

PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS INCAPACIDADES FÍSICAS EM HANSENÍASE NO BRASIL ESTUDO DE RISCO PROFISSIONAL ESPECÍFICO PARA A DOENÇA

Mariângela PEDROSO *
 Aguinaldo GONÇALVES **
 Carlos Roberto PADOVANI***
 Rosemari BACCARELLI *
 Suely de OLIVEIRA *

RESUMO - Em continuidade à linha de pesquisa relacionada à inserção das práticas de prevenção e tratamento das incapacidades físicas em hanseníase em programas de controle da moléstia, apresentam-se na presente comunicação resultados referentes ao risco profissional específico para a doença, decorrentes de dados obtidos em recente investigação multicêntrica de nível nacional. A partir de 416 profissionais e 69 unidades sanitárias, averiguaram-se 179 doentes de diferentes formas clínicas. Tomando-se como indicador de mobilidade social a condição sócio-profissional (se economicamente ativo ou dependente e suas diferentes modalidades), as associações foram testadas pelo emprego da estatística χ^2 de Pearson. Os resultados obtidos revelaram significância estatística ao nível de 5%, entre as variáveis investigadas, tanto na primeira quanto na segunda mensuração específica.

Palavras chave: Hanseníase. Condição sócio-profissional. Mobilidade social.

I- INTRODUÇÃO

Há alguns anos, sob o apoio de diferentes agências de fomento à pesquisa no país (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e Secretaria de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde), vimos desenvolvendo, a partir do Centro de Estudos

Reynaldo Quagliato, do Hospital de Dermatologia Sanitária Lauro de Souza Lima, Centro de Referência em Hanseníase da Organização Mundial da Saúde para Países de Língua Portuguesa, linha de investigação sobre a inserção em programas de Saúde Pública das práticas de prevenção e tratamento das incapacidades físicas em hanseníase (PTIFH).

(*) Fisioterapeuta, Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.

(**) Pesquisador pós-doutoral do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, junto à Clínica Dermatológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

(***) Chefe do Departamento de Bioestatístico, Instituto de Biociências, Universidade Estadual Paulista.

A Figura 1 apresenta a sinopse de modelo formulado da evolução da área em nosso meio, destacando a continuidade dos referidos procedimentos e resultados. Estruturado sob a forma de fases e seus respectivos constituintes, características e resultados, o modelo toma as principais publicações de nosso grupo como exemplo de situações apresentadas, dado não conter o compromisso de ser exaustivo para toda a bibliografia brasileira na matéria, nem sequer para com as comunicações que possam vir a ser consideradas como mais significativas. Como se depreende, este modelo busca sistematizar as sucessivas gestões empreendidas na área em nosso

meio, mas não deve ser tomado de forma rigidamente cronológica, dado que se encontram instituições onde as sucessivas fases coexistem temporalmente ou até mesmo aquelas que estio atualmente na de diagnóstico de situação (E. BORGES et al.) É apresentado com o objetivo de resgatar uma historicidade que, embora não rigorosamente cronológica, pontua as sucessivas ideologias que permearam o processo, desde as mais ingênuas e primitivas (como as tentativas de mapeamento ou diagnóstico de situação) até a canalização para o recorte mais consistente das avaliações, particularmente dos aspectos sociais, que é a finalidade desta comunicação.

Passos e procedimentos	Características principais	Evolução
Fase da busca do conhecimento:		
1- Descrição das lesões e mecanismos	Comprometimentos neurais periféricos	em 1983 A. Gonçalves et al. ¹⁰
2- Detecção da freqüência	A lesão mais freqüente revelou-se o mal perfurante plantar	em 1979 A. Gonçalves ⁷
3- Identificação de recursos disponíveis	Praticamente ausentes	em 1979 A. Gonçalves ⁸

