

Ações de Prevenção de Incapacidades em Hanseníase no Ambulatório Regional de Taubaté nos anos 90'

Actions in the prevention of disabilities in leprosy in the Regional Outpatient Department of Taubate in the 90's

Carmen Silvia de Campos Almeida Vieira²
Eliete Maria Silva¹

RESUMO

O presente artigo trata da análise retrospectiva da Prevenção de Incapacidades (PI), na década de 90 e da avaliação do grau de incapacidades, conforme padronização do Programa de Controle da Hanseníase no diagnóstico e na alta do doente. Desenvolveu-se no Ambulatório Regional de Especialidades de Taubaté (ARE-Taubaté), da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Analisou-se 408 prontuários, correspondendo a 100% dos casos novos atendidos no período em questão. O maior percentual de incapacidades alcançaram os graus 2 e 3 e concentraram-se nos membros inferiores (MMII), especialmente nos pés (14,8%), seguido das mãos (13,2%) e olhos (7,6%), o que sinaliza a importância de valorizar as ações de PI nos membros inferiores e superiores. Quanto à recuperação dos doentes com grau 1 (anestesia) no diagnóstico, 46,3% regrediram ao grau 0 e 48,4% mantiveram-se no grau 1. Nos doentes com graus 2 e 3 de incapacidades no diagnóstico, verificou-se percentual maior de manutenção nesses graus (62,8% e 40%, respectivamente), o que demonstrou a dificuldade de recuperar as incapacidades mais avançadas. Quanto ao

percentual de piora, para os doentes diagnosticados nos graus 1 e 2, esta se revelou baixa (7,2%). Entretanto, não foram todos os doentes que obtiveram recuperação, o que demonstra a complexidade das Ações da Prevenção de Incapacidades.

Descritores: Hanseníase, Serviço de Saúde.

INTRODUÇÃO

Com o desenvolvimento científico, em 1947, o cientista e cirurgião ortopédico Dr. Paul Brand, citado por Arvello (1997), dedicou-se a estudar as alterações tróficas decorrentes da hanseníase e demonstrou que mutilações das mãos e dos pés não eram inerentes à própria doença, podendo ser prevenidas e cicatrizadas pela educação do doente e por modificações das pressões plantares.

Priorizar a educação em saúde e prevenção de incapacidades, por meio de técnicas simples de tratamento, como massagem, exercícios, férulas digitais com gesso, confecção de calçados e sandálias e estímulo à auto-estima do doente foram sugeridas pelo Dr. Paul Brand (ARVELLO, 1997).

O bacilo de Hansen tem tropismo pelos nervos periféricos, atingindo-os desde as terminações da derme aos troncos nervosos. Acomete, com mais frequência: na face, o facial e o trigêmeo; nos membros superiores o ulnar, o mediano e o radial e nos membros inferiores o fibular e o tibial posterior. (BRASIL, 1994).

As incapacidades poderão surgir devido aos comprometimentos neurogênicos e inflamatórios. No neurogênico, as neuropatias mistas, comprometem:

- fibras nervosas sensitivas, podendo ocasionar diminuição ou perda da sensibilidade térmica, dolorosa e tátil, levando à anestesia;

Este artigo tem base na dissertação de mestrado, Prevenção de Incapacidades em Hanseníase, no Ambulatório Regional de Especialidades de Taubaté de 1990 a 1999, defendida em setembro de 2001, no Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP.

² Enfermeira do Ambulatório Regional de Especialidades de Taubaté- DIR XXIV/ SES/ SP - Professora Colaboradora do Departamento de Enfermagem da Universidade de Taubaté- Taubaté/SP e Mestre pelo Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Endereço eletrônico: carmencav@bol.com.br

¹ Enfermeira Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Endereço eletrônico: emsilva@fcm.unicamp.br

- fibras motoras, causando diminuição ou perda da força muscular;
- fibras autonômicas, levando à diminuição ou perda da sudorese e lubrificação da pele.

Nos processos inflamatórios identificam-se a uveíte, orquite e outras. Portanto, as lesões primárias são atribuídas às alterações neurológicas e inflamatórias decorrentes da ação direta do bacilo (BRASIL, 2001).

Na face, as lesões do nervo facial e trigêmeo quando ocorrem simultaneamente, levam à paralisia do músculo orbicular dos olhos, o que mesmo separadamente leva ao comprometimento ocular com anestesia da córnea, lagofalmo e ou ectrópio. No globo ocular à hanseníase pode associar-se irite, iridociclite, ceratite, com opacidade corneana, ulcerações e infecções secundárias, que comprometem a visão e pode evoluir para a cegueira (PIOTO, 1996; ROSA, 1987).

Nos membros superiores, os comprometimentos sensitivos podem variar de hipoestesia (diminuição da capacidade de discriminação de textura) à anestesia (perda da sensibilidade protetora), com predisposição a traumas que levam à destruição progressiva das mãos, se não for realizado o autocuidado. As lesões motoras podem evoluir para as deformidades, como "mão em garra", "mão caída", anquiloses e reabsorções.

