100,0
TOTAL	133	78,7	33	19,5	3	1,8	169	100,0

A tabela 7 trata da gravidade do acometimento dos portadores de incapacidades físicas. Os pacientes com grau II e III, mais graves²⁴, representam 21,3% dos acometidos, enquanto o grau I representa a imensa maioria de 78,7%.

Acerca das áreas de anestesia, a Organização Mundial da Saúde⁴⁵ assinala: "A perda da sensibilidade do toque leve no constitui exatamente uma incapacidade, porém se o paciente não puder sentir uma pressão mais forte, corre o risco de sofrer freqüentes feridas traumáticas.

Ainda pela classificação da OMS, as incapacidades físicas em grau I são consideradas leves e representam sinais de possíveis complicações futuras, requerendo ações educativas como medida de controle. Neste grupo estão classificadas as anestésias de mãos e pés e o enrubecimento da conjuntiva.

Em relação ao grau II, a OMS recomenda: "Deve-se notar que para cada uma das categorias mãos, pés e olhos o grau II é o mais importante para a ação terapêutica. Este é o paciente que necessita ser aconselhado, atendido ou encaminhado ao mé-

dico, existindo, em cada caso algo que o auxiliar de campo possa fazer. A presença de hematomas, bolhas e feridas são sinais de mau uso das mos ou pés anestésicos. Estes indicam a necessidade de cuidados intensivos na área da educação e dos cuidados no sentido de fazer regredir a lesão e prevenir seu agravamento”⁴⁵.

Em estudo realizado rio Distrito Federal, COLLET¹¹ detectou 74,0% dos pacientes com incapacidades físicas nos graus II e III. RIVALDI⁴⁸ na Argentina encontrou 4,15% e SMITH & PARKHE⁶⁰ encontraram 18,8% na Índia. Após aplicação de programa de prevenção e reabilitação este índice encontrado por SMITH & PARKHE baixou para 14,6% quatro anos depois. No Brasil, informe do Ministério da Saúde mostra o índice de 11,5% dos doentes com deformidades (grau II e III) entre casos novos avaliados no ano de 1988³⁶.

A delimitação das incapacidades físicas como problema de enfermagem surge quando observamos sua distribuição segundo os graus de comprometimento.

CRISTOFOLINI¹³ ao estudar aspectos da assistência de enferma-

gem na prevenção da úlcera plantar, mediante a aplicação de testes estatísticos, demonstrou relação positiva entre a aplicação das técnicas de prevenção e a manutenção dos pacientes com anestesia plantar sem úlceras.

A mesma relação não foi observada entre as variáveis sexo, idade, escolaridade, ocupação e tempo de anestesia.

Este achado equivale a uma atribuição de responsabilidade à equipe prestadora de assistência, enfermagem, a quem cabe a execução das ações educativas e de cuidados diretos de prevenção ao paciente.

A equipe de enfermagem nas unidades da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo é constituída pelas categorias atendente, visitador, auxiliar de enfermagem e enfermeiro, cabendo a este último a coordenação da equipe. Em 1986, esta equipe exercia as atividades previstas no subprograma de controle da hanseníase, tais como pré consulta, pós consulta, atendimento de enfermagem e visita domiciliar. A estas atividades nem sempre era destinada área física adequada para sua execução,

porem os registros encontrados nos prontuários afirmam que estas eram realizadas.

A partir de 1987, estas atividades passaram a se modificar, dando lugar a um novo modelo implantado a nível das unidades, onde a absorção da demanda espontânea passou a acontecer sob forma de pronto atendimento, instalado na mesma área física já deficiente para o primeiro modelo. As atividades de pré-consulta e pós consulta ganharam características de agendamento e endereçamento quase sempre executadas em guichês.

Não obstante estas profundas transformações estarem em curso, o Grupo Especial de Programação - hanseníase⁵⁶ apresentou proposta de trabalho e realizou, no período entre 1985 e 1988, treinamentos e oficinas de trabalho, onde se atribuiu à equipe de enfermagem, integrada ou no ao Centro de Prevenção de Incapacidades (CPI), ações de prevenção de incapacidade física nas unidades básicas de saúde.

Os CPI foram criados em 1950⁵¹, com o objetivo de desenvolver atividades de controle das incapacidades em hanseníase incorporadas ao subprograma, visando minimizar a incidência e a

Prevalência das incapacidades por esta patologia no Estado de São Paulo.

TABELA 8. DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PERCENTUAL DE CENTROS DE SAÚDE SEGUNDO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DO SUBPROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE (SPCH) E INSTALAÇÃO DE CENTROS DE PREVENÇÃO DE INCAPACIDADES (CPI) NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1988.

DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES	Nº	%
SEM SPCH	177	79,5
COM SPCH	41	18,3
COM SPCH + CPI	5	2,2
TOTAL	223	100,0

Fonte: CIS/SES

A tabela 8 mostra a distribuição dos equipamentos de saúde destinados a assistência aos portadores de hanseníase no município de São Paulo em dezembro de 1988.

Expressa-se um grande contraste entre o número de serviços existentes e o percentual deles que desenvolvem ações de controle da hanseníase que representam apenas 20,5% do total.

Torna-se difícil frente a estes dados, considerar que o controle da hanseníase esteja descentralizado e que seja acessível a população. Por outro lado, ainda que seja para atuar exclusivamente como referência, os CPI instalados em apenas 2,2% dos Centros de Saúde, dificilmente conseguirão absorver a demanda que os procura. Em 1988, o registro ativo de pacientes no município de São Paulo estava em torno de 8700 doentes, estimando-se que pelo menos 30,0% deles com incapacidades instaladas⁵³.

Saliente-se que a demanda dos Centros de Prevenção de Incapacidades não se restringe aos pacientes com incapacidades físicas, mas abrange os demais, devendo responder pela referência técnica em sua especificidade.

A assistência de enfermagem prestada a estes pacientes, em especial a prevenção e a reabilitação de incapacidades físicas foi abordada no presente estudo sob dois aspectos: o levantamento das condições físicas e materiais dos Centros de Saúde para realização das atividades propostas e o modelo de assistência adotado.

TABELA 9. DISTRIBUIÇÃO DO NUMERO E PERCENTUAL DOS CENTROS DE SAUDE SEGUNDO TIPO E DISPONIBILIDADE DE RECURSOS FÍSICOS E MATERIAIS PARA O DESENVOLVIMENTO DO SUB-PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1988.

TIPO	DISPONIBILIDADE					
	SIM		NÃO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
SALA P/ ATEN.	16	57,1	12	42,9	28	100,0
SALA CURATIVO	18	64,3	10	35,7	28	100,0
EQ.P/ EXERC.	7	25,0	21	75,0	28	100,0
NORM./INSTR.	28	100,0	-	-	28	100,0
MAT. EDUCATIVO	14	50,0	14	50,0	28	100,0

A tabela 9 mostra os recursos mínimos existentes á realização das ações de prevenção e reabilitação de incapacidades físicas. Mostra que a totalidade das unidades dispõe de normas e instruções e apenas 50/0% destas contam com folhetos, cartazes e outros materiais para ações educativas. Em relação á área física, 51,1% das equipes entrevistadas consideraram a sala utilizada adequada, enquanto nas demais a falta de privacidade foi apontada como principal problema. Das 7 unidades

com equipamento mínimo para exercício, 5 são aquelas com CPI instalado. O número de unidades com sala de curativo ainda é pequeno, 64,3%, frente a importância deste recurso nas ações de prevenção e reabilitação. Na sala de curativo são realizadas intervenções cuja finalidade excede a aplicação do tratamento, constituindo frequentemente o momento de ensino-aprendizagem do autocuidado.

TABELA 10. DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PERCENTUAL DOS LOCAIS DE TRATAMENTO, SEGUNDO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE PREVENÇÃO DE INCAPACIDADES FÍSICAS, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO 1986 A 1988.