Continua

Passos e procedimentos	Características principais	Evolução
Fase das intervenções institucionais:		
1- Experiência de execução	Participação ativa dos doentes e do pessoal auxiliar	em 1984 A. Gonçalves & L.C.O. Prieto ¹¹
2- Experiência de treinamento	A ação de toda equipe de Saúde	em 1977 A. Gonçalves & N.S. Gonçalves ⁹
3- Proposta de assistência	Modelo regionalizado e hierarquizado	em 1983 L.C.O. Prieto & A. Gonçalves ²¹
Fase de Avaliação:		
1- Pesquisa da eficiência, eficácia e efetividade	Profissionais graduados e elementos treinados revelam-se eficientes e eficazes, sendo os primeiros mais efetivos que os segundos.	em 1987 A. Baccarelli et al ¹
2- Investigação das razões de não eficácia	Fatores setoriais e institucionais são os predominantes	em 1988 A. Gonçalves et al ¹²
3- Avaliação de treinamento	Objetivos, clientela e conteúdo	em 1989 M. Pedroso et al ²¹
4- Análise de instrumentos técnicos em uso	Identificam-se acertos e propriedades	em 1989 S. Oliveira et al ¹⁸
5- Averiguação dos efeitos dos determinantes da efetividade	Condição profissional dos técnicos atuantes (se graduados ou apenas treinados) e fatores sociais extra-setoriais (renda salarial, risco profissional específico e condição profissional) dos doentes revelam-se significativos, sendo, aparentemente os primeiros mais atuantes que os segundos	em 1989 A. Gonçalves et al ¹³

FIGURA 1 - Sinopse do modelo proposto da evolução do manejo das incapacidades físicas em hanseníase em nosso meio.

De fato, referir a hanseníase como doença social já é lugar comum há bom tempo. Embora tal epíteto possa ter emoldurado interesses individuais ou institucionais vários, já denunciados por A. ROTBERG 23, trata-se de questão suficientemente séria para motivar até grupo eminentemente biologicista, como é o caso. No dizer de ROMER022: "ainda com os registros locais de hanseníase, é possível começar a interpretar multidisciplinarmente os fatores sócio-econômicos e epidemiológicos causais e proporcionar contribuições efetivas para o controle da enfermidade".

Nesse sentido, a presente investigação toma a casuística estudada em nossa avaliação da inserção de PTIFH nos programas de controle da moléstia, constituída de 179 doentes, atendidos em nove diferentes unidades sanitárias do país, e estuda-se sua mobilidade social através de teste de associação entre condição sócio-profissional e risco profissional específico em dois momentos seqüenciados: no início e seis meses após a aplicação de PTI FH.

2- MATERIAL E MÉTODOS

Foram averiguados os primeiros 416 treinandos do Curso de Prevenção de Incapacidades do referido Centro de Referência, através de questionário padronizado, enviado em data única e apresentado em comunicação anterior (R.Baccarelli, A.Gongalves, M.Pedroso & S. Oliveiral). Decorridas quatro semanas, enviou-se reiteração para os destinatários que não haviam se manifestado, acompanhada do respectivo selo postal. Receberam-se, ao final, 151 questionários respondidos de ex-alunos, residentes no país, além de quarenta, devolvidos aos remetentes.

Tais respostas permitiram conhecer o grau de eficiência referida de 69 unidades sanitárias no país que adotam as técnicas de PTIFH.

Hansen. Int. 14(2): 112-119, 1989.

A aplicação de dois critérios técnicos básicos (existência mínima de seis meses de utilização das técnicas de PTIFH e frequência média quinzenal de cada cliente) resultou na identificação de treze, investigados quanto eficácia e efetividade. Para tanto, foi solicitada aos dirigentes de tais agências a convocação dos clientes de PTIFH, cuidando-se para que, nos locais de grande cobertura de atendimento, se convocassem apenas os cinquenta doentes mais antigos, resultando, assim, o total de 179 averiguados.