Nos membros inferiores, com a lesão do nervo tibial posterior, ocorrerá a retração dos dedos do pé (garra de artelhos) e a lesão do fibular, que limita dorsiflexão do pé (pé caído) e provoca contratura da articulação tibio astragalina. Normalmente ocorre lesão do tibial posterior e, em seguida, do fibular, ocasionando perdas sensitivas motoras em grande parte do pé, principalmente na área plantar, com maior risco de traumas e incapacidades que juntamente com a deambulação, podem evoluir para úlceras plantares as quais, se não forem devidamente tratadas, podem gerar infecções secundárias e alterações da estrutura dos pés (reabsorções) (PIOTO, 1996).

No caso de comprometimentos neurais, o doente poderá apresentar dor intensa, hipersensibilidade do nervo, edema, déficit motor e sensitivo. No entanto, muitos doentes apresentam neurite sem relato de dor. São as chamadas "neurites silenciosas". Nesse caso, apesar da ausência da dor, existem alterações sensitivas e motoras, que só poderão ser detectadas em exame periódico de Prevenção de Incapacidades (BRASIL, 2001).

As deformidades, além de se originarem dos comprometimentos dos nervos periféricos, provocam algumas alterações na face, tais como madarose ciliar e superciliar. Desabamento do septo nasal e atrofia cutânea podem ocorrer devido a infiltrações intensas e outras causas relacionadas, as quais, freqüentemente, comprometem o convívio social.

Um Serviço de Prevenção de Incapacidades atuante

restringe as conseqüências das lesões neurais, as quais podem evoluir para queimaduras, ferimentos, úlceras, fissuras, anquiloses, lagofalmo, garras, atrofia e para infecção com destruição de estruturas (pele, tendão, ligamento, osso e músculo), levando a deformidades (BRASIL, 1999a).

A Prevenção de Incapacidades utiliza como instrumento de avaliação o formulário para registro de incapacidades físicas classificadas em graus indicativos da gravidade do comprometimento (BRASIL, 1994). São atribuídos os graus:

- 0, na ausência de problemas nas mãos, pés e olhos relacionados a hanseníase;

- 1, se anestesia das mãos, pés ou olhos estão presentes;

- 2, na ocorrência de úlceras e lesões traumáticas, garra móvel e reabsorção discreta nas mãos. Úlceras tróficas, garra de artelhos, pé caído e reabsorção discreta nos pés e lagofalmo e ou ectrópio, triquiase e opacidade corneana nos olhos; e

- 3, encontram-se neste grau os doentes que mostram as seguintes traduções físicas dos comprometimentos neurais: mão caída, articulação anquilosada e reabsorção intensa nas mãos; contratura, reabsorção intensa nos pés e, nos olhos, acuidade visual menor que 0,1 ou "não conta dedos a 6 m".

Segundo Oliveira et al (1990), a avaliação das incapacidades está sendo reconhecida como medida relevante para o tratamento das incapacidades relacionadas à hanseníase. Estudo realizado na Índia, citado por Oliveira et al. (1990), comprovou que a avaliação foi capaz de impedir a deterioração das incapacidades pré-existentes e de prevenir novas lesões.

A partir deste conhecimento da PI, a OMS (1961) passa a recomendar técnicas para identificação da intensidade e gravidade das lesões instaladas (mão, pé e olho - grau máximo de incapacidades) por ser eficiente, eficaz e efetivo no tratamento das incapacidades físicas.

Trindade et al. (1987), também afirmam que o grau máximo de incapacidades foi o melhor método de avaliação das incapacidades físicas na ocasião do diagnóstico.

Esses achados vêm fundamentar as ações de PI desenvolvidas no ARE Taubaté desde 1984, que utiliza o grau máximo de incapacidades para avaliar os doentes de hanseníase, o qual vêm sendo aprimorado ao longo dos anos pelas políticas, estudos e normas do Programa de Controle da Hanseníase, conforme formulário para registro de incapacidades físicas do Ministério da Saúde (BRASIL, 1997).

A atual proposta do Programa de Controle da Hanseníase é que suas ações básicas, inclusive a prevenção de incapacidades por técnicas simples, sejam

desenvolvidas em todas as unidades básicas de saúde, por todos os profissionais envolvidos e pela comunidade, em parceria com outros profissionais e entidades de ajuda sociais, educacionais e religiosas. Centros de Reabilitação seriam referências técnicas para apoiar ou assistir aos casos mais complexos (DUERKSEN et al., 1997).

Realizando uma retrospectiva epidemiológica das incapacidades físicas, nas áreas mais endêmicas, até os dias de hoje verificamos que as incapacidades físicas eram estimadas como superiores a 25%, pela OMS, em 1961. Para Bechelli et al. (1967), os dados de incapacidades físicas, nos vários países das Américas, África e Ásia, variam de 23,4 a 41,7%. Segundo Arvello (1976) e Camaran (1976), em um estudo sobre uma mesma amostra de 511 casos, e considerando já as alterações de sensibilidades parciais nas mão e pés como incapacidades físicas, chegou-se a 54,4%. Para Opromolla (2000), as deficiências variam de 16 a 43%. A OMS (1998), indica que no mundo 2 a 3 milhões de pessoas apresentam moderada incapacidade física.