AÇÕES	LOCAIS DE TRATAMENTO	
	Nº	%
REALIZA SISTEMATICAMENTE	8	29,0
REALIZA ASSISTEMATICAMENTE	5	17,0
NÃO REALIZA	15	54,0
TOTAL	28	100,0

A tabela 10 apresenta a distribuição das unidades segundo o desenvolvimento das ações de prevenção e reabilitação das in-

capacidades. O índice de 54,0% de unidades que não realizam ações de prevenção é significativamente alto e pode ser somado aos 17,0% que as realizam assistematicamente, ou seja, de forma eventual decorrente da solicitação por parte da equipe médica, no havendo rotina de assistência e avaliação específicas. Apenas 29,0% das unidades desenvolvem as ações de prevenção, conforme rotina estabelecida de forma sistemática.

Este dado analisado com a informação contida na tabela 5, de que 49,3% dos pacientes observados apresentavam algum tipo de incapacidade física no momento do diagnóstico, aponta para importante distanciamento entre o diagnóstico das necessidades e as ações efetivamente realizadas.

Evidenciando a importância da sistematização das ações de prevenendo de incapacidades pela equipe de enfermagem, COMARU¹² escreve: "a utilização de um roteiro de avaliação, acompanhado por um rigoroso registro dos problemas, permitirá ao enfermeiro o conhecimento o mais global possível da pessoa que apresente qualquer deficiência sem duvida, o domínio das informações de ordem física, sócio-cultural, emocional e es-

piritual proporciona ao enfermeiro maior segurança no planejamento da assistência mais adequada ao cliente".

TABELA I. DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PERCENTUAL DE PACIENTES COM HANSENÍASE EM TRATAMENTO, SEGUNDO OCORRÊNCIA DE INCAPACIDADES FÍSICAS E REGISTRO DE AÇÕES DE PREVENÇÃO NO PRONTUÁRIO, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1986 A 1988.

INCAPACIDADE	AÇÕES DE PREVENÇÃO					
	REALIZADA		NÃO REALIZADA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
SIM	78	69,0	35	31,0	113	100,0
NÃO	57	49,1	59	50,9	116	100,0
TOTAL	135	58,9	94	41,1	229	100,0

Os registros das ações de prevenção e reabilitação das incapacidades físicas são apresentados na tabela 11, e em 58,9% dos casos elas foram realizadas. Pouco menos que a metade, 41,1% dos pacientes ficaram à margem do programa, sem qualquer abordagem do problema.

O não atendimento dos pacientes no que tange a prevenção de incapacidades físicas fere seus direitos enquanto cidadãos, visto que os deixa expostos a risco de traumas que podem levá-los a seqüelas permanentes. Ora, a noção de igualdade social que compõe a definição da cidadania pressupõe a garantia de determinadas condições de vida e de desenvolvimento pleno das qualidades de cada um. Os pacientes não cobertos pelas ações de prevenção das incapacidades perderam por consequência a garantia desta igualdade.

Dos 116 pacientes livres de incapacidades físicas no momento do diagnóstico, 50,9% não receberam qualquer atenção voltada para a prevenção destas ao longo de três anos de tratamento. Entre os portadores de incapacidade 31,0% foram ignorados quanto a este dano.

Cabe lembrar que este estudo mostrou que 78,7% destes pacientes tem incapacidades no grau I (tabela 7), o que demanda especialmente ações educativas visando impedir a evolução para graus mais avançados de incapacidade. Tais ações requerem um baixo investimento de recursos materiais, exigindo porém treinamento das equipes para as atividades educativas.

TABELA 12. DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PERCENTUAL DE PACIENTES COM HANSENÍASE EM TRATAMENTO, SEGUNDO OCORRÊNCIA DE INCAPACIDADES FÍSICAS E TIPO DE AÇÕES DE PREVENÇÃO REGISTRADAS EM PRONTUÁRIO, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1986 A 1988.

INCAPACIDADE	AÇÕES DE PREVENÇÃO							
	EDUCATIVAS		EDUCATIVAS + EXERCÍCIOS		NÃO REALIZADAS		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SIM	33	29,2	45	39,8	35	41,1	113	100,0
NÃO	34	29,3	23	19,8	59	50,9	116	100,0
TOTAL	67	29,2	68	29,7	94	41,1	229	100,0

As ações de prevenção desenvolvidas e registradas em prontuário, segundo o tipo e o grupo ao qual foram dirigidas, compõem a tabela 12. Nela aparece que, de forma isolada as ações educativas foram registradas em 29,2% dos prontuários estudados, não havendo diferença percentual na frequência entre os pacientes com e sem incapacidades. Já as ações educativas associadas a exercícios simples foram registradas em 29,7% dos casos, guardando, entretanto, diferentes concentrações nos dois grupos: 19,8% nos sem incapacidades e 39,8% no grupo acometido.

O desenvolvimento das ações de prevenção pressupõe o diagnóstico anterior das incapacidades instaladas ou de seu risco de instalação. Em ambos os casos, as ações educativas devem fazer parte do tratamento, enquanto os exercícios simples tem indicação mais específica e dirigida segundo tipo e local da lesão, ou risco de instalação.

TABELA 13. DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PERCENTUAL DE PACIENTES COM HANSENÍASE EM TRATAMENTO, PORTADORES DE INCAPACIDADES FÍSICAS SEGUNDO GRAU DE COMPROMETIMENTO DA LESÃO E TIPO DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO REGISTRADAS EM PRONTUÁRIO, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1986 A 1988.

GRAUS DE INCAPACIDADE	AÇÕES DE PREVENÇÃO							
	EDUCATIVAS		EDUCATIVAS + EXERCÍCIOS		NÃO REALI ZADAS		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
I	29	33,7	27	31,4	30	34,9	86	100,0
II	4	16,7	16	66,6	4	16,7	24	100,0
III	-	-	2	66,7	1	33,3	3	100,0
TOTAL	33	29,2	45	39,8	35	41,1	113	100,0

A tabela 13 mostra a distribuição dos registros de ações de prevenção entre o grupo de pacientes portadores de incapacidades. Entre estes, os pacientes portadores de lesões com grau de comprometimento mais avançado (II e III) foram alvo de maior atenção representando 66,6 e 66,7% respectivamente.

Chama a atenção o grupo de 34,9% dos pacientes com incapacidades em grau I em cujos prontuários não há registro de ações educativas ou exercícios realizados na unidade, ou que tenham sido encaminhados para outros locais. É sabido que, neste grupo em Particular, as ações de Prevenção são fundamentais para que estas incapacidades não evoluam ou se instalem de forma definitiva e mais grave⁴⁵. A não realização destas ações é de suma importância por descumprir o pressuposto básico da prestação da assistência em tempo oportuno.

As ações educativas constantes dos registros da equipe de enfermagem aparecem sob forma individual e eventualmente sob a forma de atividade de grupo. Esta modalidade só foi encontrada em três das vinte e oito unidades pesquisadas.

TABELA 14. DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PERCENTUAL DE PACIENTES COM HANSENÍASE EM TRATAMENTO COM REGISTRO DE AÇÕES DE PREVENÇÃO EM PRONTUÁRIO, SEGUNDO PRESENÇA DE INCAPACIDADES FÍSICAS E AGENTE PRESTADOR DA ASSISTÊNCIA, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1986 A 1988.

INCAPACIDADES	PRESTADOR DE ASSISTÊNCIA							
	ENFERMAGEM		ENFERMAGEM + CPI		CPI		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
COM	55	70,5	15	19,2	8	10,9	78	100,0
SEM	45	78,9	8	14,0	4	7,1	57	100,0
TOTAL	100	74,1	23	17,1	12	8,9	135	100,0

A prevenção e reabilitação de incapacidades físicas entendida em toda a sua amplitude é inevitavelmente uma ação multidisciplinar e multiprofissional. Os 135 pacientes em cujos prontuários foram observados registros de prestação de ações de prevenção de incapacidade apresentada na tabela 11, foram assistidos por diferentes profissionais de saúde.

A tabela 14 distribui estes pacientes segundo o agente prestador da assistência.

A equipe de enfermagem foi responsável exclusiva por 74,1% das ações de prevenção prestadas aos 135 pacientes atendidos neste aspecto, e as desenvolveu em cooperado com a equipe de fisioterapeutas do CPI em 17,1%, dos casos.

A participação da enfermagem nas ações de prevenção ocorre em dois campos:

- orientação sobre a doença, risco e prevenção de incapacidades, hidratação, lubrificação, cuidado com os olhos, nariz, etc,
- aplicação de técnicas simples por exercícios, retirada de calosidades, curativos, debridamentos, bota gessada e bota de Unna.