Tais elementos foram estudados através de entrevista direta, sobre sua mobilidade social, investigando-se associação entre condição sócio-profissional e risco profissional específico em dois momentos seqüenciados: no início e seis meses após a aplicação de PTIFH. As categorias do primeiro indicador mencionado foram adotadas a partir de classificação de B. Hutchinson¹⁴, e as do segundo, a partir de escala de E.S. Pedrazani¹⁹. A associação dos atributos foi medida pelo teste do quiquadrado para tabelas de contingência (G.E. Noether¹⁷.)

3- RESULTADOS

As Tabelas 1 e 2 apresentam as distribuições dos doentes estudados segundo risco profissional por condição sócio-profissional nas duas mensurações realizadas. Ao nível de significância adotado, observa-se a associação entre o risco profissional específico e a condição sócio-profissional, com valores elevados de indivíduos com risco moderado e máximo em condição profissional "ativo" e de risco mínimo entre os aposentados, tanto na primeira quanto na segunda mensuração (respectivamente $\chi^2 = 142,79^{**}$ e $\chi^2 = 12,60^*$).

TABELA 1 - Distribuição dos doentes estudados segundo risco profissional específico inicial e condição sócio-profissional

Risco Profissional Inicial	Condição Profissional Inicial				Total
	Ativo	Aposentado	Beneficiado	Outro	
Mínimo	06	60	07	10	83
Moderado	31	02	01	0	34
Máximo	25	02	03	32	62
TOTAL	62	64	11	42	179

TABELA 2 - Distribuição dos doentes estudados segundo risco profissional específico atual e condição sócio-profissional atual

Risco Profissional Atual	Condição Profissional Atual				Total
	Ativo	Aposentado	Beneficiado	Outro	
Mínimo	04	76	11	09	100
Moderado	23	01	0	02	26
Máximo	13	06	05	29	53
TOTAL	40	83	16	40	179

Ademais, a mobilidade observada foi no sentido de aumento de indivíduos nas categorias aposentado (que evoluiu de 64 para 83) e beneficiado (de 11 a 16) às custas da redução dos economicamente ativos (de 62 para 40) e dos identificados em outra condição (de 42 para 40), o que pode significar que, quando o doente encontra disponível um serviço estruturado para atendimento às suas incapacidades, ao invés de caminhar para a reintegração à atividade produtiva, obtém aposentadoria de forma expressiva.

No entanto, grande contingente dos aposentados apresenta incapacidades em grau mínimo, indicando que sua condição sócio-profissional decorre de critérios outros que não a incapacidade laborativa física. Neste sentido, constatou-se que dos inicialmente identificados como aposentados, 3(4,69%) mantinham atividade regular ("bico"), ao passo que na fase posterior esta taxa está dobrada, elevando-se para 9,63%.

4- DISCUSSÃO

Considerando tais constatações e tendo em conta que, dos 179 elementos estudados, apenas 58 têm idade superior a 60 anos, observa-se que a situação descrita se antepõe rigorosamente ao que vem sendo entendido atualmente por reabilitação social (RS). De fato, lembrando a conceituação da Organização Mundial de Saúde de que R.S. é a "parte do processo de reabilitação que visa a integrar ou reintegrar na sociedade uma pessoa incapacitada, ajudando-a a adaptar-se às exigências da vida familiar, coletiva e profissional, diminuindo ao mesmo tempo as cargas econômicas e sociais que impedem o processo global de reabilitação", T. Frist⁵, ao tratar da R.S. do hanseniano indica que "só devem receber ajuda financeira especial pacientes com problemas como incapacidades ou idade

avançada que os impeçam de trabalhar e viver normalmente".

Inobstante, esta distância entre a conduta técnica e a realidade social da hanseníase está compatível com o pontuado por A. Kaulmann¹⁵ et al no sentido de que a "hanseníase existe como uma entidade biofísica bastante independente do conhecimento humano(...)". Trata-se do que chamam de "imagem da doença", isto é, o conjunto de sinais e sintomas reconhecidos pela população como hanseníase e não de sua real situação laborativa.