No Brasil, no período de 1987 a 1996, identificou-se uma diminuição importante nos percentuais de incapacidades, de 15,9% para 7%. No entanto, do total dos casos novos diagnosticados, 16% foram diagnosticados já apresentando grau 1 de incapacidades, e a proporção de casos com deformidades (grau 2 e 3) aumentaram para valores próximos a 8%, desde 1992 (BRASIL, 1997a).

"A Prevenção de Incapacidades (P1) em Hanseníase significa medidas visando evitar a ocorrência de danos físicos, emocionais e socioeconômicos. No caso de danos já existentes, a prevenção significa medidas para evitar as complicações" (BRASIL, 1999, p. EZ 01).

A PI tem como objetivo a manutenção ou melhora da sua condição física, sócio econômica, espiritual e emocional, tanto durante o diagnóstico, tratamento, quanto após a alta. As ações de PI englobam: educação em saúde; diagnóstico precoce da doença, tratamento regular com poliquimioterapia (PQT) e aplicação de BCG-id nos contatos; detecção precoce e tratamento adequado das reações e neurites; apoio à manutenção da condição emocional e integração social (família, estudo, trabalho, grupos sociais) e realização de autocuidado (BRASIL, 1999).

No ARE Taubaté, o médico, o enfermeiro, o assistente social e a equipe de enfermagem valorizam as ações de PI, reforçando os autocuidados e fazendo encaminhamentos para a avaliação sistematizada, garantindo, assim, a melhoria no controle das incapacidades na hanseníase.

Portanto, o trabalhar com o doente de hanseníase é um constante desafio e contribui de forma inegável para o crescimento profissional e desenvolvimento de conhecimentos científicos, no campo da saúde pública.

MATERIAL E MÉTODOS

Inicialmente, para cumprir as normas estabelecidas pela resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96 (BRASIL, 1996), o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté e aprovado. Também a Diretoria Regional do ARE Taubaté autorizou a realização do estudo.

Trata-se de um estudo retrospectivo, da década de 1990, realizado a partir de levantamento e análise dos registros das avaliações das incapacidades presentes nos prontuários e fichas dos doentes detectados em cada ano e que fizeram ou estão fazendo tratamento no ARE Taubaté.

CAMPO DA PESQUISA

Este estudo foi realizado no Ambulatório Regional de Especialidades (ARE) do município de Taubaté, localizado no Vale do Paraíba, interior do Estado de São Paulo, trecho Rio—São Paulo, à margem da Rodovia Presidente Dutra. O município conta com aproximadamente 229.130 habitantes, quase na sua totalidade na zona urbana, segundo estimativas calculadas pela Secretaria Estadual de Saúde, a partir de dados do censo de 1990.

Em sua rede básica, há 32 Postos de Assistência Médica e Odontológica sob a responsabilidade da Prefeitura Municipal de Taubaté, que também mantém o Pronto Socorro Municipal. Possui três hospitais: um Universitário, ligado à Universidade de Taubaté (autarquia municipal), um filantrópico e outro pertencente à Unimed.

O ARE Taubaté tem nível de divisão técnica de saúde (são definições de níveis hierárquicos de organização de serviço e recursos humanos, instituídos pela Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, oficializados pelo decreto 43379, publicado no Diário Oficial de 14/08/98, constituindo-se Unidade de Referência, na DIR XXIV, que abrange 27 municípios (SÃO PAULO, 1998). No ano 2000, havia na região aproximadamente 889.796 habitantes, conforme estimativas do próprio serviço estadual.

Esse Ambulatório de Especialidades tem por finalidade prestar assistência ambulatorial à comunidade em nível secundário e responder como Centro Formador e Capacitador de Recursos Humanos nos Programas de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, (SÃO PAULO, 1998). Escolheu-se o Ambulatório de Taubaté para ser o local desta pesquisa por fazer parte dos municípios prioritários para atuação em hanseníase no Estado de São Paulo, devido ao médio coeficiente de prevalência e detecção de casos (SÃO PAULO, 2000). Outra razão para a escolha foi por ser campo de trabalho de uma das pesquisadoras.

POPULAÇÃO

A população deste estudo foi constituída por 100% dos casos novos de hanseníase inscritos no Programa de Controle no período de 1990 a 1999, que correspondeu a 395 doentes. Além dos casos novos diagnosticados a partir de 1990, foram incluídos 13 doentes diagnosticados antes desse ano, mas que iniciaram a PQT a partir de 1990. O total correspondeu, portanto, a 408 doentes estudados.

Para selecionar a população, utilizou-se as planilhas anuais de acompanhamento dos doentes de toda a década de 90, perfazendo dez planilhas. Os dados aqui apresentados referem-se ao grau de incapacidades avaliados por ocasião do diagnóstico e alta dos doentes, acompanhados em ações de PI.

COLETA DE DADOS

Para analisar as ações de PI desenvolvidas foram utilizados instrumentos, padronizados pela Secretaria Estadual de Saúde, nos quais se registram avaliações do nariz, olhos, membros superiores e membros inferiores, após realização da inspeção, pesquisa da mobilidade articular, palpação de nervos, prova de força muscular, teste de sensibilidade e tratamento recomendado (hidratação, massagem, lubrificação, autocuidados, adaptação de utensílios de trabalho, adaptação de calçados e plano de exercícios), conforme dados do prontuário e fichas de PI.

ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram incluídos num banco de dados estruturado no programa Epi info versão 6.04 (DEAN *et al.*, 1997). A organização dos dados foi elaborada utilizando-se técnicas estatísticas do Serviço de

Estatística da Comissão de Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, com o System for Windows - Statistical Analysis System (SAS), versão 6.12 (SAS INSTITUTE INC, 1989-1996).

Para verificar mudança do Grau de incapacidade entre o diagnóstico e a alta foi utilizado o Teste de McNemar ou teste de simetria, que verifica se houve mudança significativa de classificação entre os períodos (FLEISS *et al.*, 1981). O nível de significância adotado foi de 5%, ou seja, $p < 0.05$.

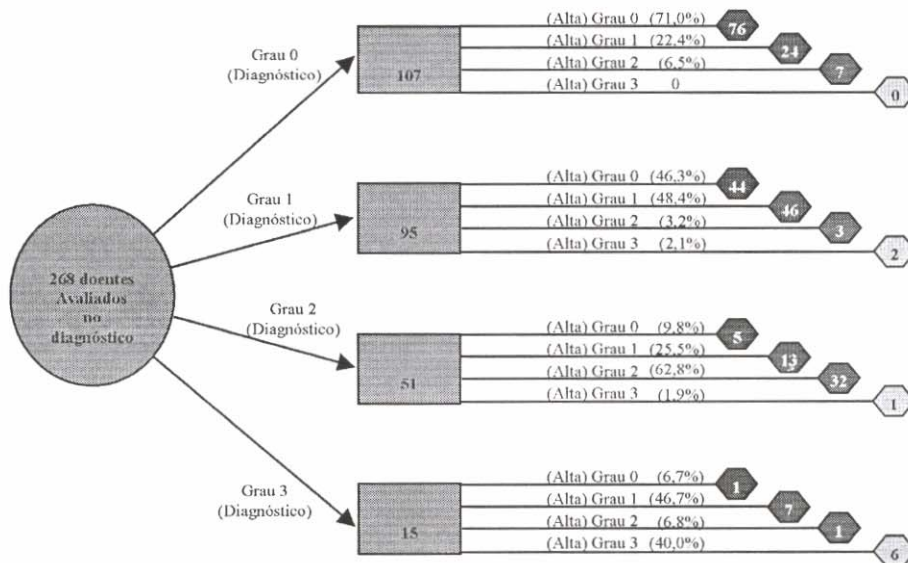
RESULTADOS E DISCUSSÃO

As Figuras 1, 2, 3 e 4 apresentam a análise do impacto das ações de PI, na década de 90, no ARE Taubaté. Fez-se um estudo comparativo dos doentes que foram submetidos à avaliação do serviço de PI na ocasião do diagnóstico e da alta. A primeira figura apresenta de forma geral mão, pés e olhos e as figuras seguintes abordam cada segmento do corpo, demonstrando o percentual de doentes que apresentaram melhora, manutenção ou piora do grau máximo de incapacidades.

Da população estudada (408), foram selecionados (Figura 1) 268 doentes, em virtude da necessidade de acompanhá-los no diagnóstico e na alta. Nas Figuras 2, 3 e 4, os dados apresentam discreta variação, uma vez que nem sempre o número total de doentes foi efetivamente avaliado em todos os segmentos do corpo, por ocasião da alta.

A Figura 1 mostra mudança significativa de evolução do grau entre um momento e outro (diagnóstico e alta), o que é comprovado pelo teste de McNemar, com tendência a diminuição do acometimento: Probabilidade = 0.013.

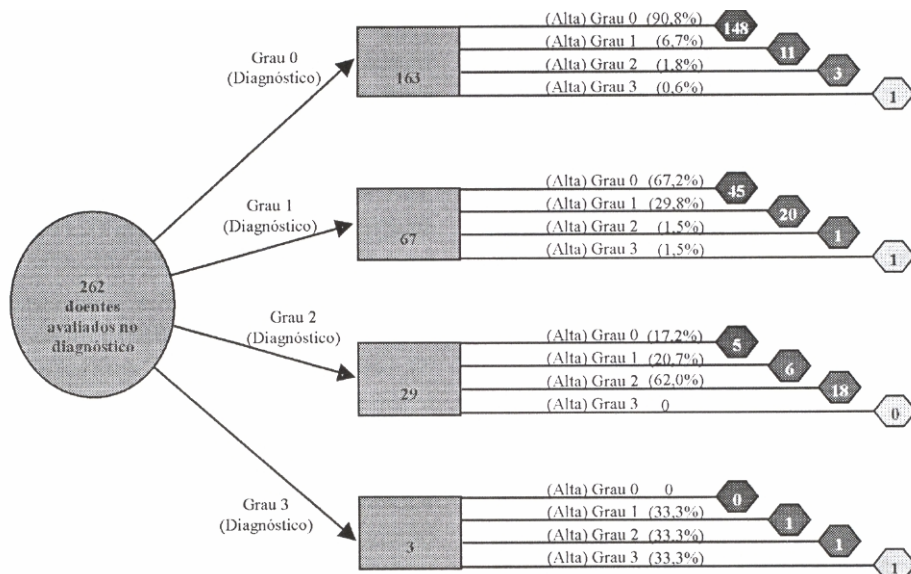
Figura 1 - Evolução do grau das incapacidades avaliadas (em mãos, pés e olhos) segundo diagnóstico inicial e alta por cura