A equipe do Centro de Prevenção de Incapacidades, sem a participação da enfermagem, coube a parcela de 10,3% dos pacientes com incapacidade instalada e que corresponde a 8,9% do

total dos pacientes. Estes atendimentos registrados nos prontuários foram decorrentes de encaminhamento médico ao fisioterapeuta. A forma de trabalho entre as equipes é estanque. Há em cada prontuário levantado uma indubitável marca de um modelo de assistência que, no obstante o discurso do programa, privilegia as ações individuais sobre as coletivas. Neste contexto, as ações de diagnóstico e terapia medicamentosa pertencem ao médico conforme registros nos prontuários; as orientações, cuidados complementares e vigilância epidemiológica pertencem a enfermagem e de forma esporádica a incapacidade instalada ou seu risco iminente pertence ao fisioterapeuta.

O terapeuta ocupacional, o assistente social, as equipes de saúde mental, o ginecologista, etc. aparecem de forma circunstancial, ligados quase sempre a alguma queixa específica do paciente, denotando o quanto é incipiente o atendimento em equipe multiprofissional ao nível das unidades de tratamento. Desta forma, o que se esperaria encontrar de rotina, surge sob forma do eventual, comprometendo a qualidade das assistência prestada e resultando em prejuízo para o paciente.

TABELA 15. DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PERCENTUAL DE PACIENTES COM HANSENÍASE EM TRATAMENTO, PORTADORES DE INCAPACIDADES FÍSICAS, COM REGISTRO DE AÇÕES DE PREVENÇÃO EM PRONTUÁRIO, SEGUNDO O GRAU DE COMPROMETIMENTO DA LESÃO E AGENTE PRESTADOR DA ASSISTÊNCIA, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1986 A 1988.

GRAU DE COMPROME- TIMENTO	PRESTADOR DE ASSISTÊNCIA							
	ENFERMAGEM		ENFERMAGEM + CPI		CPI		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
	I		I		I		I	
I	42	75,0	8	14,3	6	10,7	56	100,0
II	12	60,0	6	30,0	2	10,0	20	100,0
III	1	50,0	1	50,0	-	-	2	100,0
TOTAL	55	70,5	15	19,2	8	10,9	78	100,0

Na tabela 15 os pacientes portadores de incapacidade física estão distribuídos de acordo com o grau de comprometimento das lesões. É possível destacar que as formas mais leves (grau I), foram francamente favorecidas do ponto de vista da assistência prestada e registrada em prontuário com 75,0% pela equipe de enfermagem isoladamente e outros 14,0% em conjunto com o CPI. Nestes casos a assistência de enfermagem re-

gistrada estava mais voltada ao campo da orientação geral da doença, cuidados higiênicos e regularidade de tratamento.

Nos pacientes portadores de lesões com grau II de comprometimento a ação integrada das equipes de enfermagem e CPI é de pequena monta em comparação com a demanda real que este grupo representa. Nesta fase, o diagnóstico correto da extensão da lesão e a introdução dos exercícios adequados é capaz de reverter o quadro de incapacidade em grande escala, visto que são garras móveis, atrofia muscular, lesões de média gravidade⁴⁵.

Por esta característica a participação do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional é altamente desejável, contribuindo de forma efetiva para o alcance do objetivo primordial das ações de prevenção e reabilitação: a recuperação física e a reintegração do paciente à vida normal e produtiva no limite de suas possibilidades.

NEMES⁴⁰ ao analisar o subprograma de controle da hanseníase no período 1984 a 1987, critica a forma de avaliação das ações de prevenção de incapacidade contida no sistema de in-

formação, que as reduz ao número de prevenções realizadas no mês, desvinculadas do grupo que foi assistido. A referida autora comenta a ênfase dada ao aumento da produção de atendimentos individuais da rede pública e não de uma ação efetiva para a recuperação da saúde. No mesmo trabalho, NEMES considera que a partir da concepção de "doença igual as outras", difundida a partir da implantação do subprograma em 1977, a hanseníase sofreu "progressiva delimitação como objeto de uma assistência individual cujo agente privilegiado e legitimado é o medico".

O presente estudo, de alguma forma confirma o parecer da autora citada, tendo demonstrado na tabela 14 que dos 229 pacientes em tratamento a equipe de enfermagem teve participação registrada em apenas 123 casos. Esta participação é sistemática em menos de 30,0% dos locais de tratamento (tabela 10), apontando para uma participação ainda tímida da enfermagem na assistência ao hanseniano, sobretudo na questão da prevenção das incapacidades.

A cobertura de to poucos pacientes com aches de prevenção desenvolvidas pela equipe de enfermagem pode estar relaciona-

da a composição, capacitação e expresso numérica desta equipe, ou ainda com a forma pela qual desenvolve este trabalho.

TABELA 16. DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PERCENTUAL DE INTEGRANTES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SEGUNDO CATEGORIAS QUE A COMPÕEM, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1988.

CATEGORIA	Nº	%
ATENDENTE	13	29,5
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	7	15,9
VISITADOR	4	9,1
ENFERMEIRO	20	45,5
TOTAL	44	100,0

A tabela 16 mostra uma distribuição segundo as categorias profissionais, registrando uma concentração maior do profissional enfermeiro. Cabe ressaltar que estes profissionais, via de regra, não têm atuação exclusiva nesta área, respondendo pela coordenação das atividades de enfermagem do Centro de Saúde como um todo.

TABELA 17. DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PERCENTUAL DOS INTEGRANTES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SEGUNDO CATEGORIAS E TREINAMENTO ESPECÍFICO PARA PRESTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA EM HANSENÍASE, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1.988.

CATEGORIAS	TREINADOS					NÃO TREINADOS		TOTAL	
	UNIDADE		FORA		SUB-TOTAL	No.	%	No.	%
	No.	%	No.	%					
ATENDENTE	5	38,5	5	38,5	10	3	23,0	13	100,0
AUX. ENFERM.	4	57,1	1	14,3	5	2	28,6	7	100,0
VISITADOR	1	25,0	2	50,0	3	1	25,0	4	100,0
ENFERMEIRO	2	10,0	11	55,0	13	7	35,0	20	100,0
TOTAL	12	27,2	19	43,2	31	13	29,6	44	100,0

A tabela 17 mostra que dos 44 componentes, 31 ou 70,4% receberam algum tipo de treinamento para atuar nesta área. Deles, 19 referiram ter sido treinados fora de suas unidades de trabalho, quase sempre nos níveis regionais. Outros 12 receberam treinamento na própria unidade de trabalho e entre estes os enfermeiros foram os de maior freqüência. Visto porem o grupo como um todo, dentre os treinados não se observa predomi-

nância significativa de nenhuma categoria no acesso aos treinamentos, o que favorece a harmonia na mobilização da equipe para o trabalho.

TABELA 18. DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PERCENTUAL DE INTEGRANTES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SEGUNDO CATEGORIA E TEMPO DE ATUAÇÃO NA ASSISTÊNCIA EM HANSENÍASE, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1.988.

CATEGORIAS	TEMPO EM ANOS							
	01-3		31-11		11 E +		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ATENDENTE	8	61,5	3	23,1	2	15,4	13	100,0
AUX.ENFERM.	1	14,2	3	42,9	3	42,9	7	100,0
VISITADOR	1	25,0	3	75,0	-	-	4	100,0
ENFERMEIRO	11	55,0	8	40,0	1	5,0	20	100,0
TOTAL	21	47,7	17	38,6	6	13,6	44	100,0

A tabela 18 apresenta a distribuição da equipe de enfermagem em três grupos: um atuante nesta área desde antes da integração do controle da hanseníase dos Centros de Saúde (mais de 11 anos); outro a partir da implantação do subprograma (de 3

a 11 anos) e o último, que agrupa os elementos que passaram a atuar na assistência da hanseníase no decorrer do período do estudo (menos de 3 anos).

O grupo remanescente do Dispensário da Lepra, órgão responsável pela assistência em hanseníase que precedeu a rede de Centros de Saúde é minoritário, representando apenas 13,6%. Quase a metade dos profissionais atuantes nesta área está aí alocada há menos de três anos, tendo portanto iniciado sua atuação no decorrer deste estudo. Os auxiliares de enfermagem tem o maior número de elementos no grupo mais antigo (mais de 11 anos).