Já dizia D.S. Gandra Jr.⁶ que "a população considera os hansenianos sem mutilações ou deformações como exceções, o que faz perdurar as associações da doença com as deformações", o que vale dizer que "a integridade física e, mais do que isso, a integridade da forma do corpo são negadas pelas categorias: lepra e leprosos. Por seu turno de acordo com L.M. BechdII2 "estigmatização e rejeição afetam o programa de controle: retardam a procura do médico pelo receio do diagnóstico e das medidas profiláticas".

Por isso que o "Seminário Bolivariano sobre el control de la lepra^{24m}", recomenda que além da receptividade e aderência dos doentes, o manejo da questão social da hanseníase deve dedicar forte destaque à participação da comunidade através de investigações multidisciplinares, aspectos já anteriormente recomendados com ênfase pela Conferência Nacional⁴

Se no âmbito do conhecimento estes aspectos são pois, de amplo domínio, a nível do aplicativo, permanece ainda aberta a questão, tendo sido, ao longo do tempo, os hansenianos, não só entre nós mas também em outros parses endêmicos, objeto privilegiado de atenções múltiplas, desde aquelas de natureza benemerente até as de personagens político-partidários.

Atualmente, em nosso meio, duas inicia-

tivas expressivas podem ser pontuadas. Atuam elas, cada uma a seu modo, na dimensão social da doença. A Sociedade para Reabilitação e Reintegração do Incapacitado, fundada em 1976 (SORRI)²⁵, construiu sólida experiência, inicialmente na cidade de Bauru, SP, em torno do Hospital Lauro de Souza Lima, e atualmente amplia suas gestões para o

plano nacional, com a Sorri - Brasil. O Movimento de Reintegração do Hanseniano (MORHAN) de origem mais recente, mas igualmente já consolidou espaço de atuação bastante diferenciado, particularmente quando da elaboração da constituinte brasileira¹⁶.

ABSTRACT - As a continuation of the research line related to the insertion of prevention and treatment of physical disability in programs of leprosy control, we present here results related to specific professional risk for the disease based on data obtained in a recent multicenter investigation at the national level in Brazil. In a survey of 416 professionals and 69 health units, 179 patients with different clinical forms of leprosy were surveyed. Using initial and current patient socioprofessional condition (whether economically active or dependent and the different modalities of the two situations) as an indicator of social mobility, the associations were tested using the X^2 statistical parameter of Pearson. The results revealed statistical significance at the 5% level among the variables investigated both in the first and the second specific determination.

Key words: Hanseniasis. Socioprofessional condition. Social mobility.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- BACCARELU, R.; GONÇALVES, A.; PEDROSO, M.; OUVEIRA, S. Avaliação da experiência brasileira, a partir do Centro Nacional de Referência, na política de prevenção de incapacidades físicas no controle da hanseníase. **I Sem. Perfil/Compet. Ent.** Universidade de Brasília/Organização Pan-Americana da Saúde, 1987.
- 2- BECHEW, **LM.** Alguns aspectos psicológicos, sociais e econômicos relacionados com a lepra. **J. Bras. Psiq.** 36(6):321-324, 1987.
- 3- BORGES, E.; GAW, M.E.N.; ALVIM, M.P.S.; BITTENCOURT, E. Determinação do grau de incapacidades em hansenianos não tratados. **Cad. Saúde Púb.** 3(3):266-271, 1987.
- 4- CONFERÊNCIA NACIONAL. **Avaliação da políticas de Controle da Hanseníase.** Brasília, Ministério da Saúde. 1976.
- 5- FRIST, T. A reabilitação social do hanseniano. Oficina de trabalho sobre o controle da hanseníase no Brasil, Brasília, Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, M.S/Organização Pan-Americana da Saúde, 1983.
- 6- GANDRA Jr., D.S. A lepra: uma introdução ao estudo do fenômeno social da estigmatização. **Tese de doutoramento.** Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1970.
- 7- GONÇALVES, A. Incapacidade em hanseníase: um estudo da realidade em nosso meio. **Hansen. Int.** 4(1):26-35, 1979.
- 8- GONÇALVES, A. **Ações em Saúde.** São Paulo, Papiro, 1979. 116p.
- 9- GONÇALVES, A. & GONÇALVES, N.N.S. Coordenadas básicas da aplicação de Educação em Saúde à implantação do subprograma de Dermatologia Sanitária em unidade local. **Hansen. Int** 2(2):159-163, 1977.
- 10- GONÇALVES, A. Adequação do subprograma de controle da hanseníase para treinamento do pessoal auxiliar a nível local. **Rev. FSESP**, 28(21):107-115, 1983.
- 11- GONÇALVES, A. & PRIETO, L.C.O. Prevenção terciária em hanseníase em unidade sanitária local: apreciações preliminares e perspectivas. **A Folha Med.** 89(4):259-260, 1984.