Verifica-se, na Figura 2, as condições de 262 doentes que tiveram os membros superiores avaliados pelo serviço de PI, no diagnóstico e na alta. O teste de

McNemar comprovou mudança muito significativa do grau de incapacidade entre um momento e outro, com tendência a diminuição do acometimento. Prob = 0.001.

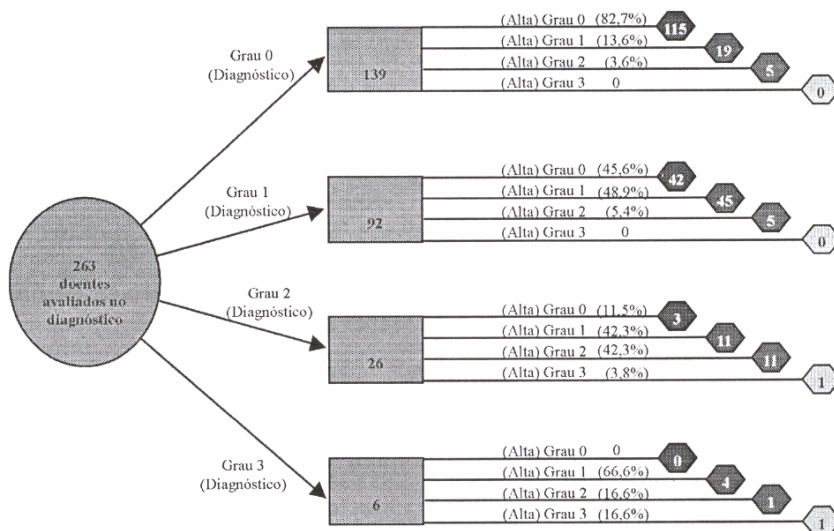
Figura 2 - Evolução do grau máximo de incapacidades avaliadas nas mãos no diagnóstico e na alta por cura



Mostra-se na figura 3, os resultados nos 263 doentes passaram por avaliação dos membros interiores no serviço de PI no diagnóstico e na alta. O teste de McNemar comprovou mudança significa-

tiva de grau entre um momento e outro, também com tendência a diminuição de problemas. Prob=0,017

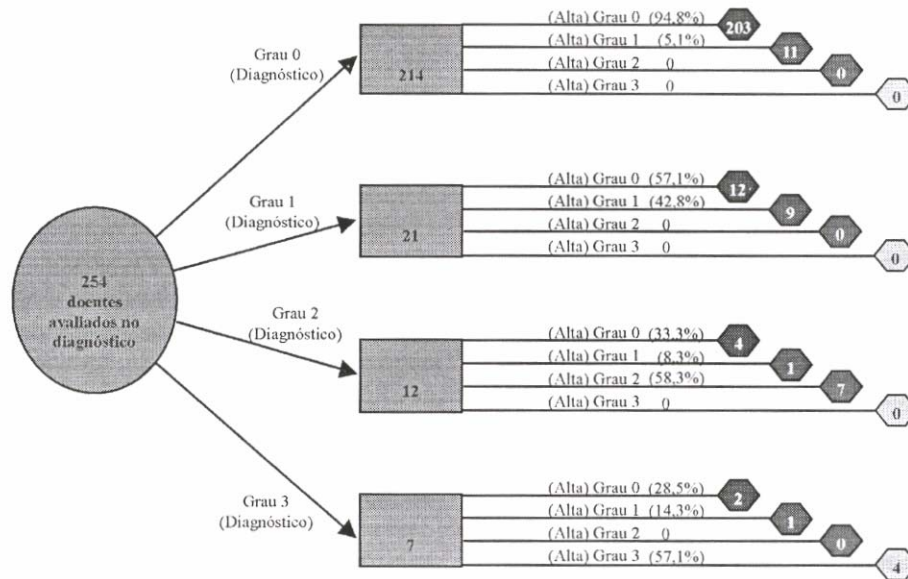
Figura 3 — Evolução do grau máximo de incapacidades avaliadas nos pés no diagnóstico e na alta por cura



Na avaliação dos olhos (Figura 4), vê-se, que dentre os 254 avaliados no serviço de PI, no diagnóstico e na alta, o teste de McNemar não sugeriu mudança

grau entre um momento e outro. Apresentando este como o único segmento avaliado que não revelou tendência a diminuição da incapacidade instalada. Prob

Figura 4. Evolução do grau máximo de incapacidades avaliadas nos olhos no diagnóstico e na alta por cura



Uma análise global das Figuras 1, 2, 3 e 4, mostra que, no grupo de doentes cujo diagnóstico inicial foi grau 0, ou seja, não apresentavam incapacidades físicas decorrentes da hanseníase, mantiveram-se neste grau percentuais significativos, sendo mais elevados nos olhos e mãos.

