

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 á 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 Sao 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	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.