

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 multidrogaterapia (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.