É importante fazer uma ressalva: no grupo de diagnóstico grau 0, quando avaliado no contexto geral, identificou-se um percentual mais baixo de manutenção no grau 0 (71%) e um percentual de piora para o grau 1 (22,4%), com anestesia, o que pode ter ocorrido devido à mudança do instrumento de avaliação da sensibilidade. No método tradicional utilizava-se alfinete, tubo com água quente e algodão; já o método com monofilamento (estesiômetro) apresenta maior especificidade e pode ter interferido nos resultados da alta, com um maior percentual de doentes com anestesia. Quanto à piora para os graus 2 e 3, verificou-se um percentual baixo. Nos olhos, dos diagnosticados como grau 0, não houve piora para os graus 2 e 3; nos pés, obteve-se apenas piora para o grau 2; entretanto, nas mãos a piora foi tanto para o grau 2 como para o 3.

Entre o grupo de doentes diagnosticados no grau 1 (anestesia), verificou-se que evolução para o grau 0 e manutenção no grau 1 foram significativas, mantendo em todas as situações um percentual maior que 90%. Com relação à piora para os graus 2 e 3, o percentual foi, no geral, baixo, atingindo 5,3%, e nos olhos nenhum caso piorou para os graus 2 e 3, enquanto nos pés nenhum caso piorou para o grau 3. Já nas mãos ocorreu piora para os graus 2 e 3.

No grupo de doentes cujo diagnóstico foi realizado no grau 2 e, portanto, com deformidades, sentiu-se a necessidade de avaliação em separado do percentual de melhora e de manutenção neste grau de incapacidade, que foram de 35,3% e 62,8%, respectivamente. Quanto ao percentual de piora para o grau 3 nas mãos e olhos nenhum doente piorou para o grau 3; e nos pés um doente diagnosticado no grau 2 piorou para o grau 3, por ocasião da alta. Indicando que a recuperação é mais difícil quando um índice elevado de incapacidades já está instalado.

Entre o grupo de doentes com grau 3, que consiste das deformidades mais complexas, cuja recuperação, na maioria das vezes, necessita de reabilitação e cirurgias corretivas, o percentual encontrado, no contexto geral, foi de 5,6% doentes, com manutenção de 40% neste grau e com um percentual significativo de melhora (46,7%) para o grau 1. Os resultados encontrados não condizem com a prática vivenciada no serviço de PI do ARE, e constituiu motivo para a reavaliação dos arquivos consultados na pesquisa, dando ênfase aos membros superiores e inferiores. Nesta revisão foram identificados dois casos que recuperaram os graus 1 e 2 para as mãos, e que não deveriam fazer parte do grau 3 por ocasião do diagnóstico, e sim do grupo 2, o que ficou definido nos registros de avaliações posteriores, nos quais não se constataram a presença de articulações anquilosadas.

Quanto aos membros inferiores, verificou-se que três dos cinco casos reavaliados, deveriam pertencer ao grupo 2, uma vez que a contratatura identificada no diagnóstico não foi registrada posteriormente.

Segundo Brasil (1997), a contratatura e a articulação anquilosada são identificadas pela perda de 25% da mobilidade passiva dos dedos, artelhos ou tornozelo, sendo difícil identificá-las ou descartá-las em uma primeira avaliação.

Apesar do diagnóstico inicial não expressar fielmente a realidade em alguns casos, como o serviço tem continuidade nas ações de PI, que são devidamente registradas, foi possível identificar as falhas e corrigi-las. Somente nos olhos os dados se mantiveram mais fidedignos, com 57,1% permanecendo no grau 3.

Portanto, todos os dados encontrados no desenvolvimento geral da pesquisa confirmam que as ações de PI, quando valorizadas no serviço por toda a equipe multiprofissional e realizadas de forma sistematizada, conseguem ser de impacto na recuperação das incapacidades, contribuindo de forma significativa para a reintegração do doente na sociedade. Colabora tanto individualmente, atendendo o doente nos aspectos biopsicossociais, quanto coletivamente, promovendo a diminuição do estigma e do impacto que a doença traz para a sociedade.

Oportuno ressaltar a contribuição de dois autores que valorizam de forma significativa a Prevenção de Incapacidades: (CRISTOFOLINI, 1980) e (DUERKSEN et al., 1997). Para estes, a longa duração da doença e a necessidade de realizar autocuidados diários contribui para que muitos doentes abandonem o tratamento, devido à demora da recuperação. As atividades profissionais, necessidades de deambulação e outras, de ordem socioeconômica, colaboram para dificultar a aderência a certos cuidados. Porém, a PI só será de impacto se a educação for convincente e continuada (CRISTOFOLINI, 1980).

Antigamente, os profissionais que atuavam na hanseníase sentiam-se impotentes diante desta enfermidade, pois se acreditava que as deformidades eram uma consequência inexorável. Nos dias atuais, é diferente, pois conseguimos identificar a forma como as deformidades ocorrem e como podem ser evitadas, e isso não pode ser ignorado. No futuro, as deformidades dos doentes de hanseníase serão frutos da nossa irresponsabilidade, se no momento em que atendermos os doentes, não conseguirmos identificar ou recuperá-las (DUERKSEN et al., 1997).