O tempo de atuação na assistência em hanseníase foi levantado buscando delimitar a parcela da equipe que iniciou seu trabalho nesta área após a implantação do subprograma. Por ocasião da descentralização do controle da hanseníase, importantes mudanças no conceito da doença, sua evolução tratamento e transmissão foram difundidos na rede pública encontrando, no raro, muitas dificuldades para sua concretização".

TABELA 19. DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PERCENTUAL DOS INTEGRANTES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SEGUNDO CATEGORIAS E TIPO DE ATUAÇÃO NA ASSISTÊNCIA EM HANSENÍASE, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1988.

CATEGORIAS	ATUAÇÃO							
	EXCLUSIVA		NÃO EXCLUSIVA				TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%		
ATENDENTE	4	30,7	9	69,3	13	100,0		
AUX. ENFERM.	6	85,7	1	14,3	7	100,0		
VISITADOR	3	75,0	1	25,0	4	100,0		
ENFERMEIRO	3	15,0	17	85,0	20	100,0		
TOTAL	16	36,3	28	63,7	44	100,0		

A tabela 19 apresenta a distribuição da equipe de enfermagem, de acordo com a atuação exclusiva na atenção ao hanseniano. Nela os auxiliares de enfermagem e os visitantes estão concentrados no grupo de atuação exclusiva. É possível que a alocação destas categorias se de pela característica de seu preparo e dos cuidados de enfermagem mais complexos a serem prestados tais como curativo, exercícios simples, administração de medicamentos, realização de visitas domiciliares, etc,

feita a elas em vista de sua formação mais específica que a dos atendentes. Apesar de numericamente majoritários em relação aos auxiliares de enfermagem e visitantes, os atendentes com menor nível de escolaridade exigido para o ingresso são treinados geralmente em serviço, o que lhes confere frequentemente uma baixa especificidade nas áreas de atuação". Esta característica acarreta, por certo, uma maior rotatividade entre as áreas de atuação na própria unidade.

Dos enfermeiros, somente 15,0% atuam de forma exclusiva na assistência em hanseníase, enquanto os demais dividem sua atuação entre todas as áreas de assistência, no sendo necessariamente o único profissional na unidade.

A maior ou menor atuação da equipe de enfermagem na assistência em hanseníase está ligada a diversos fatores, entre os quais a compreensão por seus componentes acerca do próprio papel neste trabalho. Esta compreensão decorre, em parte, do domínio de um saber específico sobre a doença e, em parte, de sua postura pessoal frente à prática profissional.

Alguns destes aspectos foram abordados em entrevista com as equipes atuantes nos locais pesquisados. Nela foram evidenciados aspectos de conhecimento e de convicções em torno das formas de intervenção em relação à prevenção das incapacidades.

TABELA 20. DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PERCENTUAL DOS INTEGRANTES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SEGUNDO CATEGORIAS E OPINIÃO SOBRE EFEITO DAS TÉCNICAS DE PREVENÇÃO DE INCAPACIDADES, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1988.

OPINIAO	ATEND.		AUX.ENF.		VISIT.		ENFERM.		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
CONTRIBUI P/TRAT.	13	100,0	7	100,0	4	100,0	19	95,0	43	97,7
N CONTRIBUI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
NÃO SABE	-	-	-	-	-	-	1	5,0	1	2,3
TOTAL	13	100,0	7	100,0	4	100,0	20	100,0	44	100,0

A tabela 20 apresenta a distribuição das opiniões acerca do resultado da aplicação de técnicas de prevenção de incapacidades físicas no tratamento da hanseníase.

Os dados nela contidos mostram maciça concordância em torno,

da positividade desta intervenção para o contorno do dano que as incapacidades representam. Estes dados refletem também a sensibilização alcançada através do treinamento de cerca de 70,0% da equipe para atuação nesta área, tabela 7.

TABELA 2. DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PERCENTUAL DOS INTEGRANTES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SEGUNDO CATEGORIAS E OPINIÃO SOBRE A RECUPERAÇÃO DAS INCAPACIDADES FÍSICAS JÁ INSTALADAS, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1988.

OPINIAO	ATEND.		AUX.ENF.		VISIT.		ENFERM.		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SEMPRE EVITÁVEL	12	92,3	4	57,1	3	75,0	11	55,0	30	68,2
ÀS VEZES EVITÁVEL	1	7,7	3	42,9	1	25,0	9	45,0	14	31,8
NUNCA EVITÁVEL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
NÃO SABE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	13	100,0	7	100,0	4	100,0	20	100,0	44	100,0

Na tabela 21 o conhecimento sobre a instalação das incapacidades físicas aparece de forma no diferenciada entre as categorias enfermeiros 55,0% e auxiliares de enfermagem 57,0%. As duas outras categorias atribuem ao tratamento oportuno a

capacidade absoluta de impedimento da instalação deste dano. Esta afirmação aponta para uma percepção da equipe para o problema, necessitando no entanto de um aprofundamento maior dos conceitos da doença, evolução e fatores determinantes das incapacidades. Mediante a instrumentalização adequada, cada elemento da equipe será capaz de distinguir os limites entre os determinantes intrínsecos (biológicos) e extrínsecos (do meio) da instalação das incapacidades.

TABELA 22. DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PERCENTUAL DOS INTEGRANTES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SEGUNDO CATEGORIAS E OPINIZO SOBRE A RECUPERAÇO DAS INCAPACIDADES FÍSICAS, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1988.

OPINIAO	ATEND.		AUX.ENF.		VISIT.		ENFERM.		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
TODAS RECUPERÁVEIS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ALGUMAS RECUPERÁVEIS	10	76,9	7	100,0	3	75,0	17	85,0	37	84,1
NENHUMA RECUPERÁVEL	1	7,7	-	-	1	25,0	-	-	2	4,5
NÃO SABE	2	15,4	-	-	-	-	3	15,0	5	11,4
TOTAL	13	100,0	7	100,0	4	100,0	20	100,0	44	100,0

A opinião sobre a recuperação das incapacidades já estabelecidas por ocasião do diagnóstico apresentada na tabela 22, revela uma adequação do conhecimento por todas as categorias. Os limites das ações de reabilitação foram reconhecidos por 84,0% dos entrevistados.

A importância destes dados está em que a equipe de enfermagem esteja atenta para o fato de que quando a descoberta da doença se faz tardiamente, aumenta o risco da presença de seqüelas permanentes nestes pacientes. Por outro lado, o prognóstico é sempre importante quando se trata de um paciente crônico, Para que, de forma oportuna e correta ele possa estabelecer o alvo de seu tratamento, no incorrendo em desânimo e abandono por esperar o inalcançável.

Na relação equipe-paciente as ações educativas ocupam um espaço próprio de indiscutível importância⁴⁴. Ao nível teórico, o Ministério da Saúde⁴⁵ define: "o fim da ação educativa é desenvolver no indivíduo e no grupo a capacidade de analisar criticamente a sua realidade, de decidir ações conjuntas para desenvolver problemas e modificar situações e de se organizar e realizar a ação de avaliá-la com espírito crítico".

Os aspectos conceituais da educação em saúde são fundamentais para a compreensão da sua prática pela equipe de enfermagem. As ações educativas têm por finalidade precípua a propiciação do processo do auto cuidado^{15,32}. Segundo NORONHA⁴¹: "uma das premissas do auto cuidado é a decisão e, em tese, qualquer pessoa em lucidez pode decidir e raciocinar acerca de seu corpo, seus interesses, seu próprio bem-estar e o da coletividade. O auto cuidado não é uma atividade individualista de relação enfermeiro/cliente. Engloba muito mais que isso e implica numa visgo do coletivo. A adoção desta teoria não significa apenas a transposição de ensinamentos técnicos do profissional para o cliente... No entanto, o ato ligado ao ensino e aprendizagem continua mantendo as características formais dos cursos de extensão, baseados em demonstrações de procedimentos, geralmente impessoais, abordando um conhecimento no decodificado, como se fora para cumprir uma tarefa de ensino e no necessariamente, discutir experiências e formas de se cuidar. Faz-se necessário que a função educativa da enfermagem não fique restrita ao processo ensino-aprendizagem do tipo comportamental ou técnico, no executar tarefas tidas como indispensáveis para sua sobrevivência com relação ao problema de saúde".