- 12- GONÇALVES, A.; PEDROSO, M.; OUBEIRA, S.; BACCARELLI, R. Dificuldades e sugestões para implantação de atividades de prevenção de incapacidade em serviço de controle da hanseníase no Brasil. **Rev. Bras. Med.** **45(10): 422-426.** 1988.
- 13- GONÇALVES, A.; PADOVANI, C.R.; PEDROSO, S.; BACCARELLI, R. Prevenção e tratamento das incapacidades físicas em hanseníase: estudo da evolução em nosso meio, com ênfase nos determinantes de sua efetividade. **Env. Public.** **1989. (Rev. Bras. Med.).**
- 14- HUTCHINSON, B. **Mobilidade e trabalho.** Rio de Janeiro, Centro Brasileiro de Pesquisas Educacionais. Ministério da Educação e Cultura, 1960.
- 15- KAULFMANN, A.; MARIAN, S.G.A.; NEVILLE, J. - **The social dimension of leprosy.** London, Ilep, 1982.
- 16- MORHAN - Os hansenianos e a constituinte. **Jornal do Morhan** 4(7): 3 1985.
- 17- NOETHER, G.E. **Introdução à Estatística: uma abordagem não-paramétrica** (Introduction to Statistics: a nonparametric approach), Trad: F.W. Rodrigues & L.K. Cordani. Segunda Edição. Editora Guanabara Dois S.A., 1976.
- 18- OLIVEIRA, S.; BACCARELLI, R.; GONÇALVES, A.; PEDROSO, M. Adequação de instrumentos de registro de dados em prevenção e tratamento de incapacidades físicas em hanseníase. **Env. Publ.**, 1989.
- 19- PEDRAZANI, E.S. Levantamento e análise da situação dos pacientes portadores de hanseníase numa unidade sanitária. **Mimeo**, Universidade de São Carlos, 1985.
- 20- PEDROSO, M.; OLIVEIRA, S.; BACCARELU, R.; GONÇALVES, A. Apreciação dos egressos dos cursos de prevenção de incapacidades do Centro Nacional de Referência em Hanseníase sobre seu treinamento. **Env. Publ** 1989 (**Ouademi di Coop. San.**)
- 21- PRIETO, L.C.O. & GONÇALVES, A. Incapacidades em hanseníase: proposta programática hierarquizada e regionalizada para mudança ' de realidade em nosso meio. **Rol. Cient. Soc. Flum. Med. Cir** **4(15): 43-45,** 1983.
- 22- ROMERO, A. A política y estrategias para los programas de control de la lepra. **Bol. Ofic. Sank. Panamer.** **93** (2):220-223, 1982.
- 23- ROTBERG, A. As barreiras culturais da lepra que impedem a solução do problema da hanseníase. **Bol. DNDS** 36(1): 65-72, 1977.
- 24- SEMINÁRIO BOLIVARIANO SOBRE EL CONTROL DE LA LEPRO. **Investigación Científica y control de la lepra.** Caracas, Organización Panamericana de la Salud , 1983.
- 25- SORRI. **Estatuto da Sociedade para reabilitação e reintegração do Incapacitado.** Bau-ru, 1979.