Estas citações indicam alguns dos questionamentos que enfrentamos quando nos deparamos com casos de piora do grau de incapacidades e reforçam a complexidade da recuperação e a importância do

profissional rever a sua prática no dia-a-dia. Chama também atenção para o compromisso da equipe de enfermagem para com a doença. Acredita-se, no ARE, que a descentralização das ações de PI, não só para o município de Taubaté, como também para a implementação e implantação destas ações nos 27 municípios pertencentes à DIR XXIV, seja um caminho para efetivação do diagnóstico precoce, o qual poderá evitar danos irreversíveis.

CONCLUSÃO

Após a investigação, foi possível concluir que:

Quando se compara o grau de incapacidade das mãos, pés e olhos, identificado no diagnóstico verifica-se que o maior percentual de incapacidades graus 2 e 3 é para os pés (14,8%), seguido das mãos (13,2%), e que o menor percentual é nos olhos (7,6%). Estes achados indicam a necessidade de valorizar e implementar ainda mais as ações de PI, principalmente para os membros inferiores e superiores.

Na análise do impacto da PI, na década de 90, no ARE Taubaté, o estudo comparativo do grau de incapacidade no diagnóstico e na alta permite inferir que, quando as ações de PI são valorizadas no serviço por toda a equipe multiprofissional e realizadas de forma sistematizada, há eficiência e eficácia na recuperação das incapacidades.

Identifica-se, no trabalho de Prevenção de Incapacidades do ARE Taubaté, que dentre os doentes com grau 1 (anestesia) no diagnóstico, 46,3% recuperaram o grau 0 (nenhuma incapacidade relacionada à hanseníase) e 48,4% mantiveram-se no grau 1, o que pode estar associado a terem sido sensibilizados a conviver com a anestesia sem apresentar complicações.

Nos doentes com incapacidades nos graus 2 e 3 (mais severas) no diagnóstico, verifica-se um percentual maior de manutenção nesses graus (62,8% e 40% respectivamente), o que demonstra a dificuldade de eliminar e/ou amenizar as incapacidades mais avançadas.

O percentual de piora, tanto para os doentes diagnosticados no grau 1, quanto no 2, foi baixo, 5,3% e 1,9%, respectivamente. O que indica que não são todos doentes que são passíveis de recuperação, revelando a complexidade das ações e a necessidade aprofundar estudos e intervenções sobre as possíveis causas desses fatos.

Para melhor dimensionamento das incapacidades estudadas sugere-se outras investigações das ações de prevenção de incapacidade, tais como o acompanhamento dos doentes que na alta apresentavam graus de incapacidades 2 e 3. Tal proposta objetivaria avaliar a situação atual do doente e identificar se o autocuidado foi incorporado na vida cotidiana, bem como avaliar o alcance dos objetivos propostos no Programa de Hanseníase.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inexistência de estudos detalhados das ações de PI na DIR XXIV de Taubaté, entre os municípios de sua abrangência, com exceção de Taubaté, dificulta a identificação dos serviços de saúde que desenvolvem estas ações, a promoção de apoio técnico-científico para aqueles que as têm implantadas, bem como, a descentralização das ações de PI para os vários municípios.

Assim, sugere-se a realização de um diagnóstico situacional das ações de PI nos municípios da DIR XXIV, com a finalidade de conhecer a realidade local e propor um plano de ação para descentralizar, implementar ou implantar as atividades de PI, visando prevenir, manter ou eliminar as incapacidades e deformidades em âmbito regional. Cumprir-se-iam, assim, os objetivos propostos pelo Programa de Hanseníase, em tempos da municipalização das ações e serviços de saúde.

Para manutenção e implementação das ações de PI, identifica-se a necessidade de realizar treinamentos em serviço e educação continuada, visando principalmente o diagnóstico precoce das incapacidades físicas, com maior garantia de recuperação das mesmas, para devolver o doente de forma integral à sociedade e contribuir para a eliminação e controle desta doença em nosso país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 ARVELLO, J.J. Conceptos básicos en la rehabilitación de los enfermos de lepra. *Bol. Ofic. Sanitária Panamericana*. n. 326355. 1976.

2 ARVELLO, J.J. Prevenção de Incapacidades Físicas e Reabilitação em Hanseníase. In: DUERKSEN, E. ; VIRMOND,

M. *Cirurgia Reparadora e Reabilitação em Hanseníase*. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato. Instituto Lauro de Souza Lima, 1997, p.35-47.