TABELA 23. DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PERCENTUAL DOS INTEGRANTES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SEGUNDO CATEGORIAS E OPINIAO SOBRE A INFLUÊNCIA DAS AÇÕES EDUCATIVAS NA ATITUDE DOS PACIENTES FRENTE À DOENÇA, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1988.

OPINIAO	ATEND.		AUX.ENF.		VISIT.		ENFERM.		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SEMPRE INFLUENCIA	8	61,5	7	100,0	2	50,0	11	55,0	28	63,6
ÀS VEZES INFLUENCIA	5	38,5	-	-	2	50,0	9	45,0	16	36,4
NÃO INFLUENCIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
NÃO SABE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	13	100,0	7	100,0	4	100,0	20	100,0	44	100,0

De acordo com os dados da tabela 23, a equipe de enfermagem concorda em 63,6% que decorre das ações educativas a mudança de atitude do paciente frente a doença. Para outros 36,4% a atitude do paciente muda a partir das informações recebidas, somadas as favorecimento do ambiente em que vive. Segundo os depoimentos deste grupo, o paciente não discriminado, estimulado para um maior desempenho no tratamento pelas pessoas com

quem convive, responde diferentemente daqueles cujo meio que o cerca tem maior ascendência do que as orientações recebidas no serviço de saúde, comprometendo o resultado final da ação.

Esses depoimentos indicam que uma parcela da equipe de enfermagem acredita ser possível desenvolver ações educativas excluindo-se a experiência de vida do paciente e seus conflitos diários. Publicação do Ministério da Saúde³² indica que a decisão do indivíduo acerca de seu cuidado está embutida no resultado da ação educativa e, quando esta é supostamente realizada sem discutir estes conflitos o resultado poderá ser adverso.

Neste sentido, NORONHA⁴¹ escreve:

"...a assistência de enfermagem, que vem sendo embasada nas premissas do autocuidado, preocupa-se em abordar pragmaticamente a questão. São ensinadas aos pacientes as técnicas referentes ao procedimento e dele se espera uma aprendizagem do tipo com-

portamental, tal como lhe foi demonstrado. Destarte, basta a hipótese de que ele esteja seguindo a dieta e tomando os remédios corretamente, ou fazendo a higiene pessoal, no interessando, necessariamente, que ele saiba as razões pelas quais adota tal atitude, as causas da doença ou as responsabilidades no seu processo vital".

Entre as categorias integrantes da equipe de enfermagem, o grupo de auxiliares seguido pelo de atendentes, mostra-se mais seguro acerca da influência favorável das ações educativas sobre a atitude dos pacientes em relação a doença. Visto que estas categorias tem papel importante na prestação de cuidados aos pacientes, é provável que a opinião aqui expressa se respalde na sua prática do dia-a-dia.

No obstante as diferentes formas de pensar, as ações educativas representam a maior parcela das ações de prevenção de incapacidade, conforme consta da tabela 12, posição reafirmada pela convicção plena, por parte da equipe, de sua influência favorável para o êxito do tratamento.

TABELA 24. DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PERCENTUAL DOS INTEGRANTES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SEGUNDO OPINIÃO SOBRE A CURA DA HANSENÍASE, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1988.

OPINIAO	ATEND.		AUX.ENF.		VISIT.		ENFERM.		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
TEM CURA EM TODAS AS FORMAS	5	38,4	3	42,8	1	25,0	11	55,0	20	45,4
TEM CURA EM ALGUMAS FORMAS	8	61,6	3	42,8	1	25,0	8	40,0	20	45,4
NÃO TEM CURA	-	-	1	14,4	1	25,0	-	-	2	4,6
NÃO SABE	-	-	-	-	1	25,0	1	5,0	2	4,6
TOTAL	13	100,0	7	100,0	4	100,0	20	100,0	44	100,0

A tabela 24 apresenta a distribuição da equipe de enfermagem em relação a cura da hanseníase. No grupo dos atendentes 61,6% acredita que a cura ocorra somente em algumas formas. A negação da cura de forma absoluta aparece nas categorias auxiliar de enfermagem e visitador. Em oposição, a afirmação da cura em todas as formas foi mais freqüente entre os enfermeiros onde 55,0% dos entrevistados comungam da mesma opinião.

Na tabela 24 está representada a controvérsia existente em torno deste tema. A convicção da cura da hanseníase no alcança a metade da equipe entrevistada. A aceitação da cura só em algumas formas é mais difundida entre a categoria de atendentes. Entre as demais categorias há homogeneidade na distribuição das respostas, é provável que o referencial que fundamenta estas respostas seja a vivência na área, já que as altas por cura só em pequeno número e frequentemente nas formas I e T.

Em 1988, a alta por cura representou 3,17% do registro ativo de pacientes no Estado de São Paulo⁵³ e 1,17% no Brasil³⁵.

Do ponto de vista histórico, a cura da hanseníase foi referida em documento oficial pela primeira vez em 1909, nas conclusões do Congresso de Leprologia realizado em Bergen - Alemanha. Em 1948, em Havana - Cuba, entre as conclusões de outro Congresso de Leprologia figurava a curabilidade da Lepra¹⁹.

Mais do que penetrar na controvérsia conceitual que existe em torno da cura da hanseníase, esta questão buscou identificar o compasso da equipe de enfermagem com os pressupostos do

subprograma de controle da hanseníase, que estabelecem a cura em todas as formas da doença definindo critérios para sua declaração.

O conjunto das respostas as questões colocadas nas tabelas 19 a 23, envolvendo a atuação da enfermagem na assistência em hanseníase e, em particular na prevenção das incapacidades físicas, nos permite afirmar que a equipe está sensibilizada para o problema e conhece as propostas de trabalho. Entretanto, a caracterização das ações desenvolvidas apresentada nas tabelas 10 a 15, indica o no engajamento da equipe nesta área de atuação.

A categoria de enfermeiros, a quem cabe por atribuição a coordenação da equipe de enfermagem, foi questionada acerca de suas funções específicas: a assistencial, pela prestação de cuidados direto ao paciente, e de ensino, pela formação da equipe sob sua coordenado.

Na função assistencial coloca-se a discussão das teorias de enfermagem, que identificam o enfermeiro como elemento natural e nuclear no exercício da enfermagem e o cuidado como seu

objeto de trabalho.

TABELA 25. DISTRIBUIÇÃO DO NUMERO E PERCENTUAL DOS ENFERMEIROS SEGUNDO ATUAÇÃO NA FUNÇÃO ASSISTENCIAL EM HANSENÍASE, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1988.

ATUACAO	Nº	%
PRESTA CUIDADOS SISTEMATICAMENTE	8	40,0
PRESTA CUIDADOS EVENTUALMENTE	5	25,0
NÃO PRESTA CUIDADOS	7	35,0
TOTAL	20	100,0

Os números da tabela 25 refletem claramente a divisão na atuação dos enfermeiros, pelo equilíbrio entre o grupo que presta cuidados sistematicamente e o que no o faz também de forma sistemática.

A prestação de cuidados de forma eventual aparece na tabela 25 em 25,0% das respostas, as quais no decorrer da entrevista identificaram a situação de sua ocorrência como decorrente de solicitação médica ou pela necessidade de cobrir eventual falta de pessoal auxiliar.

Dos enfermeiros que no prestam assistência direta ao paciente, a maioria referiu como causa a estrutura do serviço que os absorve demasiado nas funções administrativas (nas unidades menores há apenas um enfermeiro). Tradicionalmente, a definição da estrutura do serviço acontece em níveis hierarquicamente superiores, onde os enfermeiros não participam necessariamente. Com isto, estabelece-se um hiato entre a vontade do profissional enfermeiro, sua motivação e a real oportunidade do exercício da função assistencial para o qual foi preparado.

A segunda causa mais apontada foi a compreensão que têm do papel do enfermeiro enquanto gerentes da assistência, cabendo a prestação de cuidados a equipe auxiliar sob sua supervisão.

Foi ainda apontada a necessidade de mais treinamento específico e a falta da implantação efetiva do subprograma, suficiente para o engajamento de enfermeiros à proposta em sua plenitude.

TABELA 26. DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS SEGUNDO A PARTICIPAÇÃO NO PREPARO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA ÁREA DA HANSENÍASE, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1988.

TIPO DE PARTICIPAÇÃO	Nº	%
PREPARA TECNICAMENTE	13	65,0
PREPARA P/ ROTINA DE ATENDIMENTO	2	10,0
NÃO PARTICIPA DO PREPARO DA EQUIPE	5	25,0
TOTAL	20	100,0

A tabela 26 mostra a distribuição das respostas dos enfermeiros sobre a função de ensino. Quando inquiridos acerca de sua participação no preparo da equipe para prestação da assistência em hanseníase, 10,0% admitiram participar no treinamento apenas nos aspectos voltados ao cumprimento da rotina do trabalho em seus aspectos administrativos e burocráticos tais como manuseio, preenchimento de impressos, seus fluxos, rotinas de agendamento e encaminhamento de pacientes. Outros 25,0% dos enfermeiros não participam do treinamento das equipes. Os motivos especificados nestas respostas foram: não haver sido treinado, ser atribuição de nível regional, acúmulo

de tarefas, deixando esta atividade a cargo do dermatologista da unidade e a inexistência desta atividade na unidade torna o preparo da equipe desnecessário. O último motivo foi apontado em locais onde os portadores de hanseníase são atendidos na clínica de adultos, recebendo a mesma atenção que os portadores de outras patologias, restrita a consulta médica, dispensação ou administração de medicamentos e realização de exames complementares. Assim, a ausência de um serviço de enfermagem estruturado com atribuição e equipe própria para atuação nesta área, com espaço físico e equipamento específico, constitui motivo para a negação da responsabilidade inerente a coordenação de equipe, qual seja, a explicação e a compreensão por todos os envolvidos de qual é a tarefa a ser desenvolvida e todos os passos a serem cumpridos. Ora, o controle da hanseníase fundamenta-se na detecção precoce dos casos mediante busca ativa; na prevenção das incapacidades físicas, no desenvolvimento e aplicação de novas tecnologias no campo terapêutico e nas ações educativas como forma mais abrangente de penetração e atuação na comunidade.

Não é verdadeiro que a inexistência de uma área específica de atendimento justifique a concentração do saber numa única ca-

tegoria, o enfermeiro, cujo papel nuclear na equipe exige, além do repasse do conhecimento, a sensibilização para o problema⁴⁶.

Na tabela 26 os 65,0% de enfermeiros que participam no preparo das equipes o fazem em serviço e com os recursos da própria unidade. Em que pese análise mais profunda, esta atitude reflete maturidade e compreensão do papel formador que cabe a categoria dos enfermeiros e equipes de enfermagem na atenção aos portadores de hanseníase e na Prevenção de incapacidades físicas.

CONCLUSÕES

CONCLUSÕES

Pautado nos objetivos propostos, o presente estudo nos permite concluir:

- i. As ações de prevenção de incapacidades físicas estão registradas em pouco mais da metade dos Prontuários estudados e a equipe de enfermagem é o seu agente prestador privilegiado.
- 2- As ações educativas estão presentes em todos os registros de ações de prevenção de incapacidades, enquanto os exercícios simples aparecem somente na metade deles.
- 3- As ações de prevenção de incapacidades físicas na hanseníase são desenvolvidas essencialmente por pessoal auxiliar integrante da equipe de enfermagem, enquanto a atuação dos profissionais enfermeiros está mais voltada para a capacitação

dos auxiliares e desenvolvimento de funções administrativas gerais da unidade.

4. A atuação da enfermagem na prevenção de incapacidades físicas de pacientes portadores de hanseníase na maioria dos locais de tratamento não é sistematizada e só ocorre integrada a de outras categorias profissionais esporadicamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação da enfermagem na prevenção das incapacidades físicas na hanseníase vista através do recorte proposto neste estudo, no período de 1986 a 1988, ainda é: muito pequena. Quando 97,0% da equipe acredita na adequação da proposta das ações de prevenção (Tabela 19), mas apenas 58,9% dos pacientes a receberam no período de estudo (Tabela 11, há um longo caminho a ser percorrido.

Parte deste percurso está representado pelos pacientes não localizados em tratamento após o diagnóstico, pelo grupo em abandono de tratamento antes de completar três anos de acompanhamento e pelo expressivo número de pacientes com incapacidade instalada no momento do diagnóstico.

A firmeza e a determinação dos serviços de saúde outrora empenhados na segregação dos hansenianos da comunidade, nos parecem ainda necessárias porém, para perseguir a novos propósitos: o de integrar e de curar. É inaceitável que uma insti-

tuição perca de vista 18,8% dos pacientes que diagnosticou antes de tratá-los e que, no crie mecanismos capazes de impedir o abandono de tratamento de outros 10,1% antes que se complete o terceiro ano de acompanhamento (Tabela 3).

Do desafio apresentado a enfermagem, também participam a dificuldade de acesso dos pacientes ao tratamento frente à escassez de unidades que desenvolvem ações do subprograma e a impotência de cinco centros de prevenção de incapacidade frente a demanda real existente no município de São Paulo. O despreparo das unidades quanto aos recursos físicos e materiais e a falta de sistematização na execução das ações de prevenção de incapacidades são compatíveis com a cobertura de pouco mais do que a metade dos pacientes com estas ações.

No prevenir incapacidades físicas na hanseníase significa submeter o paciente ao risco de incorporar a imagem composta pela deformidade física que alimenta o estigma e a marginalização. O resultado para o paciente pode ser a privação da marcha própria de sua espécie, ereta e sobre dois pés ou a

perda do acesso ao trabalho pelo comprometimento da força e dos movimentos de suas mos. Pode representar ainda para o indivíduo, a perda do direito a igualdade social.

fundamental que o compromisso da enfermagem, enquanto equipe e categoria, seja com a luta por uma sociedade mais justa e melhor, que garanta ao indivíduo não só o acesso aos equipamentos de saúde, mas também a assistência à saúde, onde ele deixe de ser um doente e passe a ser um cidadão.

é preciso encarar o fato de que a sistematização da assistência e a avaliação contínua do trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem são responsáveis em grande parte pela construção deste cenário ideal.

Resta definir a participação desta equipe na decisão política de aplicar, em sua plenitude, os avanços, tanto técnicos como no campo social. Somente o exercício deste papel poderá garantir que não mais se subordine o desempenho da equipe de enfermagem na promoção, na prevenção e na recuperação de qualquer dano à adoção de modelos de pseudo-atenção à saúde que, nem contemplam a assistência individual, nem a coletiva.

Para tal é importante, mas não suficiente, que os enfermeiros estejam atentos ao preparo técnico de suas equipes. É urgente que os enfermeiros retomem seu objeto de trabalho e se debruçam em busca de sua especificidade profissional. A aplicação do processo de enfermagem como método de trabalho na prevenção das incapacidades físicas na hanseníase é viável e desejável. Somente absorvendo a responsabilidade de identificar os problemas de enfermagem do paciente, definir seu grau de dependência, traçar seu plano de assistência e definir os mecanismos de avaliação de sua execução, os enfermeiros poderão delegar a prestação de cuidados a equipe auxiliar, sem se despir de seu verdadeiro papel.

No há delegação de cuidado quando não há plano de assistência traçado; não há supervisão se o objetivo da ação não houver sido estabelecido previamente; no há rotina sem norma; no há assistência sem cuidado; no há enfermagem sem objeto.

É preciso que, em particular, os enfermeiros não percam de vista que, gerenciar a assistência no significa negar o cuidado do paciente como seu objeto de trabalho, mas ampliar sua responsabilidade sobre ele, passando a responder não só pelo

cuidado, mas também pela decisão de prestá-lo.

A prevenção das incapacidades físicas na hanseníase é de responsabilidade da enfermagem sim, pela identificação do risco ou do dano, pela definição da necessidade da prestação do cuidado ou da ajuda em direção ao autocuidado, pela orientação e apoio, e pela atuação integrada em equipe multiprofissional, reconhecendo permanentemente seus limites e suas potencialidades para a realização deste trabalho.