3 BECHELLI, L.M. ; MARTINEZ, D. O problema da lepra no mundo. *Bol. Serv. Nacional de Lepra*. n.3-4, 1967.

4 BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia de Controle da Hanseníase*. Brasília, DF, 1994, 156 p.

5 BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos*. Conselho Nacional de Saúde. Resol. 196, 1996.

6 BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Manual de Prevenção de Incapacidades*. Brasília, DF, 1997. 125p.

ABSTRACT

The paper presents at a retrospective analysis of the Prevention of Disabilities (PD) during the 90's, and also, of the evaluation of the degree of disabilities, according to the standardization of the Leprosy Control Program at the time of patient's diagnosis and discharge. The study has been carried out in the Regional Outpatient Department of Specialization of Taubaté (ODS), of the State Health Office of São Paulo State. A total of 408 handbooks, corresponding to 100% of new cases have been analyzed. The highest percentage of disabilities of levels II and III took place on feet (14,8%), followed by hands (13,3%) and eyes (7,6%), what shows the importance in valuing the actions of the PD in the lower and upper limbs. With regard to patient's level I recovery (anaesthesia) in the diagnosis, 46,3% recovered to zero level, and 48,4% kept themselves on level I, without developing more severe disabilities (deformities). Those patients with disabilities on levels II and III in the diagnosis, showed higher percentage of maintenance on these levels (62,8% and 40%, respectively), which has shown the difficulty of recovering from more advanced disabilities. The percentage of worsening has been low (7,2%) for patients diagnosed in levels I and II. Thus, not all patients were able to recover, which shows complexities in the Actions of Prevention of Disabilities.

7 BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária. *Avaliação Epidemiológica e Operacional do Programa de Controle e Eliminação da Hanseníase*. Brasília, DF, 1997 a.

8 BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Dermatologia Sanitária/DGPE/SPS/ALM Internacional. *Saúde para a Vida: Treinamento para Prevenção de Incapacidades em Hanseníase - Catalogador*. Brasília, DF, 1999.

9 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento Gestão de Políticas Estratégicas. *Relatório de Atividades da Área Técnica de Dermatologia Sanitária*. Brasília, DF, 1999a.

10 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de Prevenção de Incapacidades*. Brasília, DF, 2001. 107 p.

11 CAMARAN, A. *Patología del pie en el enfermo de lepra*. Venezuela: 1976. Tesis (Doctoral) apresentada à Universidade de Carabobo.

- 12 CRISTOFOLINI, L. Aspecto da Assistência de Enfermagem na Hanseníase: prevenção da úlcera plantar. São Paulo: USP, 1980. Tese (Mestrado) apresentada à Escola de Enfermagem.
- 13 DEAN, A.G. et al. Epi Info. Version 6.04, Atlanta, CDS/OMS, Atlanta, 1997.
- 14 DUERKSEN, F. ; VIRMOND, M. *Cirurgia Reparadora e Reabilitação em Hanseníase*. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, Instituto Lauro de Souza Lima. 1997. 363 p.
- 15 FLEISS, J.L. et al. *Statistical Methods for rates and proportions*. New York, John Wiley & Sons, 2 ed., 1981.
- 16 OLIVEIRA, S.; PEDROSO, M.; BACCARELLI, R.; GONÇALVES, A. Adequação de Procedimentos de Instrumentalização de Dados em Prevenção e Tratamento de Incapacidades Físicas em Hanseníase. *Rev. Hosp. Clin. Fac. Med.* São Paulo. n. 45, p.2,1990.
- 17 OPROMOLLA, D. V., et al. *Noções de Hansenologia*. Bauru: Centro de Estudos Dr.Reynaldo Quagliato, 2000. 126p.
- 18 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Reunion Científica sobre la rehabilitacion de los leprosos. Vellore. Índia. *Series de In formes Técnicos* n.221, 1961.
- 19 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) . Assembléia Mundial de Saúde. *Eliminação da hanseníase até o ano 2000*. Genebra, OMS, 1998.
- 20 PIOTO, M.P. *Incapacidades em Hanseníase no município de Bauru*. São Paulo: USP, 1996. Tese (Mestrado) apresentada à Faculdade de Saúde Pública.
- 21 ROSA, R.S. *Levantamento de Incapacidades em Pacientes Hansenianos do Município de Catanduva*: condições de atendimento para sua prevenção nos treze municípios abrangidos pelo Escritório Regional de Saúde de Catanduva (ERSA-30). São Paulo. Ribeirão Preto: USP, 1987. Tese (Mestrado) apresentada à Faculdade de Medicina.
- 22 SÃO PAULO (Estado). Decreto n.43.379, de 13 de agosto de 1998. Dispõe Sobre a reorganização do Centro de Saúde I de Taubaté "Dr. Renée Rachou" e dá providências correlatas. São Paulo, *Diário Oficial do Estado*,_ 14 de agosto de 1998, seção I, p.1.
- 23 SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Divisão Regional de Saúde XXIV. Setor de Vigilância Epidemiológica. *Relatório dos dados epidemiológicos e operacionais do Programa de Controle da Hanseníase*. Taubaté, SP: SS/DIR-XXIV, 2000.
- 24 SAS INSTITUTE INC. The SAS System for Windows (Statistical Analysis System). Cary, NC, USA, 1989 - 1996. V. 6.12.
- 25 TRINDADE, M.A.B.; LIMA, F.D.; ALMEIDA, R.G. Incapacidades Físicas em Hanseníase no momento do diagnóstico. I- Avaliação das Incapacidades. *Hansen. Int.*, v.12, 2, 21-28, 1987.