É imprescindível que as incapacidades físicas na hanseníase, hoje território de muitos e trabalho de poucos, seja repensada de forma séria e coerente, afim de não se perpetuar reduzida à letra morta dos documentos oficiais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, M.C.P. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática.** São Paulo, Cortez, 1986. 128p.
2. ARVELLO, J.J. Reabilitacion, prevencions tratamiento de los enfermos de lepra. In: SEMINÁRIO PANAMERICANO SOBRE EL CONTROL DE LA LEPROA, 4º, Caracas, 1975. Washington, 1977. p.119-140.
3. ARVELLO, J.J. ; TROCAIS, T. ; GUEDEZ, M. Aspectos físicos sociais s psicológicos de la incapacidade en el enfermo de lepra. **Rev. Venez. San. Assist. Social**, 36(/2):123-140, 1971.
4. BECHELLI, L.M. & MARTINEZ DOMINGUEZ, V. Disability index for leprosy patients. **Bull. O.M.S.**, 44(5)709-713, 1971.
5. BELDA, W. Aspectos da hanseníase na área urbana do município de São Paulo - Hanseníase indiferenciada. **Hansen. Int.** 6(1):23-50, 1981.
6. BELDA, W. Epidemiologia. In TALHARI, S. & NEVES, R.G. Hansenologia. Manaus. Funcomiz, 1984. p. 83-100.
7. BELDA, W. et alii. Inquérito sobre deformidade em um hospital para doentes de hanseníase. **Hansen. Int.**, 2(1):60-72, 1977.
8. BELDA, W. & LOMBARDI, C. Situação da hanseníase no Estado de São Paulo em 1978. **Hansen. Int.**, 4(1):15-25, 1979.

9. BELLO, P. Hanseníase: Prevenção de incapacidades físicas por técnicas simples. Ajuste social do doente. **Bol. Div. Nac. Dermat. Sanit.**, 37:33-42, 1978.
10. BROWE, S.G. The nurses job in leprosy. **Nur mirror**, 142(10):48-50, 1976.
11. COLLET, M.I.A. e colaboradores. Estudo sobre pacientes de hanseníase com incapacidades físicas, tratados através de técnicas simples aplicadas por pessoal de enfermagem no Distrito Federal em 1979. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, D.F. 34:79-99, 1981.
12. COMARU, M.N. Problemas identificados pela enfermagem em pessoas na situação de deficiência física. São Paulo, (Dissertação de Mestrado - E.E.U.S.P).
13. CRISTOFOLINI, L. Aspectos da assistência de enfermagem na hanseníase: prevenção da úlcera plantar. São Paulo, 1980. (Dissertação de Mestrado - E.E.U.S.P).
14. CRISTOFOLINI, L. e colaboradores. A enfermagem na prevenção e tratamento dos comprometimentos oculares na hanseníase. Bauru, 1983. (mimeografado).
15. DIAZ BORDENAVE, J. Opções pedagógicas. In: Ação participativa: capacitação de pessoal. Ministério da Saúde. Div. Nac. Educ. Saúde. Série F: Educado e Saúde, 3:1.3-8, 1987.
16. HORTA, W.A. Contribuição para uma teoria de enfermagem, **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, 23(3/6):119-125, 1970.

17. HORTA, W.A. Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo. Rev. **Esc.Enf.U.S.F**, 8(1):7-15, 1974.
18. HORTA, W.A. Processo de enfermagem. São Paulo, EDUSP, 1979. 99p.
- 19 GANDRA JUNIOR, D. **A lepra: uma introdução ao estudo do fenômeno social da estigmatização.**, Belo Horizonte, 1970. (Tese de Doutorado U.F.M.G).
20. GONÇALVES, A. Incapacidade em hanseníase: um estudo em nossa meia. **Hansen. Int.**, 4(1):26-35, 1979.
21. GUINTO, R.S. Report on the prevalence of leprosy and frequency of disability in leprosy. **Leprosy Briefs**, 12(6):21-26, 1961.
22. GUTIERREZ, M.G.R. Necessidade e praticabilidade atribuídas a metodologia do processo de enfermagem proposto por Horta, S43 Paulo, 1981. (Dissertação de Mestrado - E.E.U.S.P.)
23. MALUF, S.A. et alii. Prevendo de incapacidades em **hanseníase**: realidade numa Unidade Sanitária. **Rev. Bras. Enf.** 38(3/4):319-328, jul/dez 1985.
24. MANZI, R.O.; MARZETTI, A.A.; LEVEVRE, H. & PACIN, J. Encuesta de incapacidades físicas por lepra. **Leprologia**,14(1):20-24, 1965.
25. MELLO, A. & FONTE, J. Estudo das incapacidades físicas observadas por ocasião do fichamento, nos casos de lepra registrados em Santa Catarina - Brasil, de 1937 a 1966. **Bol. Serv. Nac. Lepra**, 28(1/2):40-64, 1969.

26. MELLO, C.M.M. **Divisão social do trabalho e enfermagem.** São Paulo, Cortez, 1986. 94p.
27. MENDES, D.C. Assistência de Enfermagem e administração de serviços de enfermagem: a ambiguidade funcional do enfermeiro. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, 38(3/4):257-265, jul/dez 1985.
28. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de normas e procedimentos de enfermagem de tipo ambulatorial no controle da hanseníase. Brasília, D.F., 1978.
29. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Interministerial nº 3 de 27 de outubro de 1978. **Bol. Div. Nac. Derm. San.** Brasília, D.F., 1979.
30. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE & ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Padrões de consulta de enfermagem à comunidade.** Brasília, D.F., 1979.
31. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE & ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guia da consulta de enfermagem no controle da hanseníase.** Brasília, D.F., 1979.
32. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ação educativa: diretrizes.** Brasília, D.F., 1981.
33. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 497. **Diário Oficial da União Sec. I.** Brasília, D.F. (195):16.967, 14 de outubro de 1987.
34. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Casos novos de hanseníase, segundo grupos de idade, Brasil, Macrorregiões e Unidades Federadas, 1988 (Informe Estatístico).

35. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Prevalência, incidência e tendência da hanseníase, Brasil, Macrorregiões e Unidades Federadas, 1988 (Informe Estatístico).
36. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Situação dos casos novos, segundo idade, percentual de formas tuberculóides e graus de incapacidade, Brasil, Macrorregiões e Unidades Federadas, 1988 (Informe Estatístico).
37. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Normas técnicas e procedimentos para utilizado dos esquemas de poliquimioterapia no tratamento da hanseníase - 2^a. revisão,** Brasília, D.F., 1989.
38. MIZUOKA, J. & OYAMA, I. Results of investigation for physically handicapped in leprosy. **La lepra.** 28(5):183-191, 1959.
39. NAKAMAE, D.D. **Novos caminhos da enfermagem: por mudanças no ensino e na prática da profissão.** São Paulo, Cortez, 1987. 120p.
40. NEMES, M.I.B. A hanseníase e as práticas sanitárias em São Paulo - 10 anos de Subprograma de Controle da Hanseníase na Secretaria de Estado da Saúde: 1977-1987. São Paulo, 1989 (Dissertação de Mestrado - F.M.U.S.P),
41. NORONHA, R. Experiência participativa mobilizadora de enfermagem: condições prévias para o autocuidado. Rev. Bras. Enf., Brasília, 39(i):34-43, jan/mar, 1986.
42. OBERDOFFER, M.J. & COLLIER, D.R. Prevention and treatment of ulcers and deformities in leprosy. Leprosy Rev., 1939:10, 151.

43. OLIVEIRA, M.I.R. O enfermeiro e a enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 33, Manaus, 2-7, ago. , 1981. Anais. Brasília, ABEN, 1981, p. 19-31.
44. OPROMOLLA, D.V.A. & CRUZ, O. **Prevenção de incapacidade física na hanseníase: técnicas simples.** Bauru, Hospital Lauro de Souza Lima, 1978.
45. ORGANIZAVA PANAMERICANA DE SAÚDE. Manual para o controle da hanseníase, **Publicação Científica 436, 1983.**
46. PAIM, M.R. Papel da enfermeira de saúde pública no controle da lepra. **Rev. Bras. Enf.**, 14(6):561-568, 1961.
47. PEDRAZZANI, E.S. A enfermagem de saúde pública no controle da hanseníase. São Paulo, 1984. (Dissertação de Mestrado - Fac. Saúde Publica U.S.P)
48. RINALDI, D.R.; CERRI, A. & CAPURRO, E.T. Invalidez por lepra. *Leprologia*, 8(1):108-114, 1963.
49. SANSARRIQ, H. Leprosa in the world today. *Leprosy Rev.*, 52(1):15-31, 1981.
50. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO / COORDENADORIA DE SAÚDE DA COMUNIDADE. Subprograma de controle da hanseníase, São Paulo, s/d.
51. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO / DEPARTAMENTO TÉCNICO NORMATIVO. Relatório do Grupo de Trabalho Para estudar e propor diretrizes para a implantação de um programa para prevenção de incapacidades em pacientes de hanseníase a nível de Centro de Saúde, 1985.

52. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO / CENTRO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE. Casos detectados de hanseníase. 1986-1988. (Informe Estatístico).
53. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO / CENTRO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE. Casos de hanseníase em registro ativo. 1986-1988. (Informe Estatístico).
54. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO / GRUPO ESPECIAL DE PROGRAMAÇÃO GEPRO HANSENÍASE - **Proposta Preliminar para o controle da hanseníase**, São Paulo, 1987.
55. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO / INSTITUTO NACIONAL DA ASSISTÊNCIA MÉDICA E PREVIDÊNCIA SOCIAL. Extrato do termo de compromisso interinstitucional. Diário oficial do Estado. Sec.I, São Paulo, 97(109):7, 11 de junho de 1987.
56. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. **Documento final de Seminário de P.I. em hanseníase realizado em São Paulo de 25 a 27-04-88**, São Paulo, 1988.
57. SERVIÇO NACIONAL DA LEPROA. Tratado de Leprologia. (vários autores), Rio de Janeiro, 1944. p.227-368.
58. SERVIÇO NACIONAL DA LEPROA. Tratado de Leprologia. (vários autores), Rio de Janeiro, 1960. p.129-144.
59. SILVA, G.B. **A enfermagem profissional: análise crítica**. São Paulo, Cortez, 1986. 143p.
60. SHITH, W.C.S. & PARKHE, S.M. Disability assessment as a measure of progress in leprosy control. **Lepr. Rev.** 57:251-259, 1986.

61. TALHARI, S. Introdução, agente etiológico, transmissão, cultura, inoculação, aspectos laboratoriais, patogenia e classificação. In: TALHARI, S. & NEVES, R.G. Hansenologia. Manaus, Funcomiz., 1904. p.1-4.
62. TRAPLE, L. Prevenção de incapacidades físicas em hanseníase a nível de ambulatório. Curitiba, (s/ed.), 1979. 46p.
63. VEGA NUNEZ. Invalidez por lepra. In: CONGRESSO MEXICANO DE DERMATOLOGIA, 3º Monterey, 1965. Monterey, Sociedade Mexicana de Dermatologia, 1967.
64. VELASQUEZ, C.L. et alii. O enfermeiro no desenvolvimento da comunidade; atuação como educador. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, 39(2/3):16-20, abr/set., 1986.

ANEXOS

ANEXO 1

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
APLICAÇÃO : CENTRO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE	Nº FRONT. GERAL	FORMA CLÍNICA	IDADE	LOCAL DIAGN.	LOCAL TRATAMENTU	GRAU INCAPACIDADE M P O

FONTE : CADASTRO GERAL DE HANSENÍASE - CIS

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
 APLICAÇÃO: CENTROS DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE	Nº PRONT. CENTRAL	FORMA CLÍNICA	IDADE	LOCAL DIAGN.	LOCAL TRATAMENTO	GRAU INCAPACIDADE M P O	ASSIST. DE ENFERMAGEM		TRATAMENTO REGULAR SIM NÃO	OBSERVAÇÃO
							EDUCAÇÃO EM SAÚDE SIM NÃO	TÉCN. DE PREV. E REABIL. SIM NÃO		

ANEXO 3

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS Nº 3

O PRESENTE FORMULÁRIO FAZ PARTE DA PESQUISA INTITULADA " PARTICIPAÇÃO DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA INCAPACIDADE FÍSICA NA HANSENÍASE ", E TEM FINS EXCLUSIVAMENTE ACADEMICOS.

CS _____

DATA ___/___/___

CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE TRATAMENTO

1 - A PREVENÇÃO DE INCAPACIDADE FÍSICA NA HANSENÍASE EM SUA UNIDADE É FEITA

- SISTEMATIZADA COM AVALIAÇÃO
- SISTEMATIZADA SEM AVALIAÇÃO
- NÃO SISTEMATIZADA
- NÃO É FEITA

2- A UNIDADE DISPÕE DE RECURSOS MATERIAIS PARA ATIVIDADES DE PREVENÇÃO DE INCAPACIDADES

- DIDÁTICOS (FOLHETOS, CARTAZES)
- NORMAS E INSTRUÇÕES
- EQUIPAMENTO MÍNIMO P/ EXERCÍCIOS
- SALA DE CURATIVOS

3 - A UNIDADE DISPÕE DE AMBIENTE ADEQUADO PARA AS ATIVIDADES DE PREVENÇÃO E REABILITAÇÃO DE INCAPACIDADES FÍSICAS NA HANSENÍASE

- SIM
- NÃO

PORQUE _____

CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPE

A- ASPECTOS GERAIS

1 - CATEGORIA

- ATENDENTE
- AUXILIAR DE ENFERMAGEM
- VISITADOR SANITÁRIO
- ENFERMEIRO

2 - TEMPO DE TRABALHO NA ÁREA

- MENOS DE 2 ANOS
- DE 3 A 11 ANOS
- MAIS DE 11 ANOS

3 - RECEBEU TREINAMENTO ESPECÍFICO PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM HANSENÍASE POR OCASIÃO DO INGRESSO NESTA ÁREA

- SIM NA U.S.
- SIM FORA DA U.S.
- NÃO

DURAÇÃO DO TREINAMENTO _____
HS DIAS MESES

ANO DO TREINAMENTO _____

4 - RECEBEU RECICLAGEM

- SIM NA U.S.
- SIM FORA DA U.S.
- NÃO

5 - VOCÊ TRABALHA SÓ COM HANSENÍASE

- SIM
- NÃO

PERÍODO _____

6- EXISTE ALGUM ASPECTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM HANSENÍASE QUE VOCÊ NÃO SE SINTA PREPARADA PARA PRESTAR CUIDADOS ?

ESPECIFIQUE _____

B - CONCEITOS DA DOENÇA E PREVENÇÃO DE INCAPACIDADES:

1 - HANSENÍASE TEM CURA

- SIM EM TODAS AS FORMAS
- SÓ EM ALGUMAS FORMAS
- NÃO
- NÃO SABE

2 - E POSSÍVEL EVITAR A INSTALAÇÃO DAS INCAPACIDADES NA HANSENÍASE ?

- SIM
- ÀS VEZES
- NUNCA
- NÃO SABE

3 - AS INCAPACIDADES INSTALADAS PODEM SER RECUPERADAS ?

- TODAS
- ALGUMAS
- NENHUM
- NÃO SABE

4-AS TÉCNICAS DE PREVENÇÃO QUANDO APLICADAS SURTEM EFEITO POSITIVO?

- SIM
- NÃO
- NÃO SABE

5- AS AÇÕES EDUCATIVAS INTERFEREM NA VIDA DO PACIENTE MUDANDO SUAS ATITUDES FRENTE A DOENÇA E INCAPACIDADES ?

- SIM
- ÀS VEZES
- NUNCA
- NÃO SABE

C - APOIO TÉCNICO

SOMENTE PARA ENFERMEIROS

1- VOCÊ PRESTA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE DE HANSENÍASE NA SUA UNIDADE ?
SE AFIRMATIVO, QUAL O TIPO DE ASSISTÊNCIA ?

- SIM
- NÃO PORQUE _____

2- VOCE PARTICIPA DO PREPARO TÉCNICO DE FUNCIONÁRIOS NA AREA DE HANSENÍASE ?

- SIM
- NÃO PORQUE _____

SE AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE: