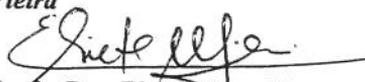


CARMEN SILVIA DE CAMPOS ALMEIDA VIEIRA

**PREVENÇÃO DE INCAPACIDADES EM HANSENÍASE,
NO AMBULATÓRIO REGIONAL DE ESPECIALIDADES
DE TAUBATÉ DE 1990 a 1999**

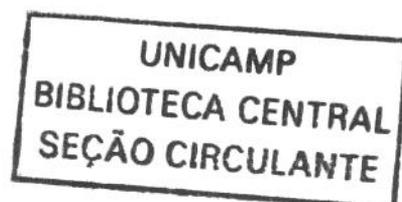
Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, de Carmen Silvia de Campos Almeida Vieira



*Prof. Dra. Eliete Maria Silva
Orientadora*

CAMPINAS

2001



CARMEN SILVIA DE CAMPOS ALMEIDA VIEIRA

**PREVENÇÃO DE INCAPACIDADES EM HANSENÍASE,
NO AMBULATÓRIO REGIONAL DE ESPECIALIDADES
DE TAUBATÉ DE 1990 a 1999**

*Dissertação de Mestrado, apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre
em Enfermagem*

Orientadora: Prof^ª Dra. Eliete Maria Silva

CAMPINAS

2001

UNIDADE	BC
Nº CHAMADA	TUNICAMP
	V673p
V	EX
TOMBO BC/	51850
PROC.	16-837-02
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	16/12/2002
Nº CPD	

CM00177414-B

BIB ID 276252

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

V673p

Vieira, Carmen Silvia de Campos Almeida

Prevenção de incapacidades em hanseníase, no ambulatório regional de especialidades de Taubaté de 1990 a 1999 / Carmen Silvia de Campos Almeida Vieira. Campinas, SP : [s.n.], 2001.

Orientador : Eliete Maria Silva

Tese (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

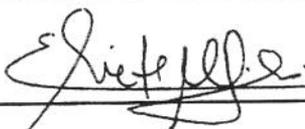
1. Hanseníase. 2. Serviços de Saúde. 3. Epidemiologia – Controle. 4. Enfermagem em saúde públicaI. Eliete Maria Silva. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador(a): *Profa. Dra. Eliete Maria Silva*

Membros:

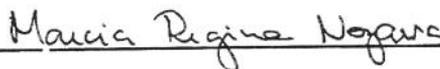
1. Profa. Dra. Eliete Maria Silva



2. Profa. Dra. Lucia Maria Frazão Helene



3. Profa. Dra. Marcia Regina Nozawa



**Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.**

Data: 06/09/2001

200258543

DEDICATÓRIA

Ao meu esposo Antonio, a Mariana e Felipe, meus filhos, pais, irmãos e familiares pelo apoio, incentivo, carinho, dedicação e compreensão, durante todo o período que me ausentei para realizar esta pesquisa; em especial à minha irmã Lucia Cristina pelo apoio e in memorian às minhas irmãs Maria Bernardete e Patricia, como exemplos de vida para o meu crescimento profissional e humano.

Ao Dr. Rubens Nóbrega (in memorian), pelo seu exemplo de vida no estudo da hanseníase, que colaborou e possibilitou o aprofundamento do meu conhecimento nesta área.

AGRADECIMENTOS

A busca de elementos visando a elaboração e conclusão deste estudo, constituiu-se uma tarefa muito árdua, mas que me levou a uma certeza absoluta de um aprofundamento substancial sobre hanseníase. Não obstante a essas dificuldades, tive o privilégio de contar com a compreensão e colaboração de:

Meus pais Carmen Lucia e Ariovaldo por todo o cuidado, apoio e auxílio, dedicado em toda a minha trajetória escolar, inclusive neste estudo.

A orientadora Eliete, que me encaminhou no árido trajeto desta pesquisa, facilitando o desenvolvimento de minhas idéias, com seu apoio, tolerância e compartilhando o seu saber, tornando possível concluir este estudo.

A Universidade de Taubaté (UNITAU), que facilitou a realização da pesquisa, através de liberação para o estudo e apoio financeiro.

Ao Ambulatório Regional de Especialidades de Taubaté (ARE), em especial Maria do Carmo, Sonia e Cidinha Vargas, facilitando e incentivando a participação neste estudo.

Ao grupo do Programa de Controle da Hanseníase, do Estado de São Paulo, em especial ao Wagner, Heleida, Otilia, Zenaide e Hannelore por todo investimento em minha vida profissional, colaborando para o meu aperfeiçoamento nesta área.

Aos colegas de Equipe de Trabalho e amigos do ARE Taubaté, que foram o alicerce para o desenvolvimento da PI, em especial a Carmen Luiza, Célia, Maria Elisa, Sueli, Maria Helena e Cidinha Moraes que me apoiaram e auxiliaram a realização desta pesquisa.

Aos professores do Departamento de Enfermagem de Semiologia e Semiotécnica da UNITAU, em especial para as professoras Lili e Cláudia que permitiram dedicar maior tempo à pesquisa, muitas vezes, desenvolvendo minhas tarefas junto àquele Departamento.

À Prof. Dra. Maria Lucila Junqueira Barbosa pela sua competência, eficiência, dedicação, incentivo, apoio e amizade em todos os momentos.

Às minhas amigas Marina, Mara, Edmeia, Rosana Gonçalves, Lucia Frazão, Mariangela e Linda por todo apoio e atenção dedicados durante este período.

A equipe do Ministério da Saúde, Centro de Vigilância Epidemiológica de São Paulo e da DIR XXIV de Taubaté, em especial a Regina e Sônia pela atenção e fornecimento de todos os dados necessários.

Ao serviço de Estatística da Comissão de Pesquisa da faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, especialmente ao Elimar que, em momentos diferentes me introduziu aos métodos e técnicas quantitativa da estatística e a secretária Zilma que tão prontamente me auxiliou nas dúvidas e dificuldades administrativas.

Aos colegas do mestrado da UNICAMP pelo estímulo, apoio e troca de informações.

Ao professor Joel por todo o trabalho de revisão de português e à Lucia pela disponibilidade em digitar o projeto.

Aos doentes de hanseníase cuja convivência em grande parte da minha vida profissional, permitiram um aperfeiçoamento técnico e um crescimento espiritual.

“...O amor ainda continua sendo o melhor remédio para todos os males do mundo, desde que seja traduzido em trabalho, em ética, em humildade, em compromisso, em justiça... A Hanseníase também se cura com amor. Com muito amor”.

Bacurau

	<i>Pág</i>
RESUMO	xxxv
1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	39
1.1. História da hanseníase com ênfase na Prevenção de Incapacidades (PI).....	58
1.2. Fisiopatologia e Epidemiologia das Incapacidades em Hanseníase.....	65
1.3. Ações Programáticas no Controle da Endemia Hansênica, no período de 1970 a 1999, no Estado de São Paulo.....	80
1.4. Caracterização do Ambulatório Regional de Especialidades de Taubaté (ARE).....	90
2. OBJETIVOS	97
2.1. Geral.....	99
2.2. Específicos.....	99
3. METODOLOGIA	101
3.1. Campo de estudo.....	103
3.2. População.....	105
3.3. Coleta de dados.....	105
3.4. Instrumentos de coleta de dados.....	109
3.5. Análise dos dados.....	110

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	113
5. CONCLUSÃO.....	191
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	199
7. SUMMARY.....	203
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	207
9. ANEXOS.....	219

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ARE - Taubaté	Ambulatório Regional de Especialidades de Taubaté
BA -	Boletim de acompanhamento
CENEPI	Centro Nacional de Epidemiologia
CVE	Centro de Vigilância Epidemiológica
CNDS	Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária
DIRXXIV	Diretoria Regional de Saúde 24
D	Dimorfa
DDS	Dapsona
FIE	Ficha Epidemiológica
FNS	Fundação Nacional de Saúde
I	Indeterminada
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
MORHAN	Movimento de Reintegração do Hanseniano
MB	Multibacilar
NOB SUS	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde

PI	Prevenção de Incapacidades
PQT	Poliquimioterapia
PB	Paucibacilar
PAM do INAMPS	Posto de Assistência Médica do Instituto de Assistência Médica da Previdência Social
RFM	Rifampicina
SES-SP	Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo
SINAM	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPCH	Subprograma de Controle da Hanseníase
SUS	Sistema Único de Saúde
SUDS	Sistema único Descentralizado de Saúde
T	Tuberculóide
UBS	Unidade Básica de Saúde
UIST	Unidade Integrada de Saúde de Taubaté
V	Virchoviana

	<i>Pág</i>
TABELA 1 : Casos detectados, coeficiente de detecção, prevalência e coeficiente de prevalência de hanseníase distribuídos por ano, no Brasil, de 1988 a 1999.....	45
TABELA 2 : Casos detectados, prevalência e respectivos coeficientes de hanseníase distribuídos por ano, no Estado de São Paulo de 1989 a 1999.....	47
TABELA 3 : Casos detectados, coeficiente de detecção e prevalência de hanseníase distribuídos por ano, na DIR XXIV de Taubaté, de 1990 a 1999.....	49
TABELA 4 : Casos novos de hanseníase segundo o Grau de Incapacidades, no Brasil, 1990-1996.....	55
TABELA 5: Casos novos de hanseníase segundo o Grau de Incapacidades no Estado de São Paulo, 1990-1996.....	56
TABELA 6: Distribuição dos casos novos de hanseníase residentes em Taubaté, segundo o coeficiente de detecção (por 10.000 habitantes), no Ambulatório Regional de Especialidades de Taubaté, de 1990 a 1999.....	116
TABELA 7: Distribuição dos casos novos de hanseníase e ou PQT, segundo a forma Clínica e ano do diagnóstico. Ambulatório Regional de Especialidades de Taubaté, 1990 a 1999.....	118

TABELA 8	Distribuição dos casos novos detectados com hanseníase, segundo a forma clínica multibacilar (V e D). Ambulatório Regional de Especialidades de Taubaté, 1990 a 1999.....	120
TABELA 9 :	Distribuição dos casos novos de hanseníase avaliado por incapacidade física, segundo os casos avaliados com graus 2 e 3 de incapacidades físicas. Ambulatório Regional de Especialidades de Taubaté, 1990 a 1999.....	122
TABELA 10 :	Distribuição dos casos novos de hanseníase, segundo os casos avaliados na prevenção de incapacidades. Ambulatório Regional de Especialidades de Taubaté, 1990 a 1999.....	125
TABELA 11:	Distribuição dos casos novos de hanseníase, segundo forma clínica, sexo e faixa etária. Ambulatório Regional Especialidades Taubaté, 1990 a 1999.....	127
TABELA 12:	Distribuição dos casos novos de hanseníase e ou de PQT, segundo o município de procedência. Ambulatório Regional de Especialidades Taubaté, 1990 a 1999.....	130
TABELA 13:	Distribuição dos casos novos de hanseníase e ou de PQT, segundo as regiões e os bairros do município de Taubaté de maior procedência. Ambulatório Regional de Especialidades de Taubaté, 1990 a 1999.....	133
TABELA 14:	Distribuição dos casos novos de doentes de hanseníase e ou de PQT, segundo a escolaridade e forma clínica. Ambulatório Regional de Especialidades Taubaté, 1990 a 1999.....	136
TABELA 15:	Distribuição dos casos novos de hanseníase e ou PQT, segundo sexo e ocupação que exerciam no momento do diagnóstico. Ambulatório Regional de Especialidades Taubaté, 1990 a 1999.....	138

TABELA 16:	Distribuição dos casos novos de hanseníase e ou de PQT, segundo o esquema terapêutico e forma clínica. Ambulatório Regional de Especialidades Taubaté, 1990 a 1999.....	140
TABELA 17:	Distribuição dos casos novos de hanseníase e ou PQT, segundo o modo de detecção e a forma clínica. Ambulatório Regional de Especialidades Taubaté, 1990 a 1999.....	141
TABELA 18 :	Distribuição dos casos novos de hanseníase e ou PQT, segundo o convívio prévio com doente de hanseníase por forma clínica. Ambulatório Regional de Especialidades Taubaté, 1990 a 1999	143
TABELA 19 :	Distribuição dos casos novos de hanseníase e ou PQT, segundo o estado atual do tratamento e forma clínica. Ambulatório Regional de Especialidades Taubaté, 1990 a 1999.....	145
TABELA 20:	Distribuição das incapacidades físicas avaliadas no diagnóstico, segundo o grau máximo e sexo. Ambulatório Regional de Especialidades Taubaté, 1990 a 1999.....	147
TABELA 21:	Distribuição das incapacidades físicas avaliadas no diagnóstico segundo o grau máximo e forma clínica. Ambulatório Regional de Especialidades Taubaté, 1990 a 1999.....	149
TABELA 22:	Distribuição das incapacidades físicas avaliadas na alta, segundo o grau máximo e forma clínica. Ambulatório Regional de Especialidades Taubaté, 1990 a 1999.....	150
TABELA 23:	Distribuição das incapacidades físicas avaliadas nas mãos no diagnóstico, segundo o grau máximo e forma clínica. Ambulatório Regional de Especialidades Taubaté, 1990 a 1999	152

TABELA 24:	Distribuição das incapacidades físicas avaliadas nas mãos na alta, segundo o grau máximo e forma clínica. Ambulatório Regional de Especialidades Taubaté, 1990 a 1999.....	153
TABELA 25:	Distribuição das incapacidades físicas avaliadas nos pés no diagnóstico, segundo o grau máximo e forma clínica. Ambulatório Regional de Especialidades Taubaté, 1990 a 1999..	154
TABELA 26:	Distribuição das incapacidades físicas avaliadas nos pés na alta, segundo o grau máximo e forma clínica. Ambulatório Regional de Especialidades Taubaté, 1990 a 1999	156
TABELA 27:	Distribuição das incapacidades físicas avaliadas nos olhos no diagnóstico, segundo o grau máximo e forma clínica. Ambulatório Regional de Especialidades Taubaté, 1990 a 1999	157
TABELA 28:	Distribuição das incapacidades físicas avaliadas nos olhos na alta, segundo o grau máximo e forma clínica. Ambulatório Regional de Especialidades Taubaté, 1990 a 1999	158
TABELA 29:	Distribuição dos casos novos de hanseníase e ou PQT, segundo a ocupação e grau de incapacidade no diagnóstico. Regional de Especialidades Taubaté, 1990 a 1999	168
TABELA 30:	Distribuição dos casos novos de hanseníase e ou PQT, segundo a ocorrência da reação hansênica de acordo com o sexo e forma clínica. Ambulatório Regional de Especialidades Taubaté, 1990 a 1999	171
TABELA 31:	Distribuição dos casos novos de hanseníase e ou PQT, segundo ano e de acordo com a reação hansênica e grau máximo de incapacidade avaliado na alta. Ambulatório Regional de Especialidades Taubaté, 1990 a 1999	174
TABELA 32:	Distribuição dos casos novos de hanseníase e ou PQT, com reação hansênica e tipo de tratamento na reação. Regional de Especialidades Taubaté, 1990 a 1999.....	176

	<i>Pág</i>
FIGURA 1 : Estados brasileiros com relação à eliminação da hanseníase até e após 2005.....	43
FIGURA 2 : Coeficientes de detecção e prevalência de hanseníase distribuídos por ano, Brasil, 1988 a 1999.....	46
FIGURA 3 : Coeficientes de detecção e prevalência de hanseníase distribuídos por ano, no Estado de São Paulo, 1989 a 1999.....	48
FIGURA 4 : Coeficientes de detecção e prevalência, de hanseníase distribuídos por ano, na DIR XXIV de Taubaté, de 1990 a 1999..	50
FIGURA 5 : Mapa da DIR XXIV - 1999. Coeficiente de Detecção - HANSENÍASE.....	52
FIGURA 6 : Mapa da DIR XXIV - 1999. Coeficiente de Prevalência – HANSENÍASE.....	53
FIGURA 7 : Distribuição dos casos novos de hanseníase e ou PQT, segundo a forma Clínica e ano do diagnóstico. Ambulatório Regional de Especialidades de Taubaté, 1990 a 1999.....	119
FIGURA 8 : Distribuição dos casos novos procedentes das várias regiões do município de Taubaté.....	132
FIGURA 9 : Distribuição dos casos novos de hanseníase e ou PQT, segundo escolaridade e grau de incapacidade nas mãos, no diagnóstico. Ambulatório Regional de Especialidades Taubaté, 1990 a 1999...	161

FIGURA 10 :	Distribuição dos casos novos de hanseníase e ou PQT, segundo escolaridade e grau de incapacidade nos pés, no diagnóstico. Ambulatório Regional de Especialidades Taubaté, 1990 a 1999...	162
FIGURA 11 :	Distribuição dos casos novos de hanseníase e ou PQT, segundo escolaridade e grau de incapacidade nos olhos, no diagnóstico. Ambulatório Regional de Especialidades Taubaté, 1990 a 1999...	163
FIGURA 12 :	Distribuição dos tipos de incapacidades mais freqüentes nas mãos no momento do diagnóstico e da alta. Ambulatório Regional de Especialidades Taubaté, 1990 a 1999.....	164
FIGURA 13 :	Distribuição dos tipos de incapacidades mais freqüentes nos pés avaliadas no momento do diagnóstico e da alta. Ambulatório Regional de Especialidades Taubaté, 1990 a 1999.....	166
FIGURA 14 :	Distribuição dos tipos de incapacidades mais freqüentes avaliadas nos olhos no momento do diagnóstico e da alta. Ambulatório Regional de Especialidades Taubaté, 1990 a 1999.....	167
FIGURA 15 :	Evolução do grau das incapacidades avaliadas (em mãos, pés e olhos) segundo diagnóstico inicial e alta por cura.....	179
FIGURA 16 :	Evolução do grau máximo de incapacidades avaliadas nas mãos no diagnóstico e na alta por cura.....	181
FIGURA 17 :	Evolução do grau máximo de incapacidades avaliadas nos pés no diagnóstico e na alta por cura.....	183
FIGURA 18 :	Evolução do grau máximo de incapacidades avaliadas nos olhos no diagnóstico e na alta por cura.....	185

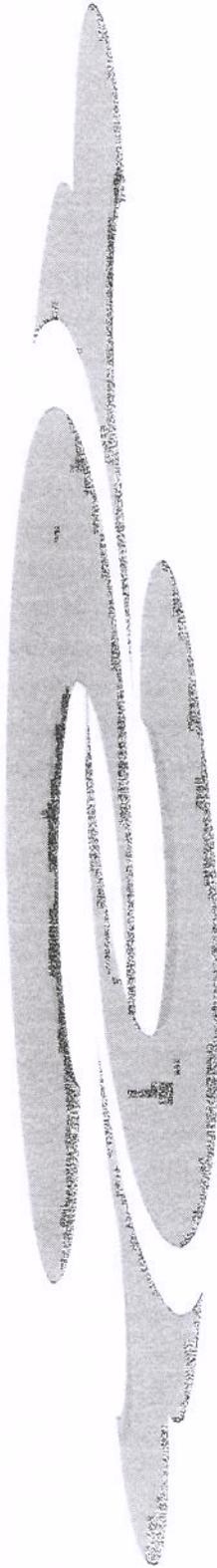


RESUMO

Trata-se de análise retrospectiva do atendimento no Programa de Controle da Hanseníase, com ênfase na Prevenção de Incapacidades (PI), na década de 90 aprofundando conhecimentos sobre a história da atenção à hanseníase e a organização dos serviços, com base nos indicadores epidemiológicos e operacionais, em algumas ações de Controle do Programa, na caracterização sociodemográfica da população, bem como na 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), da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, levantamento e análise de 408 prontuários, fichas epidemiológicas e de PI, correspondendo a 100% dos casos novos inscritos no Programa e em Poliquimioterapia. Utilizaram-se Tabelas e Figuras para descrever o perfil do grupo estudado. Os dados epidemiológicos no ARE Taubaté, na década de 90, demonstraram coeficientes de prevalência de 3,1% por 10.000 habitantes e de detecção de 0,9% por 10.000 habitantes em 1999; portanto, a endemia está presente, com muitos diagnósticos de casos novos. Os dados operacionais mostraram que se consegue avaliar as incapacidades físicas na maioria dos casos novos. A maior ocorrência foi das formas polarizadas: Virchoviana (43,5%), Tuberculóide (25,5%) e Dimorfa (23,3%). Na caracterização da população estudada, conclui-se que a hanseníase ocorreu, com maior frequência, na faixa etária de 30 a 49 anos (48,2%), no sexo masculino (60%), e em moradores da região baixa do município (48,6%). Quanto à escolaridade, predominou o ensino fundamental incompleto (57,7%). O analfabetismo está mais presente entre as formas avançadas (15,2%) e, à medida que aumenta a escolaridade (nível superior), a forma Indeterminada é mais frequente. Observa-se que as reações hansênicas ocorrem com maior incidência entre as mulheres (63%). A avaliação do grau de incapacidades no diagnóstico apresentou maior percentual na forma Indeterminada, sem incapacidades instalada (63,3%), enquanto nos graus 2 e 3 o percentual maior é na forma Virchoviana (34%). Constata-se que o maior percentual de incapacidades graus 2 e 3 ocorreram nos pés (14,8%), seguido das mãos (13,2%) e olhos (7,6%), o que sinaliza a importância de valorizar e implementar as ações de PI nos membros inferiores e superiores. Quanto à recuperação dos doentes com grau 1 (anestesia) no diagnóstico, (46,3%) recuperaram para grau 0 e (48,4%) mantiveram-se no grau 1, sem evoluir para incapacidades mais severas (deformidades). Nos doentes com grau 2 e 3 de incapacidades no diagnóstico, verifica-se

percentual maior de manutenção nesses graus (62,8% e 40% respectivamente), o que demonstra a dificuldade de recuperar as incapacidades mais avançadas. Quanto ao percentual de piora, para os doentes diagnosticados no grau 1, e no 2, foi baixa, com um percentual de 7,2%. Portanto, não são todos os doentes que conseguiram recuperar-se, o que demonstra a complexidade das Ações da Prevenção de Incapacidades, pois a mesma é fruto de vários fatores, tais como: interação entre o doente e o profissional, incorporação do autocuidado, maior escolarização, efetivação das Ações de Controle da Hanseníase de forma global, com descentralização das ações de PI e avaliação continuada.

Unitermos: Hanseníase; Serviço de Saúde; Epidemiologia-Control; Enfermagem em Saúde Pública.



1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Introduz-se a patologia e imunologia da hanseníase e apresentam-se os indicadores epidemiológicos e operacionais, por meio de tabelas e figuras, que assinalam a relevância deste problema de saúde pública em âmbito mundial, nacional, estadual e local, correlacionando-o com as Ações de Controle de Hanseníase em geral e especificamente sobre as incapacidades detectadas.

A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa granulomatosa causada pelo *Mycobacterium leprae*, identificado no Brasil como *Mycobacterium hansenii* ou Bacilo de Hansen. O bacilo atinge a pele e nervos e causa sérias incapacidades físicas e sociais quanto mais tardio for o seu diagnóstico e tratamento. O contágio se dá no contato entre indivíduos sadios e casos contagiantes da doença (multibacilares) sem tratamento (BRASIL, 1999a).

Trata-se de uma doença de evolução insidiosa e crônica, sujeita a episódios de agudização (BRASIL, 1994).

Segundo ROTBERG (1977), pouco se sabe sobre a suscetibilidade genética das pessoas à infecção pelo *Mycobacterium leprae*. Estima-se que a grande maioria (cerca de 90%) da população é geneticamente resistente à infecção pelo bacilo e entre a população suscetível somente uma parte desenvolve a doença.

Atualmente, segundo TERCENIO *et al* (1999, p.87). “A hanseníase tem-se constituído um paradigma no estudo da imunologia clínica”. Trata-se de uma enfermidade de baixa patogenicidade, cuja evolução e exacerbação varia de acordo com a resposta imunológica do doente. Portanto, os fenômenos desta doença são mal definidos e não estão completamente elucidados.

O diagnóstico da hanseníase deve ser realizado precocemente, com base nas manifestações clínicas da doença, como os sintomas neurológicos; sinais cutâneos; a duração, localização e evolução das lesões e a história epidemiológica do caso, incluindo a procedência do doente e a provável fonte de infecção. Deverá ser realizado o exame dermatoneurológico, que engloba a identificação de manchas, nódulos, infiltrações, placas, alopecias localizadas, úlceras, calosidades, pesquisa de sensibilidade nas lesões ou áreas suspeitas, palpação dos principais nervos acometidos, verificação da integridade anatômica e avaliação motora da face, mãos e pés (BRASIL, 1994).

A classificação clínica dos casos de hanseníase deverá ser fundamentada nos critérios da classificação de Madri, datada de 1953, nas seguintes formas: Indeterminada (I), Tuberculóide (T), Dimorfa (D) e Virchoviana (V) (SÃO PAULO,1999).

Os bacilos de hansen têm um tropismo especial pelos nervos periféricos, atingindo desde as terminações da derme aos troncos nervosos. A neuropatia da hanseníase é clinicamente uma neuropatia mista, e compromete fibras nervosas sensitivas, motoras e autonômicas. A sensibilidade é alterada em suas modalidades térmica, dolorosa e tátil (BRASIL, 1997).

A resposta imunológica do tecido em presença do bacilo pode ser muito variada, desde uma mínima resposta, sem alterações funcionais, até uma resposta intensa, com infiltração granulomatosa de todo o parênquima neural, resultando em destruição importante do nervo, com nítidas alterações de sua função (BRASIL, 1997).

A hanseníase apresenta uma vasta distribuição geográfica, prevalecendo nas regiões tropicais e subtropicais, com maior ocorrência nos países subdesenvolvidos, que mantêm níveis elevados, tornando-se endêmicos da doença (TALHARI & NEVES, 1998).

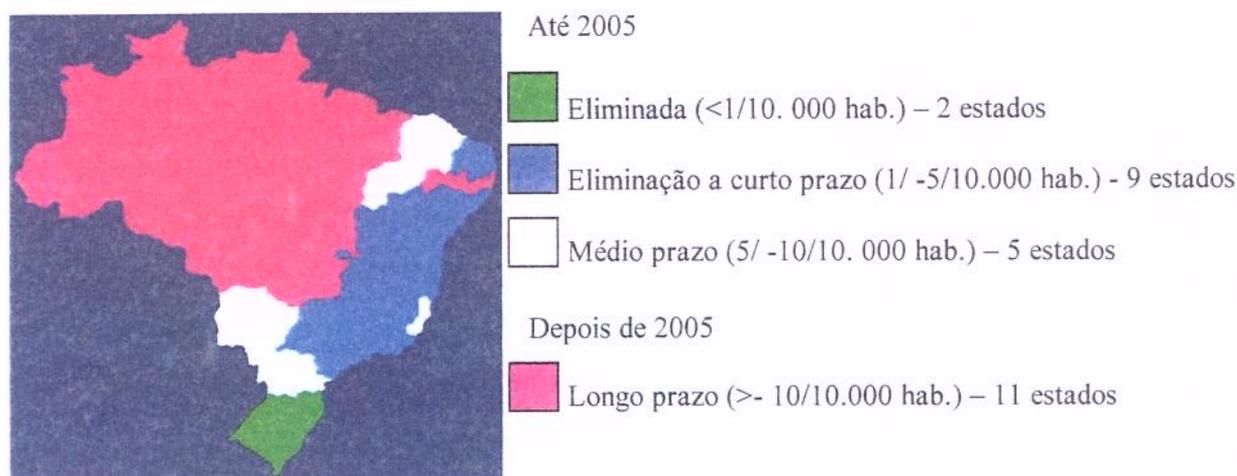
Como a hanseníase é uma doença transmissível crônica de evolução lenta, a cadeia de transmissão ainda se faz presente no mundo e no Brasil. Conta com mais de 800.000 doentes espalhados por todos os continentes, e as Américas ocupava o segundo lugar, em 1997, com prevalência de 1,6/10.000 hab. e detecção de 5,3/10.000 hab. (OMS,1998).

Segundo os dados de 1998, a hanseníase continua como um problema de Saúde Pública em 32 países, dentre os quais 16 contribuem para 92% dos casos, de hanseníase, no mundo: Índia, Brasil, Indonésia, Bangladesh, Nigéria, Mianmar, Moçambique, República Democrática do Congo, Nepal, Etiópia, Madagascar, Sudão, Filipinas, Guiné, Nigéria e Camboja (OMS, 1998).

Em 1991, a OMS, considerando os resultados da queda do número de casos registrados, decorrentes da implantação do esquema de Poliquimioterapia, como uma nova proposta de tratamento efetivo na cura da hanseníase, juntamente com os países de alta endemicidade da doença assumiu o compromisso de tentar baixar o número de casos na população para menos de 1 em cada 10.000 habitantes até o ano 2000 (SÃO PAULO, 1995).

O Brasil não conseguiu atingir essa taxa, devido aos altos índices de prevalência e detecção ainda existentes, principalmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste. Dois Estados já alcançaram a eliminação da doença, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, e pelo menos cinco Estados estão em vias de eliminação, Paraná, São Paulo, Distrito Federal, Alagoas e Rio Grande do Norte (BRASIL, 1999b).

A Figura 1 apresenta o mapeamento dos Estados citados com relação à proposta de eliminação da hanseníase até e após 2005.



Fonte: MS. ATDS. SPS. DGPE. IBGE. 1999a

Figura 1 - Estados brasileiros com relação à eliminação da hanseníase até e após 2005

Em reunião promovida pela OMS, em Abdjan, na Costa do Marfim, em 1999, o Brasil assumiu novo compromisso: eliminar a doença até o final do ano 2005, quando pelo menos 16 estados do país, que representam 80% da população brasileira e que detêm 48% e 45% da prevalência e da detecção, respectivamente, deverão alcançar esta meta de eliminação. Dessa forma, a hanseníase deixará de ser um importante problema de Saúde Pública (BRASIL, 1999b).

Nos últimos 10 anos foram curados mais de 10 milhões de doentes no Mundo, dos quais 300.000 no Brasil (SÃO PAULO, 2000).

A hanseníase é uma doença de alta magnitude, pois ainda há um elevado número de doentes, mais de 80.000, no Brasil. o que confere ao país o segundo lugar no mundo em números absolutos de doentes, estando a Índia em primeiro lugar (NOGUEIRA, 1995).

Observa-se que a cada ano se descobrem muitos casos novos. Em 1999, foram quase 40.000 casos novos em todo o país; portanto, o coeficiente de detecção mantém-se elevado, o que caracteriza a hanseníase como importante endemia nacional (GUISARD & BARTOLOMUCCI, 2000).

Com a evolução científica da terapêutica da hanseníase, na década de 90, foi implantada a Poliquimioterapia (PQT), com a inclusão de duas outras drogas (Rifampicina e Clofazimina), devido à resistência surgida à Dapsona. Esta nova abordagem com o doente de hanseníase enfatiza os aspectos biopsicossociais, (atende o doente integralmente) necessitando, para tanto, de uma equipe multiprofissional devidamente treinada para prestar assistência de forma adequada. O programa valoriza ainda a Prevenção de Incapacidades (PI), sendo necessária a capacitação técnica dos profissionais.

Com a PQT, o tempo de tratamento diminuiu para 6 meses a 2 anos, dependendo das formas clínicas, curando-se mais rapidamente os doentes e obtendo-se, conseqüentemente, uma diminuição significativa dos coeficientes de prevalência. Portanto, com a eficácia do tratamento da PQT, curando praticamente todos os doentes, a vulnerabilidade (existência de meios para combater a doença) aumentou (LANA, 1997).

A Tabela 1 e a Figura 2 apresentam os coeficientes de detecção e prevalência no Brasil, no período de 1988 a 1999.

Tabela 1 - Casos detectados, coeficiente de detecção, prevalência e coeficiente de prevalência de hanseníase distribuídos por ano, no Brasil, de 1988 a 1999

Ano	Detecção	Coef. Detecção	Prevalência	Coef. Prevalência
1988*	25530	1,8	255689	18,0
1989	27837	1,9	266578	18,1
1990	28482	1,9	278692	18,5
1991	30094	2,0	250066	17,1
1992	34451	2,3	228775	15,3
1993	32988	2,1	197588	13,0
1994	32793	2,1	158334	10,5
1995	35922	2,3	137908	8,8
1996	39928	2,5	105520	6,7
1997	44436	2,7	88115	5,5
1998	42055	2,6	78699	4,8
1999	41119	2,5	83180	5,7

Fonte: Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária - CENEPI

(*) - Dados parciais, devido à ausência de informações

Coeficiente de detecção e prevalência por 10.000/hab.

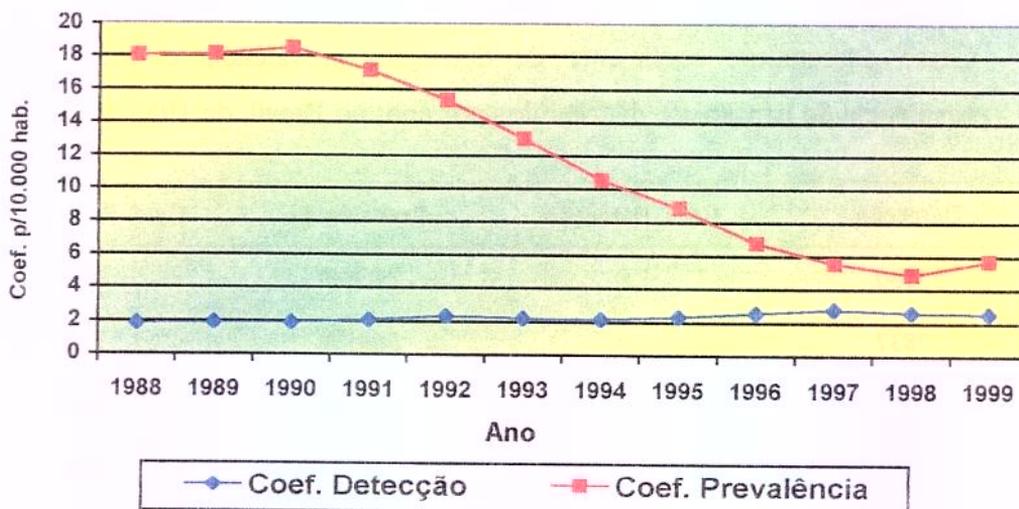
Legenda:

Coeficiente de detecção/10.000 habit.

Muito alto	- 4.0 — 2.0
Alto	- 2.0 — 1.0
Médio	- 1.0 — 0.2
Baixo	- < 0.2

Coeficiente de prevalência/10.000 habit.

Muito alto	- 20.0 — 10.0
Alto	- 10.0 — 5.0
Médio	- 5.0 — 1.0
Baixo	- < 1.0



Fonte: Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária - CENEPI

Coeficiente de detecção e prevalência por 10.000/hab.

Figura 2 -Coeficientes de detecção e prevalência de hanseníase distribuídos por ano, Brasil, 1988 a 1999

A análise de uma série histórica da evolução da hanseníase no Brasil revela que o coeficiente de detecção em 1990 é alto, passando, em 1991, para muito alto, e mantendo este coeficiente até 1999.

Quanto ao coeficiente de prevalência, demonstrado na Figura 2, percebe-se uma diminuição significativa no período de 1988 a 1997, com um incremento discreto de 1998 para 1999.

Os dados indicam que o coeficiente de prevalência no Brasil, em 1991, era de 17,1 doentes a cada 10.000 habitantes e, em 1998, de 4,8 doentes. Portanto, a redução da taxa de prevalência foi de mais de 300% (BRASIL, 1999b), devido à implantação da PQT, em 1990, em grande escala, para todo o território nacional.

A queda significativa dos dados (Figura 2), em 1990, justifica-se porque a nova diretriz de tratamento previa o estudo de todos os casos em registro ativo, por meio de um critério segundo o qual eram definidos os doentes que receberiam alta por cura e os que seriam incluídos na PQT, diminuindo-se assim o coeficiente de prevalência.

A Tabela 2 e a Figura 3 apresentam estes mesmos indicadores, anteriormente discutidos para todo o país, especificando agora o Estado de São Paulo.

Tabela 2 - Casos detectados, prevalência e respectivos coeficientes de hanseníase distribuídos por ano, no Estado de São Paulo de 1989 a 1999

Ano	Deteção	Coef. Deteção	Prevalência	Coef. Prevalência
1989	3177	1,0	39479	12,0
1990	3303	0,9	41091	11,6
1991	3276	0,9	40139	11,8
1992	2983	0,9	30122	8,8
1993	2927	0,8	24481	7,4
1994	2929	0,8	17536	5,8
1995	2619	0,7	14572	4,3
1996	2901	0,8	10013	2,9
1997	2913	0,8	7601	2,2
1998	2505	0,8	6218	1,8
1999	2819	0,7	6431	1,8

Fonte: Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária - CENEPI

(*) - Dados parciais, devido à ausência de informações

Coeficiente de deteção e prevalência por 10.000/hab.

Legenda:

Coeficiente de deteção/10.000 habit.

Muito alto - 4.0 —| 2.0

Alto - 2.0 —| 1.0

Médio - 1.0 —| 0.2

Baixo - < 0.2

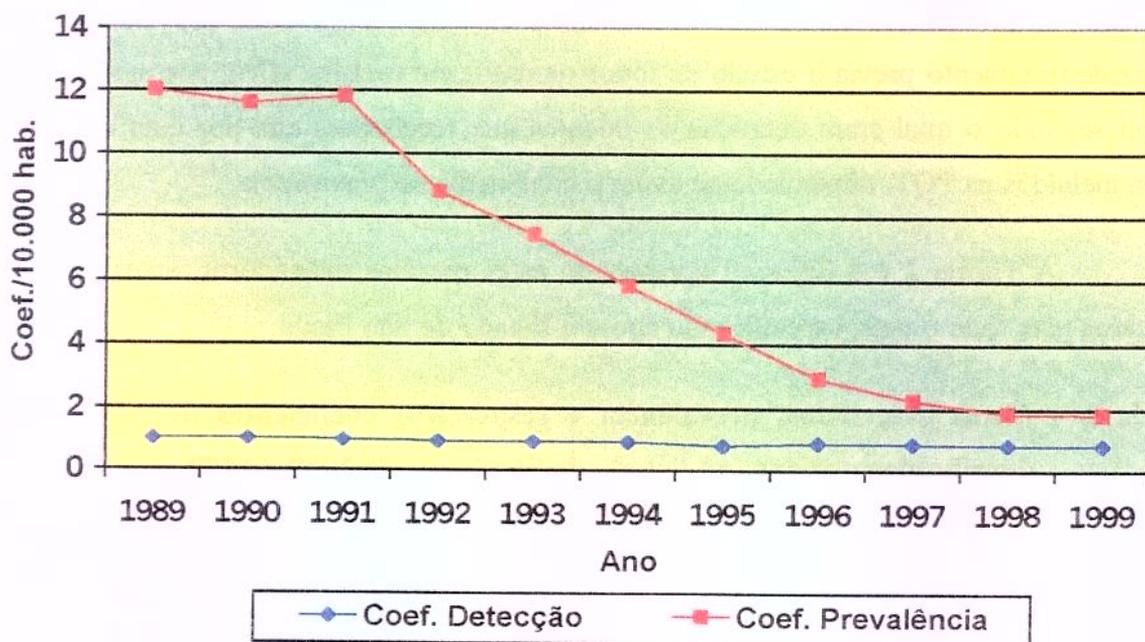
Coeficiente de prevalência/10.000 habit.

Muito alto - 20.0 —| 10.0

Alto - 10.0 —| 5.0

Médio - 5.0 —| 1.0

Baixo - < 1.0



Fonte: SES-SP/CVE - Divisão Técnica Hanseníase

Figura 3 - Coeficientes de detecção e prevalência de hanseníase distribuídos por ano, no Estado de São Paulo, 1989 a 1999

No Estado de São Paulo tínhamos, em 1999, mais de 6.000 casos registrados, e descobrimos quase 3 000 casos novos a cada ano, com uma detecção de 0,79 e prevalência de 1,80 / 10.000 habitantes.

A Figura 3 apresenta uma queda significativa nos coeficientes de prevalência, semelhante à ocorrida no Brasil. Quanto ao coeficiente de detecção, identifica-se uma diferença no Estado de São Paulo, coeficiente médio, enquanto no Brasil é muito alto. Tal diferença pode estar relacionada às desigualdades sociais, bem como às diversidades organizacionais nos serviços, das ações de Controle da hanseníase, em âmbito nacional e estadual.

Cabe ressaltar que o Estado de São Paulo sempre desenvolveu ações políticas de saúde (controle epidemiológico, normatização do atendimento, capacitação dos recursos humanos, etc.) voltadas para o controle da endemia hanseníase, servindo inclusive de parâmetro para outros Estados do Brasil, o que justifica a manutenção do coeficiente de detecção médio (BRASIL, 2001b).

Na Tabela 3 e na Figura 4, os coeficientes de detecção e prevalência da DIR XXIV de Taubaté, no período de 1990 a 1999.

Tabela 3 - Casos detectados, coeficiente de detecção e prevalência de hanseníase distribuídos por ano, na DIR XXIV de Taubaté, de 1990 a 1999

Ano	Detecção	Coef. Detecção	Prevalência	Coef. Prevalência
1990	163	2,1	1158	14,9
1991	190	2,4	1103	13,9
1992	179	2,2	703	8,7
1993	154	1,9	509	6,2
1994	145	1,8	423	5,1
1995	132	1,6	312	3,7
1996	133	1,6	296	3,5
1997	133	1,6	292	3,4
1998	89	1,0	214	2,5
1999	106	1,2	252	2,9

Fonte: SINAN - Vigilância Epidemiológica DIR XXIV Taubaté

Coeficiente de detecção e prevalência por 10.000/hab.

Legenda:

Coeficiente de detecção/10.000 habit.

Muito alto - 4.0 —| 2.0

Alto - 2.0 —| 1.0

Médio - 1.0 —| 0.2

Baixo - < 0.2

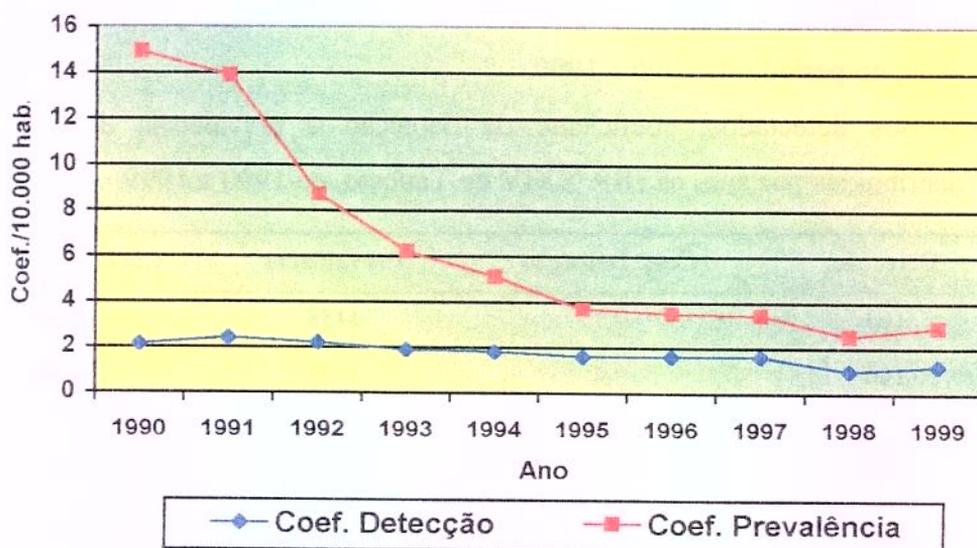
Coeficiente de prevalência/10.000 habit.

Muito alto - 20.0 —| 10.0

Alto - 10.0 —| 5.0

Médio - 5.0 —| 1.0

Baixo - < 1.0



Fonte: SINAN - Vigilância Epidemiológica DIR XXIV Taubaté

Figura 4 - Coeficientes de detecção e prevalência, de hanseníase distribuídos por ano, na DIR XXIV de Taubaté, de 1990 a 1999

Na Divisão Regional de Saúde de Taubaté (DIR XXIV), verifica-se que o coeficiente de detecção era muito alto (1990 a 1992) e que, nos demais anos, até 1999, manteve-se alto. Estes dados diferem do Brasil e do Estado de São Paulo, que apresentam o indicador muito alto e médio, respectivamente.

Os dados sugerem que há uma endemia sem controle e que os serviços de atenção básica estão descobrindo casos novos.

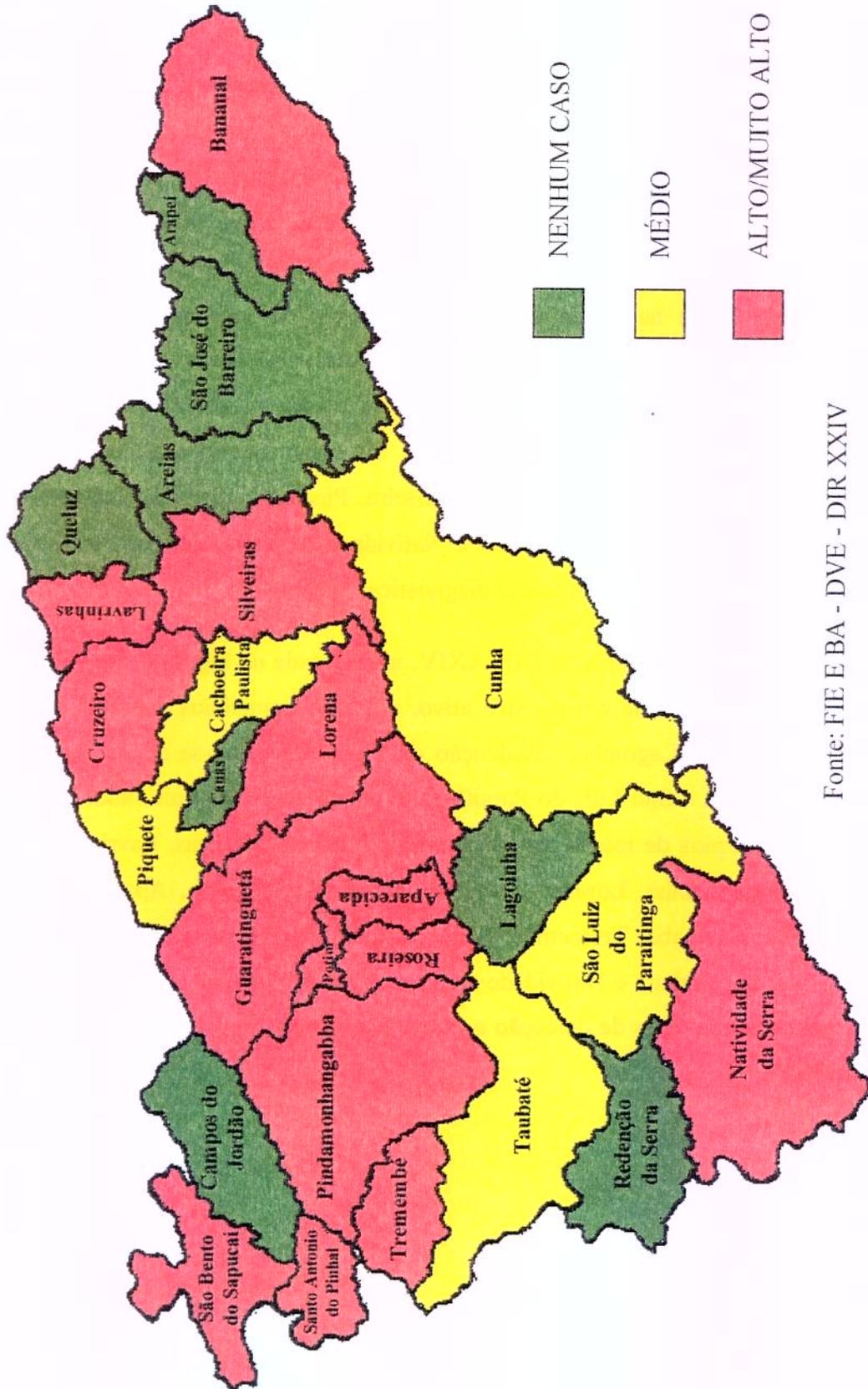
Quanto à prevalência, verifica-se que os dados são semelhantes à ocorrida no Estado de São Paulo e Brasil, com queda significativa.

A Regional de Saúde da DIR XXIV é composta por 27 municípios, e o município de Taubaté é referência de vários programas, inclusive a hanseníase, portanto, sente-se a necessidade de caracterizar-se a endemia nesta região.

Segundo GUIARD & BARTOLOMUCCI (2000), as características da detecção de casos novos, apresentados na Figura 5 são identificadas nos municípios que compõem a região da DIR XXIV, no ano de 1999, e estes municípios podem ser ordenados em: os que apresentam, de maneira geral, não detecção de casos novos, com alta rotatividade de médicos vinculados ao atendimento ambulatorial e poucos profissionais experientes no diagnóstico e tratamento da hanseníase, como Arapeí, Areias, Canas, Lagoinha, São José do Barreiro, Redenção da Serra, Queluz e Campos do Jordão; aqueles cujos dados mantêm-se na média e, sugerem controle da endemia, mas nos quais há necessidade de aprofundamento em questões operacionais, como Cachoeira Paulista, Cunha, Piquete, São Luiz do Paraitinga e Taubaté; e, ainda, os que apresentam coeficiente de detecção alto e muito alto são: Bananal, Silveiras, Lavrinhas, Cruzeiro, Lorena, Guaratinguetá, Potim, Aparecida do Norte, Roseira, Pindamonhangaba, Tremembé, Santo Antônio do Pinhal, São Bento do Sapucaí e Natividade da Serra, demonstrando que estão sensibilizados para efetuarem a suspeição diagnóstica.

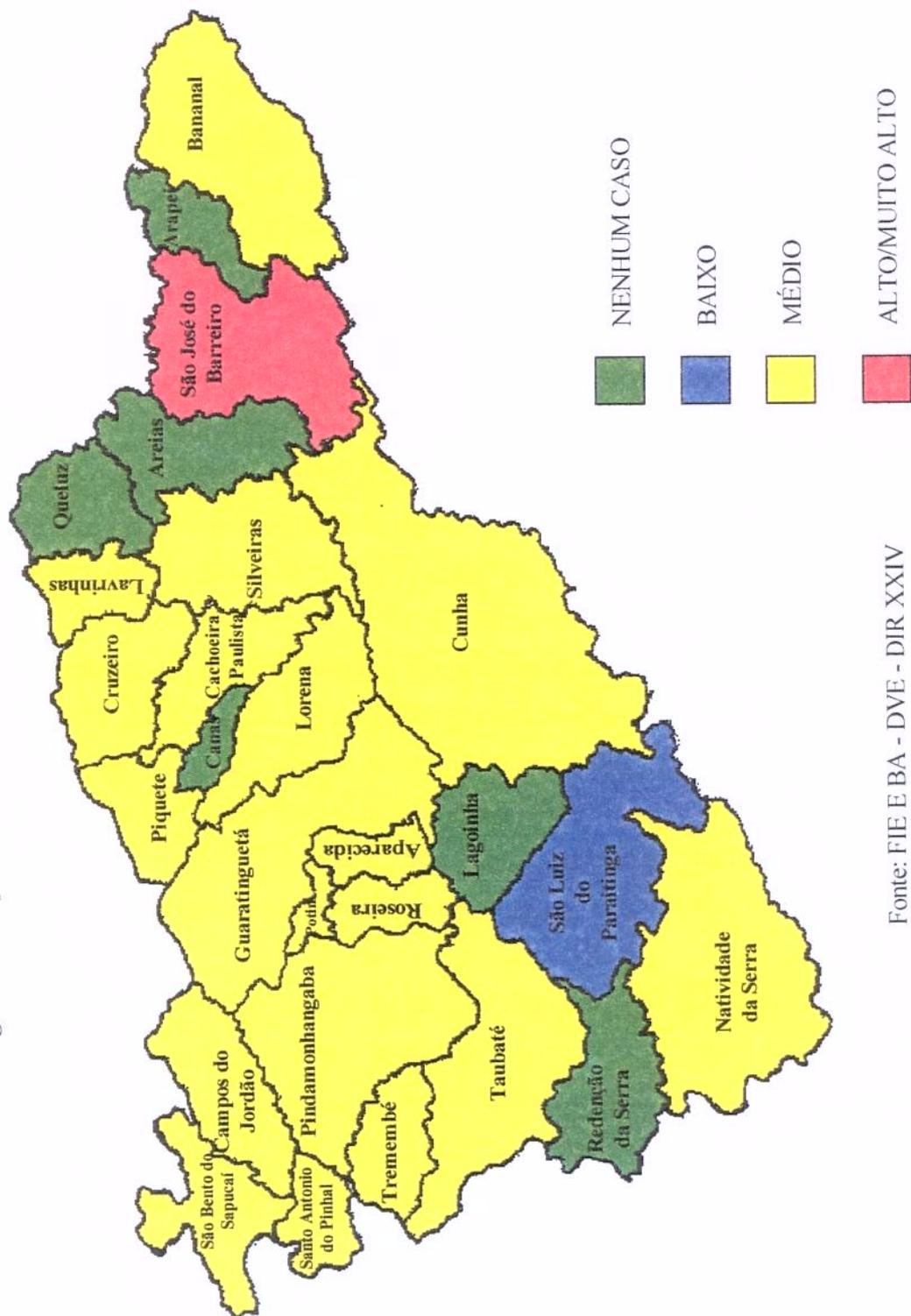
Quanto à prevalência na DIR XXIV, apresentada na Figura 6, verifica-se que os municípios sem nenhum caso em registro ativo, portanto municípios zerados, são: Arapeí, Areias, Queluz, Canas, Lagoinha e Redenção da Serra. Encontra-se apenas um município com baixa prevalência – São Luiz do Paraitinga, e um com alta ou muito alta, –São José do Barreiro. Os municípios de média prevalência são: Bananal, Silveiras, Lavrinhas, Cruzeiro, Cachoeira Paulista, Cunha, Lorena, Guaratinguetá, Potim, Piquete, Aparecida do Norte, Roseira, Pindamonhangaba, Tremembé, Santo Antonio do Pinhal, São Bento do Sapucaí, Campos do Jordão, Taubaté e Natividade da Serra. A seguir apresentam-se as figuras 5 e 6, que mostram os coeficientes de detecção e prevalência nos municípios pertencentes à DIR XXIV, em 1999.

Figura 5 - Mapa da DIR XXIV - 1999. Coeficiente de Detecção - HANSENÍASE



Fonte: FIE E BA - DVE - DIR XXIV

Figura 6 - Mapa da DIR XXIV - 1999. Coeficiente de Prevalência - HANSENIASE



Na DIR XXIV de Taubaté, verifica-se que, entre os 27 municípios, no ano de 1999, não houve detecção de casos novos em oito deles. Nos municípios que vêm apresentando oscilações em nível médio, ou nenhum caso, há necessidade de uma intervenção sistematizada nas atividades, para verificar-se a veracidade das informações registradas, que podem caracterizar endemia oculta, controle da endemia ou atingimento da meta da OMS, que é de menos de um caso para 10.000 habitantes.

Em Taubaté existiam, em 1999, em registro ativo, 71 casos, e o número de casos novos detectados no ano foi de 20, o que confere ao município coeficientes de detecção de 0,9% e prevalência de 3,1/10.000 habitantes (SÃO PAULO, 2000). Nota-se, na análise dos dados epidemiológicos, que, embora conte com uma equipe de trabalho há 10 anos, no ARE Taubaté, em 1999, os coeficientes de prevalência e detecção mantêm-se médios, epidemiologicamente a endemia se faz presente, e o município ainda está distante de atingir a meta da OMS: menos de um caso para 10.000 habitantes. Outro dado relevante: é que o diagnóstico no ARE Taubaté continua sendo tardio (formas polarizadas da doença), com maior propensão de manter-se a cadeia de transmissão da doença, bem como o aumento de risco de o doente ser diagnosticado com incapacidades já instaladas.

O tratamento da hanseníase sofre influências socioculturais subjetivas tão imprescindíveis quanto às físicas, tornando a terapêutica muito mais complexa do que a simples administração de drogas, mesmo quando bem indicadas (LANA, 1993).

A doença constitui sério problema de saúde, do ponto de vista físico, psicológico, econômico e social, tendo em vista sua evolução prolongada e grande potencial incapacitante. Exige-se, mesmo após a cura pelo tratamento medicamentoso o acompanhamento dos doentes de hanseníase, visando à prevenção e ou reabilitação das incapacidades.

Portanto, apesar do coeficiente de morbidade da hanseníase ser baixa, quando comparada com a de outras doenças, verifica-se que a transcendência é alta, devido aos aspectos históricos da doença (estigma), à ausência de tratamento durante séculos (confinamento), ao fato de a maior parte dos casos serem diagnosticados na forma mais avançada, com aumento do risco de incapacidades instaladas, podendo gerar sofrimento humano e conseqüências sociais graves (LOMBARDI, 1990).

A Prevenção de Incapacidades utiliza como instrumento de avaliação o formulário para registro de incapacidades físicas, classificadas em graus que indicam a gravidade do comprometimento (BRASIL, 1994). São atribuídos os graus: 0 (nenhum problema com as mãos, pés e olhos devido a hanseníase), 1 (anestesia das mãos, pés ou olhos) 2 (mãos - úlceras e lesões traumáticas, garra móvel e reabsorção discreta; pés - úlceras tróficas, garra de artelhos, pé caído e reabsorção discreta; olhos - logofalmo e ou ectrópio, triquiase e opacidade corneana) e 3 (mãos - mão caída, articulação anquilosada e reabsorção intensa; pés - contratatura, reabsorção intensa e olhos - acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6 m). O instrumento de avaliação e grau de incapacidade está referendado nas página 35 a 45, com mais detalhes.

As Tabelas 4 e 5 mostram os graus de incapacidades, no Brasil e no Estado de São Paulo, no período de 1990 a 1996. Os dados de 1997 a 1999 não foram trabalhados por serem provisórios e sujeitos a revisão, e, também, devido às mudanças ocorridas no sistema de informação epidemiológica.

Tabela 4 - Casos novos de hanseníase segundo o Grau de Incapacidades, no Brasil, 1990-1996

Ano	Grau de incapacidades						Total
	Grau 0		Grau 1		Grau 2 e 3		
	N	%	N	%	N	%	
1990	14.994	72	3.841	19	1.862	9	20.697
1991	15.132	73	3.709	18	1824	9	20.665
1992	20.653	75	4.434	16	2.356	9	27.443
1993	21.284	75	4.964	17	2.285	8	28.533
1994	21.425	75	5.088	18	2.203	8	28.716
1995	25.002	77	5.013	16	2.286	7	32.301
1996	26.896	78	5.379	16	2.248	7	34.523

Fonte: CNDS/CENEPI/FNS/MS

Tabela 5 - Casos novos de hanseníase segundo o Grau de Incapacidades no Estado de São Paulo, 1990-1996

Ano	Grau de incapacidades						Total
	Grau 0		Grau 1		Grau 2 e 3		
	N	%	N	%	N	%	
1990	2.302	72	562	18	313	10	3.177
1991	2.043	66	665	21	410	13	3.118
1992	1.777	63	635	23	407	14	2.819
1993	1.631	61	739	28	295	11	2.665
1994	1.506	59	749	30	277	11	2.532
1995	1.491	63	642	27	248	10	2.381
1996	1.556	61	716	28	271	11	2.543

Fonte: CNDS/CENEPI/FNS/MS

Quanto ao grau de incapacidades identificado nos casos novos, no Brasil os dados se mantêm, no período 1990 a 1996, com maior percentual de doentes sem incapacidade (grau 0) e menor percentual de graus 2 e 3 (deformidades).

No Estado de São Paulo, os dados também apresentam pequenas oscilações no período de 1990 a 1996; no entanto, quando comparados com os do Brasil, verifica-se que o percentual de grau 0 é menor e que o dos graus 2 e 3 são maiores. No município de Taubaté em 1996, a somatória dos graus 1, 2 e 3 foi de 36,6%. Portanto, identifica-se, em 1996, que, no somatório dos graus 1, 2 e 3, o percentual de incapacidade é significativo, sendo de 23% no Brasil, 39% no Estado de São Paulo e 36,6% em Taubaté. Tais percentuais sugerem que as ações de PI, tanto de diagnóstico quanto de intervenção, não estão implantadas de forma uniforme em todo o Brasil.

Verifica-se que, no Estado de São Paulo e município de Taubaté, tem-se um Programa sistematizado para implantar e implementar as ações de PI nos vários municípios, desde 1989, tendo sido dinamizadas em treinamentos ocorridos em 1995 PEDRAZZANI *et al.*, (1998), o que justifica este maior percentual de detecção de incapacidades.

Estes dados encontrados sugerem também, que detecção de casos novos é tardia, devido ao percentual significativo de graus 2 e 3.

Quanto à DIR XXIV, não existe um estudo detalhado das ações de PI, desconhecendo-se os serviços que desenvolvem essas atividades; ao mesmo tempo, sabe-se que alguns municípios desenvolvem ações, mas não contam, atualmente, com supervisão continuada, o que não favorece o processo de descentralização da atenção aos doentes.

A motivação de realizar este estudo deve-se ao fato de esta pesquisadora ter iniciado sua experiência profissional no Programa de Hanseníase há 19 anos, em um Centro de Saúde I, onde implantou a Prevenção de Incapacidades em 1984. Propôs mudanças na sala de curativos, e tornou este atendimento comum a todos os usuários do serviço, desenvolvendo consciência da importância da Prevenção de Incapacidades para os funcionários, doentes e seus familiares.

Diante da importância de avaliar 100% dos casos novos detectados, frente à situação epidemiológica e às incapacidades físicas apresentadas, sentiu-se a necessidade de desenvolver esta pesquisa, tendo como campo de estudo Taubaté, um município que é referência regional e qual tem este serviço implantado desde 1984, aprimorado em 1990, com a implantação da PQT, e normatizado a partir de 1994, conforme a programação nacional.

Para melhor elucidar a delimitação do problema, sentiu-se a necessidade de aprofundar os conhecimentos na história da hanseníase com ênfase na PI, na fisiopatologia e epidemiologia das incapacidades, nas ações programáticas no controle da endemia hanseníase e na caracterização do ARE.

1.1. HISTÓRIA DA HANSENÍASE COM ÊNFASE NA PREVENÇÃO DE INCAPACIDADES (PI)

Realizando uma retrospectiva histórica da hanseníase, identifica-se que, nos primórdios, era definida como Lepra, sendo considerada como uma das mais antigas doenças da humanidade. Era conhecida entre os egípcios, entre os habitantes da Índia e descrita em documentos sobre a cultura e a vida de várias outras civilizações antigas. Costumava-se conceitua-la como: lepra, morfêia, *MORBUS PHENICIUS*, *ELEFANTÍASIS GRAECORUM*, *TSARAATH* (hebreus), embora atualmente, com a evolução da ciência, algumas dessas doenças não sejam reconhecidas como hanseníase (ORNELLAS, 1997).

Na história da civilização Ocidental há inúmeros exemplos de repulsa, nojo e medo dos leprosos, assim como exemplos das condutas tomadas pela sociedade, como as agressões, segregação e expulsão. Na tradição judaico-cristã existiam rígidas leis de purificação dos hebreus, contidas no Levítico, que mantinham e reforçavam o significado religioso e reconheciam a lepra, bem como as doenças em geral, como castigo de Deus. Essa concepção perpetuou-se, ao longo dos séculos (ORNELLAS, 1997).

A lepra deformava e mutilava, e isso ocorria com maior freqüência na Antigüidade, quando se desconhecia o tratamento eficaz para os comprometimentos neurais. O impacto inicial, causado pela visão do leproso deformado, denotava que a doença era incurável, progressiva e repulsiva, capaz de ser transmitida de uma pessoa para outra, o que incluía os leprosos em um grupo estigmatizado (ORNELLAS, 1997).

Os primeiros leprosários apareceram, no Ocidente, no século XI, com o objetivo de segregar os doentes. Os leprosários se multiplicaram, em poucos anos, por toda a Europa. Na maioria dos casos, no entanto, a segregação obedecia às normas carcerárias, e as condições de vida dos doentes eram péssimas, senão insuportáveis. A assistência prestada nessas instituições resumia-se a cuidados básicos, não havendo referência a terapêuticas específicas. A partir do século XII, a Igreja empenhou-se intensamente na multiplicação e na melhoria das casas de recolhimento dos leprosos (ORNELLAS, 1997).

Ao final do século XIV, a prevalência da lepra diminui na Europa Ocidental e os leprosários começavam a ser desativados, sendo esse declínio atribuído à melhoria nos padrões de vida da população. As causas mais significativas da queda da doença

provavelmente foram o fim das Cruzadas, ou o fim da ocupação muçulmana e a interrupção das rotas orientais do comércio. No entanto, a endemia persistia na África e Ásia, tendo sido introduzida no Novo Mundo a partir das conquistas espanholas e portuguesas e da importação de escravos africanos. No Brasil, os primeiros casos foram notificados em 1600, na cidade do Rio de Janeiro, e as primeiras iniciativas do Governo Colonial só foram tomadas oficialmente dois séculos depois, com a regulamentação do combate à doença (ORNELLAS, 1997).

Em 1874, o médico botânico norueguês Gerhard Armauer Hansen demonstrou, pelo exame a fresco, nas chamadas células leprosas de Virchow e nos nódulos cutâneos do doente, o agente da infecção (QUEIROZ & PUNTEL, 1997).

Em fins do século XIX e começo do século XX, a hanseníase passou a ser alvo de maior atenção. No Brasil, principalmente nas cidades do Rio de Janeiro e em São Paulo, em que se optou, conforme os exemplos de outros países, pela criação de instituições para confinar os doentes de hanseníase (lazaretos) (DUERKSEN & VIRMOND, 1997).

Muitas drogas foram utilizadas experimentalmente para o tratamento da doença, dentre as quais se destaca o óleo de chaulmoogra que, era o tratamento de escolha no Oriente, posteriormente introduzido na Europa em meados do século XIX, e, poucas décadas após, adotado no Hospital dos Lázaros no Rio de Janeiro. No entanto, apesar do uso universal deste tratamento, não houve comprovação de sua eficácia (QUEIROZ & PUNTEL, 1997).

Na metade do século XX, o estudo da hanseníase ocorria nos próprios lazaretos, locais que abrigavam os doentes, verifica-se, nessa época, que o diagnóstico clínico bacteriológico e histopatológico eram bem definidos e estudados. Considerava-se que a infecção atingia os troncos nervosos a partir das lesões existentes na pele, utilizando os filetes nervosos como trajeto; portanto, o comprometimento neural era secundário, levando a alterações sensitivas e tróficas, incluindo as úlceras perfurantes, necroses e lesões ósseas neuropáticas e mutilações. Acreditava-se que a evolução e acometimento neuropático, dependiam da resistência imunológica da pessoa e do tratamento eficaz na destruição do agente causador (DUERKSEN & VIRMOND, 1997).

No Brasil, Emílio Ribas, Oswaldo Cruz e Alfredo da Matta foram os principais nomes que, ao denunciarem o descaso do combate à endemia pelas autoridades sanitárias, trouxeram o reconhecimento do problema e a adoção de medidas legais para implementar o isolamento compulsório dos doentes (QUEIROZ & PUNTEL, 1997).

Com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública em 1920, foi instituída a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, que tinha como medidas, respaldadas por lei: notificação compulsória e censo dos leprosos; fundação de asilos e colônias destinados aos doentes pobres; isolamento domiciliar aos que se sujeitassem à vigilância médica; vigilância sanitária dos contatos e suspeitos da doença; isolamento dos filhos dos leprosos em locais adaptados; proibição da importação da lepra do estrangeiro; notificação de mudanças de residência de leprosos e de sua família; desinfecção pessoal dos doentes, de seus cômodos e objetos de uso pessoal; rigoroso asseio das casas ocupadas pelos doentes; proibição ao doente de exercer profissão ou atividades que pusessem em risco a coletividade, como ser ama de leite, freqüentar igrejas, teatros e casas de divertimentos ou lugares públicos e viajar em veículos sem prévio consentimento da autoridade competente (QUEIROZ & PUNTEL, 1997).

Os Estados de São Paulo e do Rio de Janeiro foram os que adotaram mais consistentemente essas medidas, com um número significativo de colônias e de doentes confinados. No entanto, o isolamento dos doentes foi uma iniciativa que não se revelou capaz de controlar a endemia; pelo contrário, contribuiu para aumentar o medo e o estigma associado à doença.

A partir dos anos 30, a Inspetoria da Profilaxia da Lepra perdeu sua força, após o período de regulamentação e definições de metas, pois não houve sustentação política para colocar na prática suas propostas e serviços. Sem atingir suas finalidades, burocratizou-se, como tantos outros serviços. As ações um pouco mais efetivas vieram dos Estados economicamente mais ricos, com um reduzido apoio federal (QUEIROZ & PUNTEL, 1997).

A experimentação de produtos e processos terapêuticos para controle da Lepra somente foi regulamentada em 1944, por uma portaria do Serviço Nacional da Lepra, que não fazia menção à concordância dos doentes em participarem das experiências.

Uma das dificuldades do doente de hanseníase ser ou não assíduo ao tratamento poderia residir no fato de a terapêutica ser padronizada pelos órgãos públicos e definida pelos profissionais de saúde como algo impositivo para se fazer cumprir, não considerando que o doente também deveria participar de uma forma mais dinâmica na definição dessa terapêutica.

Após a segunda metade do século XX, com a Instituição da Campanha Nacional contra a Lepra, em 1956, apresentaram-se as principais idéias que subsidiavam a política sanitária relativa à doença: o emprego da dapsona como possibilidade de cura, de alta, de reintegração dos doentes de hanseníase na sociedade, amparo individual, a proteção e a idéia de uma Saúde Pública que contemplasse a todos (QUEIROZ & PUNTEL, 1997). No entanto, este tipo de tratamento, tem pouco impacto na evolução da lesão neural; portanto, ainda na primeira metade do século XX, desconhecia-se a origem das mutilações e da úlcera plantar, ficando o tratamento das mesmas restritas a cuidados locais, cirurgia para drenagem de abscesso, remoções ósseas e amputações (DUERKSEN & VIRMOND, 1997).

LANA (1997) também demonstra a importância da Campanha, na busca ativa de doentes para realização de diagnóstico precoce uma vez que leva o profissional de saúde a refletir sobre sua prática e a repensar formas de intervenção, na direção do conhecimento da realidade de vida dos doentes, na identificação da doença em sua forma inicial e na diminuição da disseminação da hanseníase.

Com o desenvolvimento científico, em 1947 surge um cientista, Dr. Paul Brand, cirurgião ortopédico, que se dedicou a estudar as alterações tróficas da hanseníase, demonstrando que as mutilações das mãos e dos pés não eram inerentes à própria doença e que poderiam ser prevenidas e cicatrizadas pela educação do doente e modificações das pressões plantares. Prioriza a educação em saúde e prevenção de incapacidades, por meio de técnicas simples de tratamento, como massagem, exercícios, férulas digitais com gesso, confecciona calçados e sandálias e estimula a auto-estima do doente. Em 1950, cria, na Índia, o chamado:

“New Life Center, (Centro para uma nova vida). São casas rústicas construídas próximos ao Campus da Escola de Medicina de Vellore, onde são recebidos os pacientes para serem avaliados e tratados de suas incapacidades físicas e, mais que tudo para que recebam aprendizado de novos ofícios” (ARVELLO, 1997, p.36).

Sua esposa, sensibilizada com a magnitude dos problemas oculares, inicia um trabalho preventivo nessa área. Vellore transformou-se em um centro mundial, recebendo vários especialistas e cirurgiões interessados pelas técnicas destinadas à hanseníase. Portanto, as deformidades apresentam-se alicerçadas em uma nova visão, em que o tratamento por técnicas simples de fisioterapia, adaptação e confecção de calçados e educação em saúde passam a ser as atividades mais importantes para a Prevenção de Incapacidades.

Em 1950, a lei federal nº 1045 dispõe:

“a concessão de alta aos doentes de lepra e admite a suspensão, temporária ou definitiva, das exigências prescritas pelas leis e regulamentos da profilaxia da lepra em vigor... O sistema hospitalar já não era de confinamento, de reclusão absoluta, tornando-se um sistema misto de colônia, com um hospital no centro e moradias ao redor” (ORNELLAS, 1997, p.82).

Em 1963, no VIII Congresso Internacional de Lepra, realizado em Madri, pela OMS, é denunciado novamente o isolamento indiscriminado, sendo recomendados: o tratamento ambulatorial, internação seletiva, controle de comunicantes, assistência social aos doentes e comunicantes e educação sanitária (ORNELLAS, 1997).

Segundo LANA (1997, p.164), “na área de Saúde pública, adotaram-se, em 1966, políticas de extensão de cobertura baseadas no ideal da medicina comunitária, através da utilização extensiva de mão de obra desqualificadas, profissionais generalistas e tecnologia simplificada”. O autor descreve a padronização e normatização das ações no programa de hanseníase, afirma a participação de novos agentes no processo de trabalho e enfatiza a epidemiologia como capaz de orientar a clínica e o controle da doença, com avanço no controle da doença na coletividade.

Com o objetivo de eliminar o modelo de exclusão dos doentes de hanseníase nos leprosários, a partir de 1967 é dificultada a internação dos Leprosos, favorecendo a transferência de doentes para os dispensários e alterando-se assim, os critérios de alta e internação. A partir de 1969, só é possível internar os doentes de hanseníase com intercorrências clínico-cirúrgicas e reações próprias da doença, como neurites e exacerbações dermatológicas (ORNELLAS, 1997).

Na década de 60, a cirurgia em hanseníase multiplica-se e desenvolve-se com ênfase na Reabilitação, ofuscando a prevenção e a aplicação de técnicas simples. Em 1965, subsidiado pela Oficina Sanitária Panamericana (OPAS), foi realizado em Caracas, Venezuela, o primeiro Curso Internacional de Reabilitação em Lepra, valorizando as técnicas simples (DUERKSEN & VIRMOND, 1997).

A partir da década de 70, a internação é reduzida, o isolamento não é mais compulsório e a estratégia de combate à lepra fixa-se no diagnóstico precoce e no tratamento imediato.

Com a finalidade de neutralizar o impacto estigmatizante da doença, o termo **lepra** no Brasil, passou a ser substituído por **hanseníase** (ROTBERG, 1977).

A política de saúde, na década de 80, tinha como premissa desativar os asilos e promover a integração dos doentes e sua família na sociedade. No entanto, devido ao longo confinamento dos doentes, muitos deles mostravam-se totalmente desadaptados ao convívio familiar e social e tiveram que continuar nos asilos que sofreram processo de desativação gradativa (QUEIROZ & PUNTEL, 1997).

Atualmente, existem cerca de mil e quinhentos asilados no Estado de São Paulo. A política vigente define que a organização da área asilar deve ser mantida dentro dos padrões exigidos pelo Ministério de Ação Social, quanto aos recursos materiais, humanos e área física, para garantir, prioritariamente, vagas aos usuários do serviço de hanseníase que não apresentem condições para a reinserção social (SÃO PAULO, 1999).

Somente em 1985 o Ministério da Saúde tomou algumas iniciativas no sentido de adequar o Programa da Hanseníase ao recomendado pela Organização Mundial da Saúde. Os hospitais-colônia foram reestruturados e introduziu-se, em 1998, a PQT, que consiste na adoção de um esquema terapêutico tríplice, cuja eficácia possibilita a redução drástica do tempo de tratamento, e a adoção de uma nova filosofia assistencial. A PQT

exige uma organização dos serviços diferente daquela tradicional, compreendendo, além da instituição adequada da terapêutica, a realização de ações de prevenção de incapacidades, incorporação de outros profissionais de saúde no processo de trabalho, educação para a saúde do indivíduo, família e comunidade. Portanto, a PQT busca inaugurar uma nova fase do controle da doença (LANA & ROCHA, 1997).

A atual proposta do Programa de Controle da Hanseníase é que as suas ações básicas, inclusive a prevenção de incapacidades por técnicas simples, sejam desenvolvidas em todas as unidades básicas de saúde e por todos os profissionais envolvidos com a hanseníase e pela comunidade, em parceria com outros profissionais e entidades de ajuda sociais, educacionais e religiosas. É importante que se tenham como referências técnicas os Centros de Reabilitação, para apoiar ou assistir aos casos mais complexos (DUERKSEN & VIRMOND, 1997).

Nessa retrospectiva histórica destaca-se que, desde a introdução da lepra no Brasil até os dias de hoje, não alcançaram êxito nas medidas proposta por parte dos governantes e das políticas de saúde mais efetivas para o controle da hanseníase. Pode-se identificar esta em três momentos da história da lepra no Brasil: o primeiro foi com a introdução da doença, em 1600, com medidas de combate à doença só ocorrendo dois séculos após; a segunda situação foi que a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, instituída em 1920, estabelecendo estratégia de ação, mas não logrou êxito na década seguinte, por falta de sustentação política que viabilizasse operacionalmente o cumprimento das metas elaboradas. E o terceiro momento é o atual onde o esquema tradicional baseado no uso da dapsona não conseguiu conter os abandonos e recidivas, ocorrendo nova resistência bacteriana, o que induziu o Ministério da Saúde a implantar a PQT (OMS) com atraso de dez anos em relação aos demais países endêmicos. Mais uma vez, observa-se, na prática, que as políticas de saúde atuais, apesar de até considerarem e valorizarem os dados epidemiológicos, propondo medidas de ação, estas não conseguem ser de impacto para o controle da hanseníase. Como exemplo temos o não cumprimento da proposta da OMS, que era de eliminar a hanseníase até o ano 2000; no Brasil, esse prazo foi estendido para o ano 2005.

1.2. FISIOPATOLOGIA E EPIDEMIOLOGIA DAS INCAPACIDADES EM HANSENÍASE

A hanseníase é essencialmente uma doença dos nervos periféricos, em decorrência do tropismo do bacilo pelas terminações da derme até atingir os troncos nervosos. Acomete, com mais frequência, na face, o nervo facial e o trigêmeo; nos membros superiores, os nervos ulnar, mediano e radial; e, nos membros inferiores, o nervo fibular e tibial posterior (BRASIL, 1994).

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

- fibras nervosas sensitivas, podendo ocasionar diminuição ou perda da sensibilidade térmica, dolorosa e tátil, levando à anestesia;
- fibras motoras, causando diminuição ou perda da força muscular (fraqueza);
- fibras autonômicas, levando à diminuição ou perda da sudorese e lubrificação da pele (pele seca).

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

Enquanto não existir um Serviço de Prevenção de Incapacidades atuante, as conseqüências das lesões neurais poderão 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, 1999b).

O organismo responde à agressão pelo bacilo de forma muito variada, desde respostas mínimas, sem alterações funcionais, até respostas intensas, com infiltração granulomatosa de todo o parênquima neural, podendo ocasionar destruição do nervo, com alteração de suas funções (BRASIL, 2001).

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”. Neste caso, apesar da ausência da dor, existem alterações de sensibilidade e motora, que só poderão ser detectadas em exame periódico realizado na Prevenção de Incapacidades (BRASIL, 2001).

Segundo PIOTO (1996, p.5), “O comprometimento de nervos periféricos ocorre em todas as formas clínicas da hanseníase: na forma indeterminada, o comprometimento é apenas ramuscular; nas formas Tuberculóide, Dimorfa e Virchoviana, o comprometimento é troncular e ramuscular”.

Na face, as lesões do nervo facial e trigêmeo ocorrem simultaneamente, levando à paralisia do músculo orbicular dos olhos com anestesia da córnea, lagofalmo e ou ectrópio. A presença do bacilo no globo ocular provoca irite, iridociclite, ceratite, podendo ocasionar opacidade corneana, ulcerações e infecções secundárias, com comprometimento da visão e evolução para a cegueira (PIOTO, 1996; ROSA, 1987).

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

Nos membros superiores, o nervo ulnar é o mais comprometido, seguido pelo nervo mediano e, posteriormente, pelo nervo radial (PIOTO, 1996; BRASIL, 1999b).

Nos membros inferiores, as lesões ocorrem com frequência por comprometimento dos nervos tibial posterior e fibular. Com a lesão do nervo tibial posterior, ocorrerá a retração dos dedos do pé (garra de artelhos) e, na lesão do nervo fibular, a impossibilidade de dorsiflexão do pé (pé caído) e contratura. Normalmente ocorre lesão do nervo tibial posterior e, em seguida, do nervo fibular, ocasionando perdas sensitivas motoras em grande parte do pé, principalmente na área plantar, com maior risco de traumas e incapacidades (PIOTO, 1996).

Segundo PIOTO (1996), a existência da anestesia plantar, juntamente com a deambulação, pode evoluir para úlceras plantares que, se não forem devidamente tratadas, podem gerar infecções secundárias e a perda da estrutura dos pés (reabsorções).

As deformidades, além de se originarem dos comprometimentos dos nervos periféricos, em algumas alterações na face, tais como madarose ciliar e superciliar, desabamento do septo nasal e atrofia cutânea, podem ocorrer devido a infiltrações intensas. Essas deformidades, freqüentemente comprometem o convívio social de muitos doentes.

Segundo BRASIL (1999a), a hanseníase é uma doença silenciosa na maior parte do tempo. Na hanseníase inicial, não somente há poucos sintomas para o doente se referir, mas também, torna-o silencioso acerca da doença porque ele tem medo de ser descoberto. Freqüentemente um doente com hanseníase não se identifica até quando ele não pode mais esconder a doença. A reação é a fase aguda da doença.

Os episódios reacionais são do tipo I e II. As reações do tipo I são mediadas por células (imunidade celular) e ocorrem nos doentes portadores das formas Tuberculóides e Dimorfos com exacerbação da doença (eritema e edema das lesões cutâneas, dor e espessamento dos nervos). As reações do tipo II são mediadas por anticorpos (imunidade humoral) e ocorrem na forma virchoviana, com presença de eritema nodoso hansênico. Nos episódios reacionais pode ocorrer um intenso acometimento inflamatório, tanto nas mãos como nos pés, chamado de “mão reacional” ou “pé reacional”; tendões e músculos são envolvidos, ocasionando deformidades, se o doente não for adequadamente atendido (BRASIL, 1994; PIOTO,1996).

Na experiência vivenciada por esta autora, durante vários anos de trabalho com Prevenção de Incapacidades em hanseníase, verificou-se que a intensidade e freqüência das reações hansênicas nos doentes eram muitas vezes precedidas por alguns agentes estressores, externos ou internos, de cunho biopsicossocial. Também se identificou que doentes com as mesma formas da doença podem apresentar respostas diferentes às reações hansênicas, com ausência ou exacerbação das mesmas, dependendo da resposta individual.

Realizado uma retrospectiva epidemiológica das incapacidades físicas nas áreas mais endêmicas, até os dias de hoje verifica-se que:

Segundo ARVELLO (1997), as incapacidades físicas eram estimadas como superior a 25% (OMS, 1961).

Para BECHELLI & MARTINEZ (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 amostra de 511 casos, e considerando já as alterações de sensibilidades parciais nas mãos e pés como incapacidades físicas, chegou-se a 54,4%.

Para OPROMOLLA (2000, p.79),

“... Os relatos sobre as prevalências das deficiências variam de 16 a 43%, e segundo a Organização Mundial de Saúde 2 a 3 milhões de pessoas no mundo, em 1992, eram portadores de deficiência grau 2, de moderada severidade”.

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

Com a finalidade de prevenir, controlar e recuperar as incapacidades advindas da hanseníase, faz-se necessário a implantação das atividades de Prevenção de Incapacidades em todas as unidades básicas de saúde.

“A Prevenção de Incapacidades (PI) em Hanseníase significa medidas visando evitar a ocorrência de danos físicos, emocionais e sócioeconômicos. No caso de danos já existentes, a prevenção significa medidas para evitar as complicações” (BRASIL, 1999 p.E2-1).

A PI tem como objetivo a manutenção ou melhora das condições físicas, sócioeconômicas e emocionais, tanto durante o diagnóstico, tratamento, quanto após a alta. As ações da PI englobam: educação em saúde; diagnóstico precoce da doença, tratamento regular com PQT e aplicação de BCG em 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).

Diante das incapacidades instaladas, visando evitar complicações (deformidades), a prevenção de incapacidades irá desenvolver ações mais complexas e de reabilitação como: curativos simples e complexos; enfaixamento, talas gessadas, orientações de exercícios, adaptação e confecção de calçados, avaliações ortopédicas e cirurgias corretivas.

Segundo OLIVEIRA *et al.* (1990), a avaliação das incapacidades está sendo reconhecida como medida relevante da hanseníase, e comprovado, em estudo realizado na Índia, que a mesma foi capaz de impedir a deterioração das incapacidades pré-existentes e de prevenção de novas lesões. Comprova-se que o modelo recomendado pela OMS para identificar a intensidade e gravidade das lesões instaladas (mão, pé e olho - grau máximo de incapacidades), é eficiente, eficaz e efetivo no tratamento das incapacidades físicas.

TRINDADE, LIMA, ALMEIDA (1987), também afirmam que o grau máximo de incapacidades foi o melhor método de avaliação das incapacidades físicas no 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.

Para maiores esclarecimentos, apresentar-se-á com detalhes o instrumento de prevenção de incapacidades de 1994 (BRASIL, 1994), utilizado como modelo nesta pesquisa, que avalia o nariz, olhos, membros superiores e inferiores.

Nos olhos verifica-se:

- a exploração da sensibilidade da córnea por meio de um fio dental macio, extrafino e sem sabor, com 5 cm de comprimento, tocando de leve a porção lateral da periferia da córnea e observando se o piscar é imediato ou ausente. A presença do reflexo de piscar significa sensibilidade preservada.

Teste da sensibilidade



Fonte: Guia de Prevenção Ocular em Hanseníase (s.d., p.25)

- A presença ou não de lagoftalmo, bem como de ectrópio. Lagoftalmo é a incapacidade parcial ou total de fechar os olhos, em geral acompanhado de ardor, lacrimejamento e hiperemia conjuntival. Solicita-se que o doente oclua seus olhos, para possível identificação da fenda palpebral; caso haja, a medição da fenda deverá ser feita com régua comum milimetrada.

Logoftalmo avançado



Fonte: Guia de Prevenção Ocular em Hanseníase (s.d., p.14)

O ectrópio corresponde à eversão e desabamento da margem palpebral inferior, com possibilidade de ressecamento da córnea.

Ectrópio



Fonte: Guia de Prevenção Ocular em Hanseníase (s.d., p.13)

- A triquíase que consiste na identificação, na pálpebra superior ou inferior, de cílios mal implantados, voltados para dentro e roçando a córnea, utilizando-se um foco de luz local, é possível identificar esta alteração.

Triquíase



Fonte: Guia de Prevenção Ocular em Hanseníase (s.d., p.15)

- Opacidade corneana: quando o olho apresentar perda da transparência da córnea em qualquer localização.

Opacidade corneana



Fonte: Guia de Prevenção Ocular em Hanseníase (s.d., p.28)

- Teste de acuidade visual (AV) realizado com auxílio da Tabela de Snellen (distância de 5 a 6 metros) para cada olho separadamente.

A aplicação do teste é realizada segundo as recomendações da Secretaria de Saúde de São Paulo, e as informações coletadas são classificadas em normal ($AV=0,1$), diminuída ($0,9 > AV > 0,2$), grave perda da visão ($AV=0,1$).

Se o doente não consegue ler o optótipo maior (0,05 ou 0,1), faz-se a contagem de dedos, começando a 6 metros, aproximando-se passo a passo. No caso de o doente não conseguir contar os dedos a meio metro, avalia-se a percepção de vulto e luz.

Teste de acuidade visual para perto



Fonte: Guia de Prevenção Ocular em Hanseníase (s.d., p.34)

Membros superiores:

- Inspeção da face palmar e dorsal de ambas as mãos, mapeando-se as lesões encontradas: úlceras e lesões traumáticas, bolhas, fissuras, calosidades, cicatrizes, reabsorção óssea e outras (atrofias, deformidades, mão caída).

Considera-se como reabsorção discreta quando somente as extremidades dos dedos, mesmo de um só dedo, estão reabsorvidas. Se o segmento (mão e pé) perdeu a quinta parte, a classificação será: reabsorção intensa.

- Exploração da mobilidade articular de ambas as mãos, realizadas para todas as articulações dos dedos (do II ao V) e do polegar. Identificam-se: garra móvel e articulação anquilosada.

Garra ulnar-mediana



Fonte: Manual de Prevenção de Incapacidades (BRASIL, 1997a, p.17)

Para identificar a articulação anquilosada deve-se verificar a mobilidade dos dedos. Se existir um razoável grau de movimento passivo, embora não sendo de 100%, considerar como móvel. A perda 25% da mobilidade passiva é, considerada como rígida, anquilosada.

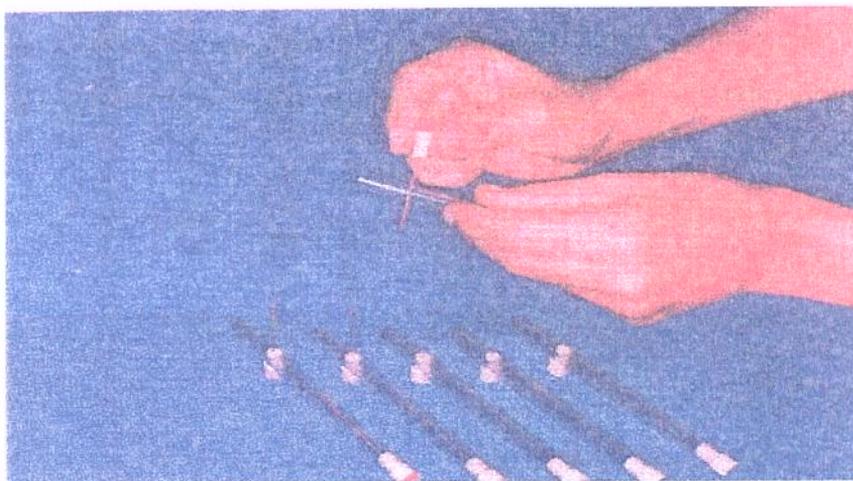
• Exploração da sensibilidade: é realizada com o doente com os olhos fechados, sendo utilizado como instrumento o conjunto de monofilamentos (Semmes-Weinstein), constituído por seis monofilamentos com calibres variados, que permite determinar uma variação quantitativa da sensibilidade. A informação obtida possibilita a classificação da sensibilidade, ilustra a legenda abaixo.

Legenda		Cada filamento corresponde a um nível funcional representado por uma cor
Verde		0,05g - sensibilidade normal na mão e no pé
Azul		0,2g - sensibilidade diminuída na mão e normal no pé - Dificuldade para discriminar textura (tato leve)
Violeta		2,0g - sensibilidade protetora diminuída na mão - incapacidade de discriminar textura - dificuldade para discriminar formas e temperatura
Vermelho (fechado)		4,0g - perda da sensibilidade protetora na mão e, às vezes, no pé - perda da discriminação de textura - incapacidade de discriminar formas e temperatura
Vermelho (marca com X)		10g - perda da sensibilidade protetora no pé - perda da discriminação de textura - incapacidade de discriminar formas e temperatura
Vermelho (circular)		300g - permanece apenas a sensação de pressão profunda na mão e no pé
Preto		- sem resposta. Perda da sensação de pressão profunda na mão e no pé

Fonte: Manual de Prevenção de Incapacidades (BRASIL, 1997a, p.66)

O conjunto de monofilamentos de Semmes-Weinstein foi utilizado com base nas recomendações do Guia de Controle da Hanseníase (BRASIL, 1994), acreditando-se ser o método mais fidedigno para a avaliação da sensibilidade dos doentes de hanseníase em trabalhos de campo (LEHMAN, 1993; BELL, 1989; MARCIANO & GARBINO, 1994).

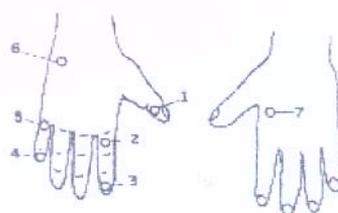
Estesiômetro



Fonte: Manual de Prevenção de Incapacidades (BRASIL, 1997a, p.62)

A exploração da sensibilidade de ambas as mãos foi realizada a partir da seleção de pontos específicos na face dorsal e palmar para cada tronco nervoso.

Pontos que devem ser testados com estesiômetro



MÃO

Ulnar - 4, 5 e 6

Mediano - 1, 2 e 3

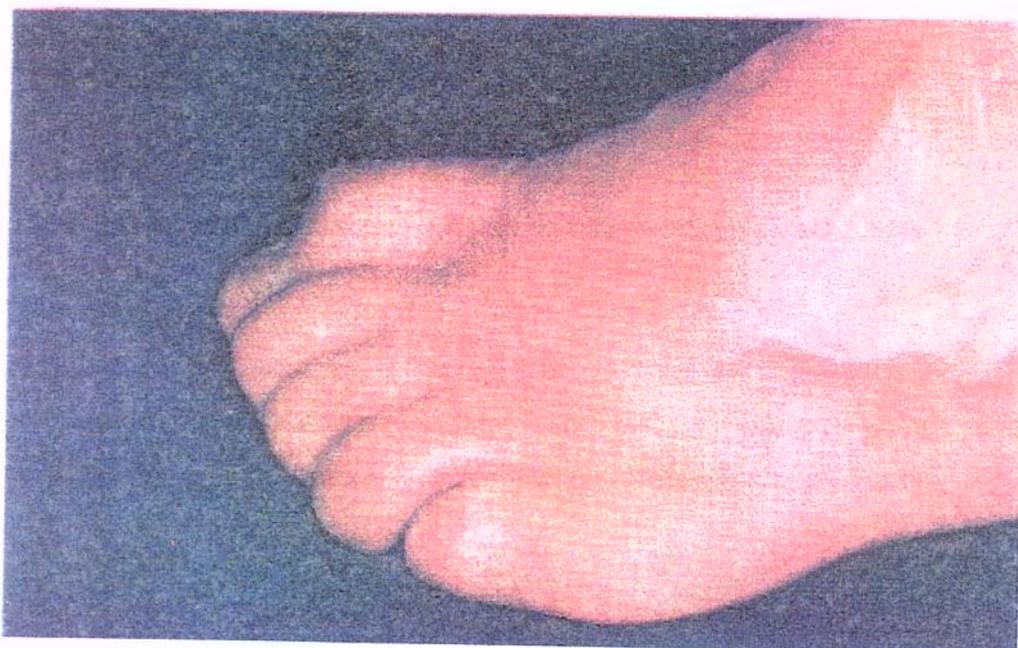
Radial - 7

Fonte: Manual de Prevenção de Incapacidades (BRASIL, 1997a, p.65)

Membros inferiores:

- Inspeção: região plantar de ambos os pés, mapeando-se possíveis lesões, tais como calosidades, úlceras tróficas, bolhas, fissuras, cicatrizes, reabsorções ósseas, amputações e outros (deforridades - pé caído).
- Exploração da mobilidade articular do tornozelo e articulações dos artelhos pela movimentação passiva das mesmas. A limitação articular é classificada em garra de artelhos e contraturas.

Garra de artelho

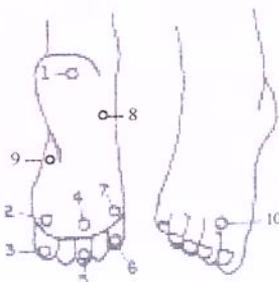


Fonte: Manual de Prevenção de Incapacidades (BRASIL, 1997a, p.22)

A contratura consiste em perda 25% da mobilidade passiva dos dedos.

• Exploração da sensibilidade de ambos os pés: utiliza-se a mesma metodologia aplicada para as mãos. Os pontos selecionados nos pés, inervados em cada tronco nervoso, estão descritos abaixo.

Pontos que devem ser testados com estesiômetro



PÉ

Nervo Fibular Profundo – 10

Nervo Sural - 8

Nervo Tibial - 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7

Nervo Safeno - 9

Fonte: Manual de Prevenção de Incapacidades (BRASIL, 1997, p.65)

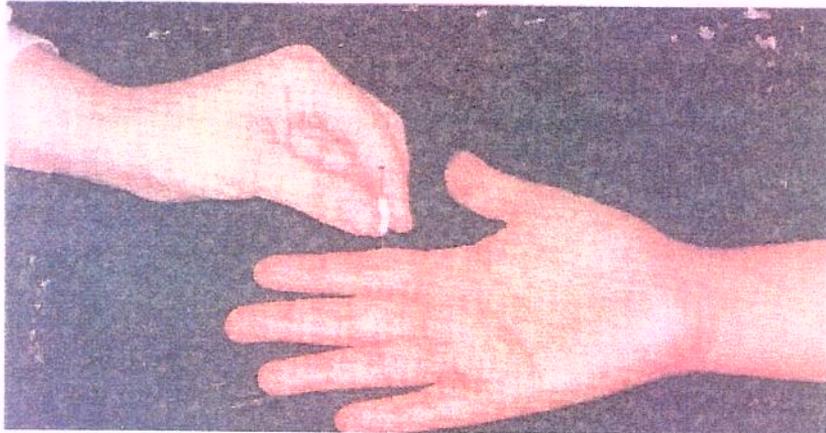
Do início de 1990 até 1994, não existiam os monofilamentos, sendo utilizados para pesquisar a sensibilidade os tubos de ensaio (água quente e fria – térmica); o alfinete de “cabeça” para identificar a sensibilidade dolorosa; e o algodão, para avaliar a sensibilidade tátil (anestesia).

Pesquisa da sensibilidade térmica



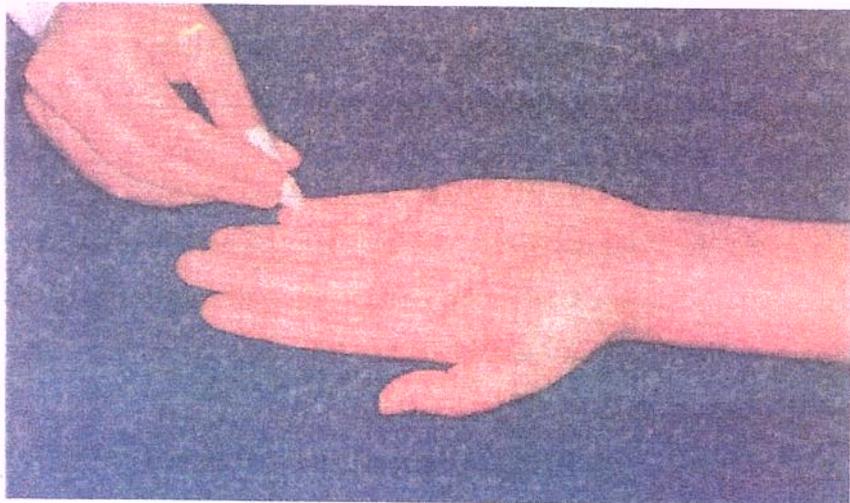
Fonte: Manual de Prevenção de Incapacidades (BRASIL, 1997, p.67)

Pesquisa da sensibilidade dolorosa



Fonte: Manual de Prevenção de Incapacidades (BRASIL, 1997, p.68)

Pesquisa da sensibilidade tátil



Fonte: Manual de Prevenção de Incapacidades (BRASIL, 1997, p.68)

Foi considerado grau 1, aqueles dados que informavam anestesia, tanto para os monofilamentos quanto com os instrumentos utilizados anteriormente.

Com o objetivo de identificar as incapacidades e deformidades em hanseníase, utilizou-se o formulário a seguir, para registro de incapacidades físicas, com seus respectivos graus de incapacidades, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL,1997).

HANSENÍASE
FORMULÁRIO PARA REGISTRO DE INCAPACIDADES FÍSICAS

UNIDADE FEDERADA: _____ MUNICÍPIO: _____

NOME: _____ SEXO: _____ IDADE: _____ FORMA CLÍNICA: _____ Nº _____

GRAUS	MÃO	E D	PÉ	E D	OLHO	E D	Comprometimento da laringe
0	Nenhum problema com as mãos devido a hanseníase		Nenhum problema com os pés devido a hanseníase		Nenhum problema com os olhos devido a hanseníase		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
1	Anestesia		Anestesia		Anestesia		Desabamento do nariz
2	Úlceras e lesões traumática		Úlceras tróficas		Logofalmo e/ou ectrópio		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Garra móvel das mãos		Garra dos artelhos		Triquiase		Paralisia facial
	Reabsorção discreta		Pé caído		Opacidade corneana		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3	Mão caída		Reabsorção discreta				Acuidade visual
	Articulações anquilosadas		Contratura		Acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6 m		OD <input type="checkbox"/> Sim
	Reabsorção intensa		Reabsorção intensa				OE <input type="checkbox"/> Não
Soma							
Maior grau atribuído							

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.

LANA (1997) descreve duas situações que interferiram no controle da endemia, na década de 90. A primeira, de forma negativa, em que identifica os problemas que dificultarão o cumprimento da meta da OMS (menos de 1 caso por 10.000 habitantes), como a carência de recursos humanos e materiais repercutindo na qualidade da assistência. E a outra situação, que demonstra uma evolução no campo da epidemiologia, fornecendo dados mais fidedignos para avaliação dos indicadores operacionais e epidemiológicos. Podemos inferir também que a implantação da Poliquimioterapia colaborou para o aumento da assiduidade ao tratamento, em decorrência da redução do tempo da terapêutica, bem como da nova abordagem terapêutica que procura atender o doente em sua integralidade (biopsicossocial). Acredita-se que este é o início de uma longa caminhada e que não se consegue eliminar de uma forma mágica, o estigma, uma concepção que é milenar na história da hanseníase.

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

1.3. AÇÕES PROGRAMÁTICAS NO CONTROLE DA ENDEMIA HANSÊNICA, NO PERÍODO DE 1970 A 1999, NO ESTADO DE SÃO PAULO

Apresenta-se neste tópico uma caracterização geral, apontando os aspectos históricos mais importantes, no período de 1970 a 1999, com alguns marcos do período anterior, no intuito de compreender as práticas relativas à hanseníase, de acordo com os modelos programáticos propostos.

Em 1925, inicia-se a implantação de um novo modelo tecnológico de Saúde Pública, sob a liderança de Geraldo Horácio de Paula Souza, que incluía ações de educação sanitária e cursos de especialização para o pessoal da área de saúde, incorporando outros profissionais, além dos médicos, para atender o doente de hanseníase (MURAI, 1990).

Segundo NEMES (1989), a partir de 1969 a internação do hanseniano deixa de ser compulsória, ficando os leprosários destinados aos doentes com intercorrências clínico-cirúrgicas e reações próprias da doença, como neurites e exacerbações dermatológicas. Os demais doentes eram atendidos nos dispensários, visando-se ao diagnóstico precoce e tratamento imediato, subordinados ao Departamento de Profilaxia da Lepra.

Concomitante (em 1969), surgem as possibilidades de as políticas concretizarem a Reforma Administrativa da Secretaria de Saúde de São Paulo, que é influenciada pela necessidade de implantação de um novo modelo de Planejamento, menos oneroso e mais eficiente. A nova organização administrativa da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, legalizada no decreto 52.182, de 16/7/69, determinou que se fizesse um levantamento de todos os equipamentos da Secretaria, alocando-os nas unidades locais, denominadas de Centro de Saúde. Na atenção à hanseníase, ocorreu a extinção do Departamento de Profilaxia da Lepra, e os seus equipamentos foram redistribuídos entre três das quatro Coordenadorias da Secretaria de Saúde (NEMES, 1989).

Os sanatórios foram transformados em hospitais de Dermatologia Sanitária, e os 68 Dispensários de Lepra, juntamente com as outras unidades locais, foram transformados em Centros de Saúde. No entanto, essa integração não foi efetiva na prática, pois, no desenvolvimento das ações nos centros de saúde, antigos dispensários de lepra, as atividades de hanseníase continuavam sendo desenvolvidas pelo pessoal próprio dos dispensários, sem a integração com as demais áreas (NEMES, 1989).

A Programação surgiu em 1970 como modelo tecnológico de Saúde Pública de São Paulo, que, segundo NEMES (1996, p.48):

“(...) constituem a forma de organizar o trabalho coletivo no serviço de assistência à saúde (...). A ação programática em saúde pode ser definida como uma proposição de organizar o trabalho em saúde fundamentada no ideal da integração sanitária, para o que busca inspirar-se em tecnologias de base epidemiológica”.

Na Programação, a hanseníase passa a ser desenvolvida como Subprograma de Controle da Hanseníase (SPCH), fazendo parte das demais atividades do serviço, integrada ao Programa de Saúde do Adulto, Criança e da Gestante (NEMES, 1989).

A Programação era baseada na história natural da doença, proposta por Leavell e Clark, com a incorporação de três níveis de prevenção: primária (promoção de saúde e proteção específica); secundária (diagnóstico precoce, tratamento e limitação da invalidez) e terciária (reabilitação). Com o objetivo de aumentar a eficácia do atendimento dos Centros de Saúde, foram introduzidas novas atividades, tais como a pré e pós consulta, atendimento de enfermagem, que tinham por objetivo aumentar o rendimento de recurso mais caro e escasso, que era o médico (NEMES, 1990).

Segundo LANA & ROCHA (1997), a atuação do enfermeiro no Subprograma de Hanseníase tem como objetivo aliviar o médico da grande demanda, ficando então, sob a orientação do enfermeiro, a atenção aos casos menos complicados. Estes autores referem ainda que, ao realizar a Consulta de Enfermagem, o enfermeiro percebia alguma resistência por parte do doente, quanto ao desenvolvimento desta ação, provavelmente devido à influência cultural e ideológica da consulta médica.

O atendimento de enfermagem de rotina, no Subprograma de Controle da Hanseníase, previa a identificação de incapacidades físicas, orientação sobre cuidados com as áreas anestésicas, entrega de medicamentos e orientação sobre o tratamento medicamentoso (NEMES, 1989).

Para esta autora, o instrumento de avaliação global era o boletim de produção, que continha informações quantitativas sobre todas as atividades previstas e detalhadas para cada programa e subprograma, fornecendo, assim, subsídios para elaboração de indicadores de avaliação (cobertura e rendimento). Trabalhava-se também com a ficha de controle, que permitia identificação do número de doentes existentes em cada programa, do número de faltosos e de quantos deveriam ser submetidos à visita domiciliária (NEMES, 1989).

A Programação definia uma reorganização do modelo administrativo, com a incorporação da Direção Técnica, Chefia Administrativa e de Enfermagem, e com a reativação da carreira dos médicos sanitaristas como gerentes de unidades (SCHRAIBER *et al.*, 1990).

Com a proposta de integração das atividades de hanseníase nos outros serviços, o Subprograma de Controle da Hanseníase normatizou detalhadamente as ações de controle da doença, tais como o diagnóstico, terapêutica, conduta frente às reações e às incapacidades físicas, indicações para baciloscopia e biópsia, conteúdo de visita domiciliária, atendimento de enfermagem e trabalho de grupo, constituindo-se no mais detalhado programa do Centro de Saúde (NEMES, 1989).

Verificou-se, no interior de São Paulo, que o processo de descentralização das atividades estava ocorrendo de uma forma mais global do que na Grande São Paulo. Apesar de a Grande São Paulo não ter conseguido a descentralização esperada, como ocorreu no interior, esta foi de maior significância, dentre as atividades de hanseníase (NEMES, 1989).

Para a hanseníase, a mudança implicava não apenas controlar os doentes nos dispensários, mas atender episódios agudos da doença, que eram anteriormente encaminhados para os hospitais especializados.

Segundo NEMES (1989, p.138), o “SPCH introduziu novos instrumentos e novos agentes na prática relativa à hanseníase, procurando, ao mesmo tempo, conservar instrumentos antigos (...). Ao tentar aproximar a hanseníase da imagem de doença como as outras, o trabalho desenvolvido parece só ter sido efetivamente capaz de desestruturar os serviços especializados e de conferir aos doentes o direito de receber a mesma assistência médica individual prestada aos demais clientes do Centro de Saúde”.

Nos relatos científicos, verifica-se que a enfermagem já se fazia presente na atenção à hanseníase, embora subordinada à ação do médico. Em 1978 o Ministério da Saúde, em conjunto com a OPAS e OMS, editaram a publicação do Manual de Normas e Procedimentos de Enfermagem de tipo ambulatorial no controle da hanseníase, com as diretrizes gerais da assistência de enfermagem na prestação de serviços de saúde aos

indivíduos, família e comunidade, segundo o nível de complexidade. Em 1979, foi publicado pela mesma fonte o Guia de Consulta de Enfermagem no Controle da Hanseníase, que contém minuciosa descrição dos procedimentos que compõem a consulta de enfermagem, como atribuição privativa do enfermeiro (MURAI, 1990).

No período de 1983 a 1987, poucas modificações ocorreram, em comparação à do período anterior. Os dados sobre o SPCH para este período indicam, de modo geral, a manutenção da precariedade na coleta dos dados e fornecimento das informações para realizar a avaliação, bem como o levantamento insuficiente da situação epidemiológica do Programa (NEMES, 1989).

Para a autora, a partir de 1986 ocorreu uma reativação das atividades de treinamento e uma certa recuperação das informações epidemiológicas. Observou-se maior dinamização das políticas de hanseníase, quando contextualizada com os períodos anteriores, relacionadas com as pressões exercidas pelos doentes e técnicos da área alicerçados pelo Movimento de Reintegração do Hanseniano (MORHAN).

Conforme NEMES (1989), o Ministério da Saúde recuperou parcialmente seu peso político, enquanto participante da determinação da Política Nacional de Saúde, surgindo à proposta de criação de um novo modelo assistencial, reivindicado pelos técnicos da área e doente através do MORHAN, com o apoio da Secretaria Estadual e OMS. Trata-se da Poliquimioterapia (1990).

Os esquemas de Poliquimioterapia / Organização Mundial de Saúde - PQT / OMS recomendados para o tratamento dos doentes levam à cura em períodos de tempo relativamente curtos. O tratamento é realizado em regime ambulatorial ou nos postos de saúde da rede básica, não havendo necessidade de especialistas ou equipamentos sofisticados para o desenvolvimento das ações de controle da hanseníase (BRASIL, 1999a).

O tratamento atual com a PQT preconiza que os doentes paucibacilares - (PB) (com baciloscopia negativa ou classificada como Tuberculóides ou Indeterminadas) terão como esquema terapêutico: doses mensais supervisionadas de 600 mg de rifampicina (RFM) e 100 mg de dapsona (DDS) e, como dose diária auto-administrada, 100 mg de dapsona. O comparecimento será mensal, para a medicação supervisionada, e o período de tratamento de 6 doses mensais, em até 9 meses.

Para os multibacilares (MB) (casos com baciloscopia positiva ou classificada como Virchowianas e Dimorfas), o tratamento é de 600mg de rifampicina, 100 mg de dapsona e 300 mg de clofazimina, como dose mensal supervisionada, e, como dose diária, 100 mg de dapsona e 50 mg de clofazimina. O comparecimento será mensal, para a medicação supervisionada, e o período de tratamento será de 24 doses mensais em até 36 meses (SÃO PAULO, 1999).

Os doentes com intolerância a qualquer dos medicamentos de esquema padrão deverão, sempre que possível, serem encaminhados para tratamento nos serviços de referência Regional ou Estadual. Existem esquemas alternativos padronizados de acordo com a intolerância à droga e à forma da doença (SÃO PAULO, 1999).

Recomenda-se para o tratamento das reações hansênicas, o uso de prednisona ou talidomida, atentando-se para a contra-indicação total e proibição do uso de talidomida em mulheres em idade fértil, conforme portaria 314 de 15/8/97 da Secretaria de Vigilância Sanitária, devido aos efeitos teratogênicos da droga .

Atualmente existem outras drogas associadas ao tratamento da hanseníase, como a minociclina e a ofloxacina. Para doentes paucibacilares com lesão única de pele, sem envolvimento de tronco nervoso, recomenda-se o esquema ROM, que consiste de uma dose única de rifampicina de 600 mg, ofloxacina de 400 mg e minociclina de 100 mg.

LANA (1992, p.18) cita que a PQT “abre espaço para uma assistência integral através da reestruturação de um programa de educação e reabilitação, da detecção precoce de episódios reacionais e da elevação do nível de participação do doente no tratamento” e que a administração mensal da dose supervisionada, passando a exercer um maior controle sobre o doente.

Observa-se, na prática, que, na maioria das vezes, a PQT propicia a maior adesão do doente ao tratamento. No entanto, é importante ressaltar que, se o doente não estiver preparado, sensibilizado e acreditando que o tratamento é prioridade para ele naquele momento, não existe qualquer organização estrutural ou programática que o faça ser assíduo ao tratamento. Depara-se, no dia a dia, com estas limitações, e não se deve julgar que a PQT irá controlar a hanseníase de forma global.

Segundo LANA (1992), no final da década de 80 e início da década de 90, o grande envolvimento das autoridades sanitárias (como a Secretaria de Saúde de MG e a do Município de BH) e a grande articulação política significaram elevar o Programa de Hanseníase a uma prioridade de fato, em Saúde Pública, na região de MG. O mesmo ocorreu no ARE Taubaté, que, apesar de não ser municipalizado, naquele momento, teve o apoio das autoridades de saúde de Taubaté, o que facilitou a integração das atividades e possibilitou a realização de capacitação e sensibilização das atividades de Saúde Pública em todos os Serviços Públicos de Saúde do município. No entanto, percebe-se, na prática, na DIR Taubaté, que, com as mudanças políticas de gestão municipal, as ações de hanseníase deixaram de ser valorizadas.

A atual legislação sobre o Controle da Hanseníase no Brasil enfatiza a necessidade de orientar os diferentes níveis de complexidade dos Serviços na área de Dermatologia Sanitária, priorizando a hanseníase, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS (Sistema Único de Saúde), bem como de organizá-los, mediante o estabelecimento de referência e contra-referência, com a descentralização das ações de hanseníase nas redes de Saúde Municipal, Estadual e Federal e nos serviços contratados e conveniados do SUS (BRASIL, 2000).

O Controle da Hanseníase no SUS-São Paulo tem como estratégia orientadora a inserção das ações de Controle da Hanseníase em toda a rede de serviços SUS-São Paulo, garantindo o acesso universal de toda população aos diferentes níveis de complexidade de serviços. Para garantir a referência especializada e de retaguarda aos níveis locais, propõe-se a organização de pelo menos um serviço ambulatorial de referência Estadual, na área da Grande São Paulo, e de pelo menos um serviço de referência regional para atender à rede de serviços de cada Diretoria Regional de Saúde do Estado de São Paulo (SÃO PAULO, 1999).

A assistência hospitalar aos doentes de hanseníase deve ser realizada na rede de hospitais gerais, reservando-se os hospitais especializados (Hospital Dr. Lauro de Souza Lima - Bauru e Hospital Padre Bento - Guarulhos) apenas para os casos de indicação específica relacionada à própria doença. Conta-se com um Hospital com área asilar (Hospital Pirapitingui - Itu) para atender os doentes que comprovadamente não apresentam

condições para a reinserção social, obedecendo-se aos seguintes critérios: incapacidades para o trabalho, desagregação familiar e ausência de renda ou vínculo empregatício (SÃO PAULO, 1999).

Na formação de recursos humanos, propõe-se um desenvolvimento contínuo, identificando os serviços que perderam pessoal capacitado, e promovendo a capacitação para atender às necessidades identificadas (SÃO PAULO, 1999).

Segundo a Norma de Controle da Hanseníase SÃO PAULO (1999), o Programa deverá atender a 100% dos doentes diagnosticados e implementar as Ações de Enfermagem, Prevenção e Tratamento de Incapacidades, Ações Sociais e Ações educativas. Quanto aos municípios sem detecção de casos no ano anterior, propõem-se especiais procedimentos, tais como a implementação da Vigilância Epidemiológica, implementação das ações básicas e busca ativa. Tem como estratégia a absorção de novas tecnologias resultantes das atividades dos Institutos de Pesquisa do SUS-São Paulo, Universidades e outras Instituições Estaduais que atuem na área científica, bem como a colaboração com outras instituições nacionais e internacionais do setor saúde.

Para dar continuidade às ações de Controle da Hanseníase faz-se necessária, também, a definição do gerenciamento dessas ações em conformidade com as normas e instruções de implantação do SUS-São Paulo, respeitando-se as diferentes realidades locais e regionais e destacando-se a importância da existência de responsável pelas ações de controle Estadual, Regional e Municipal (SÃO PAULO, 1999).

Para garantir o atendimento às necessidades humanas e materiais na organização de serviços, é fundamental a priorização política em todos os âmbitos, Federal, Estadual, Municipal e institucional, na destinação de recursos públicos.

É conferido, como diretrizes do SUS (1989), ao usuário o direito de ser mais participativo e crítico em relação à assistência que lhe é prestada desde o momento do planejamento, execução e avaliação das ações de controle da Hanseníase, podendo auxiliar tanto nas mudanças administrativas quanto nas assistenciais. Há necessidade de investimento na formação de Recursos Humanos, com a criação de órgãos destinados a gerenciar a educação continuada (BRASIL, 2000).

É importante que as Instituições de Saúde priorizem as necessidades reais da população a ser atendida pelo serviço e, para tanto, há necessidade de que tenham conhecimentos sobre as questões epidemiológicas e operacionais dos problemas de saúde em geral e da hanseníase, em particular, no Brasil. No desenvolvimento da assistência prestada, há necessidade de avaliação continuada, de críticas construtivas e de propostas de mudanças, para garantir-se o controle da endemia.

Em função da norma de padronização das ações de controle da Hanseníase, a organização do serviço deverá ser planejada por toda a equipe de saúde, com a finalidade de garantir a sua execução. É importante, também, que sejam de conhecimento e domínio, de todos os funcionários que atuam na hanseníase, os instrumentos padronizados, o fluxo de atendimento e a interação usuário e profissional de saúde, para que os objetivos sejam alcançados e obtenha-se um resultado final produtivo. Com a participação efetiva dos funcionários da área, nas questões da organização de serviço, será possível realizar uma avaliação sistematizada, por meio de criação de novos instrumentos de trabalho conforme as necessidades.

Como a hanseníase é uma doença de notificação compulsória em todo o território nacional e portanto, de investigação obrigatória, todo caso deve ser notificado por meio da ficha de notificação do SINAN (Sistema de Informações de Agravos de Notificação), prontuário, ficha e boletim de acompanhamento dos casos, com a finalidade de fornecer os dados para construir os indicadores epidemiológicos e operacionais indispensáveis na análise epidemiológica da doença, ao acompanhamento e avaliação operacional do Programa de Controle de Hanseníase e ao planejamento das ações de vigilância epidemiológica em hanseníase (BRASIL, 2000).

É importante ressaltar que, apesar do SINAN ter sido implantado com o objetivo de melhorar o processamento e a sistematização dos dados, desencadeou, em 1998, com sua implantação, perda de dados relevantes no controle da endemia hanseníase. Isso aconteceu porque não se valorizaram dados de controle de contatos e de incapacidades físicas mais detalhadas e porque os profissionais não foram qualificados para a implantação do sistema. No ARE Taubaté, na tentativa de resgatar informações, esses dados foram complementados na ficha de acompanhamento semestral dos doentes.

Na prática, verifica-se que a Política de Saúde vigente, principalmente quanto às questões de municipalização dos serviços de saúde, pode gerar uma fragmentação do trabalho em âmbito mais amplo, quando não são valorizadas as ações de hanseníase. Isto colabora para a manutenção da centralização da assistência à hanseníase em determinadas Unidades, ficando a assistência restrita a estes locais e alicerçada no compromisso profissional de algumas equipes.

Portanto, mesmo com a PQT implantada, o Programa de Controle da Hanseníase continua sendo monopólio de alguns serviços ou do próprio Estado, o que dificulta a busca ativa, o diagnóstico precoce, a prevenção de incapacidades e o controle da endemia. Acredita-se que o Programa só terá êxito quando as ações forem descentralizadas para todas as unidades básicas de saúde, agregadas a uma vontade política dos seus dirigentes no estabelecimento do controle de endemia como uma prioridade de governo, envolvendo, para tal, recursos humanos, materiais, formação adequada e divulgação maciça, tanto através dos meios de comunicação como da população em geral.

A Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, com a finalidade de rever e melhorar a situação epidemiológica e operacional da hanseníase no Estado de São Paulo (1993), resolve investir maciçamente na capacitação de recursos humanos, solicitando ao grupo técnico de enfermeiros que presta assessoria junto ao Programa de Controle da Hanseníase que reorganize a intervenção de enfermagem em hanseníase, adotando, como uma das estratégias, a capacitação dos enfermeiros que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), com a finalidade de transformar estes profissionais em supervisores na área de hanseníase.

Para a seleção dos profissionais a serem capacitados, foi realizado previamente um mapeamento, no Estado de São Paulo, com base nos indicadores epidemiológicos e operacionais, dividindo-se o Estado em várias regiões de ação. Foram selecionadas as regiões com maiores coeficientes e que tinham o enfermeiro ou algum profissional de nível médio atuando na área.

No período de 1993 a 1998, foram realizados cinco cursos, com 86 participantes, abrangendo a consulta de enfermagem, prevenção e controle das incapacidades físicas, vigilância epidemiológica, tratamento e esquema terapêutico, técnica de curativo, baciloscopia, teste de Mitsuda e atribuições do pessoal de enfermagem.

Também foram realizados cursos para os enfermeiros da área metropolitana de São Paulo. Durante 1998 e 1999, o processo de formação de recursos humanos de enfermagem para atendimento à hanseníase foi o da integração entre o município de São Paulo e o interior do Estado, por meio de cursos com participantes destas regiões. No final de 1999, além das noções teóricas e práticas sobre a hanseníase, foi agregado o módulo de atualização no tratamento de feridas (PEDRAZZANI, HELENE, VIEIRA, 2000).

Percebe-se que as mudanças dos modelos de Controle da Hanseníase são parte das transformações das Políticas de Saúde ocorridas no Brasil, apresentando marcos significativos, como o encerramento do tratamento com confinamento compulsório, na década de 70, e com a descentralização do atendimento para o Centro de Saúde, ou seja a implantação da nova tecnologia de trabalho na Saúde – a Programação. Outra situação foi a falência do tratamento com a dapsona, na década de 80, tendo como proposta a implantação do esquema de tratamento da Poliquimioterapia, que surge contemporaneamente com a implantação do SUS, e contempla o fato de o doente ser o mais importante sujeito da assistência, atendendo-o de forma integral, com uma equipe multiprofissional. Nesse período, também, ocorre a descentralização das ações de hanseníase.

1.4. CARACTERIZAÇÃO DO AMBULATÓRIO REGIONAL DE ESPECIALIDADES DE TAUBATÉ (ARE)

Na década de 70 e 80, o Ambulatório Regional de Especialidades de Taubaté (ARE) era denominado de Centro de Saúde I de Taubaté Dr. Renee Rachou, e pertencia ao Distrito Sanitário de Taubaté, sendo referência para onze municípios.

Na década de 70, os coeficientes de detecção e prevalência de hanseníase no município eram altos, e o doente, após o diagnóstico, era matriculado no então denominado Centro de Saúde I de Taubaté, único local que realizava o tratamento de doentes acometidos por esta patologia. Como o tempo de tratamento era longo (paucibacilar, 5 anos; e multibacilar, 10 anos), era comum que alguns dos doentes se tornassem faltosos ou até abandonassem a terapêutica, culminando com a resistência a droga.

Na década de 80, a equipe de trabalho era composta por enfermeiro, equipe de enfermagem (atendentes, visitantes sanitários e auxiliar de enfermagem), assistente social e dois dermatologistas. Visava-se atendimento ao doente quanto ao diagnóstico, tratamento, aceitação da doença, questões do estigma e Vigilância Epidemiológica, com preenchimento de fichas de controle e notificação, planilha de atualização e encaminhamento para a Prevenção de Incapacidades. O horário de atendimento era integral, mas apenas no período da manhã era realizado o atendimento médico.

O controle de faltosos era valorizado por meio de visita domiciliária, utilizando-se de recursos (viatura e motorista) de outras Secretarias Estaduais, o que colaborou, em certo momento, para atingir-se um controle muito elevado dos doentes e seus contatos. Contava-se também com um enfermeiro atuando diretamente na atividade de vigilância epidemiológica. Ao mesmo tempo, ocorriam relatos de doentes que compareciam ao serviço devido às constantes convocações que eram realizadas em sua residência, mas os medicamentos que levavam não eram utilizados, o que denotava inadequação das intervenções profissionais.

Para a implantação das Ações de Prevenção de Incapacidades e Reabilitação em Hanseníase, uma enfermeira foi capacitada, e posteriormente repassou a capacitação para o auxiliar de enfermagem e para o visitador sanitário, para que desenvolvessem as ações sob sua supervisão.

Foi definida uma sala para atendimento da Prevenção de Incapacidades e foram adquiridos alguns materiais, sob supervisão da equipe de hanseníase. No início, o trabalho era artesanal, pois as adaptações de calçados eram executadas manualmente pelos próprios profissionais da área. Convivia-se com uma série de dificuldades, tanto de falta de materiais para implantar o serviço de Prevenção de Incapacidades, mediante aplicação de técnica simples, como da não disponibilidade por parte dos funcionários de permuta de materiais de outras áreas, para desenvolver esta ação.

A equipe que atuava na área de PI sentia um certo isolamento e rejeição por parte dos outros funcionários da Unidade, devido talvez, ao estigma existente sobre esta doença.

Como os curativos faziam parte da assistência secundária, não eram realizados na Unidade, ficando sob responsabilidade do Posto de Assistência Médica do Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (PAM do INAMPS). Havia um contato com a enfermeira - chefe daquela Unidade, para proceder-se ao encaminhamento dos doentes para a realização dos curativos.

Quando a PI foi implantada, a primeira providência foi iniciar a realização dos curativos nesta área, aperfeiçoando treinamentos em curativos com bota de unna e de adaptação de calçados (palmilha simples; barra metatarsiana; fêrulas e aquisição de muletas), para aliviar as áreas de pressão do pé.

O número de doentes atendidos era alto, e por tratar-se de um serviço de referência como Centro de Saúde I, também eram atendidos doentes de outros municípios do Distrito Sanitário. Na verdade, era feito muito mais trabalho de nível secundário (curativo) do que primário, visto que não se conseguia dar conta da demanda do próprio município e dos de referência, sendo atendidos apenas os doentes com incapacidades já instaladas.

Com a implantação do SUDS (Serviço Unificado Descentralizado de Saúde), em 1989, o PAM do INAMPS foi integrado ao Centro de saúde I, realizando-se a união dos serviços, do nível estadual com o nível federal, ou seja, integrando-se a assistência primária com a secundária. Naquele momento foram obtidas reformas na estrutura do Centro de Saúde, com ampliação das áreas de atendimento e construção de uma sala de curativos mais adequada.

Com a fusão dos dois serviços, houve aumento de Recursos Humanos e de materiais permanentes e de consumo. Coincidentemente, nessa mesma época, a Organização Mundial de Saúde, juntamente com a OPAS (OMS, 1999) mostrou que os usos concomitantes dos medicamentos (dapsona, clofazimina e rifampicina) curavam os doentes mais rapidamente, e este esquema terapêutico, denominado “Poliquimioterapia” (PQT), começou a ser implantado em todos os países endêmicos, entre os quais o Brasil. No início da década de 90, a duração do tratamento foi reduzida, curando-se os doentes mais rapidamente (6 meses a 2 anos).

Com a nova proposta de implantação da Poliquimioterapia pela OMS e OPAS, esta Unidade foi indicada para implantar a PQT como Projeto Piloto (CERPHA, 1989). Os funcionários da área, bem como os novos funcionários do INAMPS, foram submetidos ao treinamento nesta nova modalidade de tratamento.

Para implantar o tratamento, existiam alguns pré-requisitos, dentre os quais a implantação de um laboratório com profissional especializado, para recebimento e leitura das baciloscopias de uma forma mais ágil (morfologia), e o atendimento médico integral. Foram contratados um biólogo, um técnico de laboratório e um clínico geral treinado em hanseníase, para atendimento no período da tarde.

Foi reestruturada a Prevenção de Incapacidades, criando-se instrumentos de análise das incapacidades e integrando-se os curativos na sala de curativo geral, sob a supervisão da enfermeira responsável pela atenção à hanseníase. A enfermeira do antigo INAMPS foi treinada nas ações de hanseníase, passando a atender exclusivamente nesta área. Foi implantada também a sapataria, para adaptação de calçados por um atendente que tinha aptidão e havia sido treinado em centros de referência.

Portanto, com a implantação da PQT, obtiveram-se vários ganhos para o serviço: um manual, que contempla desde a definição, etiologia, imunologia e epidemiologia da doença até as formas de diagnóstico (clínico, diferencial); tipos de exames para elucidar o diagnóstico; o tratamento medicamentoso e de Prevenção de Incapacidades; a organização de serviço; a educação continuada (treinamentos em serviço, reciclagens, treinamentos de PQT para todas as unidades da região de abrangência, trabalhos de grupo com os usuários); novas atribuições para a equipe multiprofissional, como a avaliação das atividades, por meio dos indicadores epidemiológicos e operacionais.

Passou-se, portanto, por grandes mudanças, e o ganho maior foi a forma de dar a assistência, sendo o mais importante no contexto o doente. Os grandes desafios eram: para maior integração dos serviços, abordar o doente integralmente e dinamizar o trabalho em equipe.

A implantação da PQT, a utilização de maior quantidade de drogas associadas e a diminuição do tempo de tratamento contribuíram para que a morte bacilar fosse mais intensa, desencadeando em alguns doentes reações hansênicas que necessitavam de uma intervenção multidisciplinar. Nesse aspecto, a equipe sentiu a necessidade da realização semanal (e posteriormente quinzenal) de reuniões, para discutir os casos e propor soluções.

Em alguns momentos, percebeu-se que a equipe estava misturando o papel profissional com o pessoal, e então recorreu-se a uma supervisão com profissional que não fizesse parte da equipe. Houve, portanto, a supervisão de uma médica psicoterapeuta, que foi de grande valia para o crescimento profissional dos membros da equipe.

O Programa de Controle da Hanseníase do Estado de São Paulo, através de sua equipe multiprofissional (médico, assistente social e fisioterapeuta), após fazer uma análise de todos os treinamentos que foram executados no Estado, resolveu modificar a forma de desenvolvimento dos profissionais, considerando alguns para fazerem parte do grupo de assessoria técnica das ações de hanseníase, e, dentre eles, contemplaram-se as ações de enfermagem e de serviço social, das quais fazem parte dois profissionais do ARE Taubaté.

Atualmente, o ARE Taubaté passa por indefinições de sua situação organizacional, principalmente no que se refere à subordinação hierárquica, visto que continua a ser uma das poucas Unidades de Saúde, não municipalizada, o que dificulta sobremaneira a descentralização das ações de hanseníase, principalmente para o município sede.

A situação é agravada pelo fato de que o gestor (Estado) não faz mais contratação de recursos humanos, bem como não adquire materiais. Assim, a equipe de hanseníase foi reduzida a dois médicos consultantes, um assistente social, três auxiliares de enfermagem e um administrativo, os quais sentem dificuldades para desenvolver e implementar as ações do Programa de Controle da Hanseníase como referência para os 27 municípios.

Verifica-se também que, a partir do início de 2001, toda a equipe que trabalha no período da manhã (médico e enfermagem) são novos neste setor, necessitando de um certo tempo para conhecer as rotinas e ações no controle da hanseníase.

Observa-se, que o atual momento, é de estar fazendo um diagnóstico situacional, com toda a equipe que trabalha no Programa, propondo um plano de ação integrado a outro serviço de saúde, para atender a demanda local, bem como para efetivar a descentralização das ações de hanseníase, visando maior eficiência no controle da endemia.

2. OBJETIVOS

2.1. GERAL

Estudar o atendimento no Programa de Controle de Hanseníase, com ênfase na Prevenção de Incapacidades, no Ambulatório Regional de Especialidades (ARE) de Taubaté, na década de 90.

2.2. ESPECÍFICOS

- ◆ Caracterizar a situação sociodemográfica de casos novos de hanseníase atendidos pelo ARE Taubaté, na década de 90;
- ◆ Identificar e avaliar ações de Prevenção de Incapacidades desenvolvidas no ARE Taubaté, referentes à população acima selecionada;
- ◆ Caracterizar e comparar as incapacidades dos doentes de hanseníase da população do estudo, no diagnóstico e no momento da alta.



3. METODOLOGIA

3.1. CAMPO DE ESTUDO

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 (IBGE, 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.

Quando ocorreu a integração dos serviços (Federal, Estadual e Municipal), em 1989, o ARE recebeu o nome fantasia, não reconhecido oficialmente, de Unidade Integrada de Saúde de Taubaté (UIST). Somente em 13 de agosto de 1998, pelo Decreto n.43379, o Centro de Saúde I de Taubaté passou a denominar-se Ambulatório Regional de Especialidades de Taubaté Dr. Renee Rachou - ARE - Taubaté, subordinado à Direção Regional de Saúde de Taubaté - DIR XXIV, da Coordenadoria de Saúde do Interior da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SÃO PAULO, 1998).

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 43.379, publicado no Diário Oficial de 14/8/98), constituindo-se Unidade de Referência, na DIR XXIV, que abrange 27 municípios: Aparecida do Norte, Areias, Arapeí, Bananal, Canas, Campos do Jordão, Cachoeira Paulista, Cruzeiro, Cunha, Guaratinguetá, Lagoinha, Lavrinhas, Lorena, Natividade da Serra, Pindamonhangaba, Piquete, Potim, Queluz, Redenção da Serra, Roseira, Santo Antônio do Pinhal, São Bento do Sapucaí, São José do Barreiro, São Luiz do Paraitinga, Silveiras, Taubaté e Tremembé. No ano 2000, havia na região aproximadamente 889 796 habitantes, segundo SINAN (IBGE, 1990).

O ARE Taubaté, 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, apresentando a seguinte estrutura: núcleo de assistência, núcleo de enfermagem, núcleo programático de moléstias infectocontagiosas, de ações psicossociais, de ações assistenciais e núcleo de apoio administrativo, além de prestar assistência técnica, que não se caracteriza como unidade administrativa (SÃO PAULO, 1998).

Escolheu-se esta Regional de Saúde e o Ambulatório de Taubaté para serem o local desta pesquisa por fazerem parte dos municípios prioritários para atuação em hanseníase no Estado de São Paulo e, portanto, ainda com médio coeficiente de prevalência e detecção de casos (SÃO PAULO, 2000). Outra razão da escolha foi o fato de o ARE-Taubaté ser o campo de trabalho desta pesquisadora.

Atualmente, o ARE conta com uma equipe multiprofissional e de enfermagem para atender os contatos, os suspeitos e os doentes de hanseníase. Apresenta uma demanda livre e espontânea para atender os casos suspeitos de hanseníase, com o objetivo de assegurar a busca ativa e realizar o diagnóstico precoce. Conta com o serviço de Prevenção de Incapacidades para promover a saúde, prevenir e recuperar as incapacidades já instaladas. Opera, também, com a retaguarda de um Hospital Universitário, para atender os casos mais complexos e para fazer diagnóstico precoce, sendo campo de estágio para os acadêmicos de medicina e de enfermagem, sensibilizando-os e capacitando-os para o problema da hanseníase na Região, Estado e País.

Apresenta como retaguarda terciária, nos casos de intercorrências durante o tratamento, especialmente para as reações hansênicas, o Hospital Universitário e o Hospital Lauro de Souza Lima (Bauru), para cirurgias corretivas.

3.2. POPULAÇÃO

O estudo foi realizado em 100% dos casos novos de hanseníase inscritos no Programa de Controle no período de 1990 a 1999, que corresponderam a 395 doentes.

Além dos casos novos diagnosticados a partir de 1990, também foram incluídos neste estudo os 13 doentes diagnosticados antes deste ano mas que iniciaram o tratamento com Poliquimioterapia a partir de 1990. O total correspondeu, portanto, a 408 doentes estudados.

Para selecionar a população, foram utilizadas as planilhas anuais de acompanhamento dos doentes de toda a década de 90, perfazendo dez planilhas.

A população foi estudada segundo os indicadores epidemiológicos e operacionais (coeficiente de detecção, percentual de multibacilares entre os casos novos, percentagem de casos novos com incapacidades de graus 2 e 3, e percentagem de casos novos com grau de incapacidades avaliado no ano); forma clínica; grau de incapacidades no diagnóstico e na alta; presença de reações; e tratamentos ministrados.

3.3. COLETA DE DADOS

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 (Anexo 1).

Após aprovação do Comitê, a pesquisadora entrou em contato com a Diretoria Regional do ARE Taubaté, solicitando autorização para realização do estudo, a qual assinou um termo de consentimento (Anexo 2).

Os dados foram coletados por meio de um levantamento histórico do período de 1990 a 1999, analisando os 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.

Este levantamento histórico constituiu-se dos dados obtidos nos documentos padronizados pelo Programa de Controle da Hanseníase, nos vários anos:

- 1 - Prontuários dos Doentes de Hanseníase;
- 2 - Ficha de Investigação Epidemiológica de Hanseníase, 1990 (Anexo 3);
- 3 - Ficha Individual de Investigação, 1998 (Anexo 4);
- 4 - Ficha de Acompanhamento de Caso de Hanseníase, 1998 (Anexo 5);
- 5 - Planilha de Acompanhamento Anual dos Pacientes de Hanseníase, 1990 a 1999 (Anexo 6);
- 6 - Boletim de Acompanhamento de Doentes de Hanseníase (Anexo 7);
- 7 - Planilha de Acompanhamento do ARE, 1999 (Anexo 8);
- 8 - Avaliação de PI: ocular, membros superiores e inferiores (Anexo 9);
- 9 - Roteiro de Avaliação de Prevenção de Incapacidades Físicas na Hanseníase: nasal, ocular, membros superiores e inferiores, 1994 (Anexo 10);
- 10 - Indicadores Epidemiológicos e operacionais quanto às incapacidades na hanseníase, banco de dados da Vigilância Epidemiológica da DIR XXIV, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo - Centro de Vigilância Epidemiológica - Divisão Técnica de Hanseníase e do CNDS/CENEPI/FNS, Ministério da Saúde.

Primeiramente foi pesquisado junto ao Diretor Técnico e a equipe de hanseníase do ARE Taubaté, do interesse em desenvolver este estudo. Posteriormente, com a devida autorização, foi oficializada a realização do estudo. Como a pesquisadora trabalha no ARE Taubaté, a equipe de hanseníase foi a maior motivadora para o desenvolvimento deste trabalho, pois todos atuam na unidade na atenção direta ao doente de hanseníase, e, muitas vezes, não têm conhecimento do fato de as atividades atenderem ou não aos objetivos propostos pelo Programa de Controle da Hanseníase.

Para conhecer a população alvo fundamentou-se nos estudos de GIL (1996 p.112) que afirma que:

“a seleção dos sujeitos da pesquisa deve ser pautada em critérios bem definidos, que permitirão generalizar os resultados obtidos na pesquisa, da qual os sujeitos pesquisados constituem uma amostra. Para isto, devem ser considerados as características relevantes que evidenciam os aspectos que devem ser estudados na população escolhida”.

Assim, para a identificação dos participantes do presente estudo, foram selecionadas as seguintes variáveis.

- a) Idade: categorizadas em faixas etárias, com base no registro do prontuário e na ficha epidemiológica;
- b) Sexo: categorizadas em masculino e feminino;
- c) Forma clínica: segundo a classificação de Madri (Indeterminada, Tuberculoíde, Dimorfa e Virchoviana-adotada pelo Ministério da Saúde do Brasil), coletada da Ficha de Investigação Epidemiológica (BRASIL, 1994);
- d) Procedência: identificando os bairros e municípios, obtida da ficha epidemiológica e prontuário, categorizada depois conforme mapa construído (Figura 8), a ser apresentado adiante.
- e) Escolaridade: categorizada em analfabeto, ensino fundamental completo ou incompleto, ensino médio completo ou incompleto, superior completo ou incompleto. Os dados também foram obtidos da ficha de investigação epidemiológica.
- f) Ocupação profissional: coletada por meio da ficha de investigação epidemiológica. A ocupação foi graduada em trabalho pesado, moderado, leve e inativo, segundo o Serviço de Leprologia, Argentina, 1968.

- g) Modo de detecção: identificando se foi encaminhado, demanda espontânea, exame de coletividade, exames de contatos e outros modos, por meio da ficha de investigação epidemiológica;
- h) Esquema terapêutico: esquema segundo o qual o doente vem se tratando (PQT/OMS/PB, PQT/OMS/MB e outros esquemas), conforme registros nos prontuários;
- i) Tipo de alta (cura, estatística, transferência, óbito, outros, não alta), coletado do prontuário;
- j) Ocorrência da reação: o dado foi obtido no prontuário, bem como as intervenções realizadas diante desta situação: tratamento medicamentoso (prednisona, talidomida); acompanhamento na PI; acompanhamento psicológico; acompanhamento social e trabalho de grupo.
- k) Grau máximo de incapacidades nas mãos, pés e olhos, no momento do diagnóstico: categorizado em 0, 1, 2 e 3, segundo a classificação do Manual do Ministério da Saúde, adaptado para o instrumento criado na unidade para avaliação da PI até 1993, e o instrumento preconizado pelo Programa de Controle da Hanseníase a partir de 1994 (BRASIL, 1994).
- l) Prevenção de Incapacidades com instrumentos que avaliam o 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.

3.4. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Primeiramente foi conversado com o estatístico, que propôs a realização de um estudo amostral, aleatório simples. Foi definido um percentual de cada ano a ser pesquisado, por forma clínica I (Indeterminada), T (Tuberculoíde), V (Virchoviana) e D (Dimorfa).

Os dados foram obtidos por meio das planilhas anuais de doentes de hanseníase (1990 a 1999), por ser fidedigno. Posteriormente, foi realizado um banco de dados no Excel, que contemplava nome, ano, matrícula, data de nascimento e forma clínica do doente.

As formas clínicas foram subdivididas em subgrupos, de acordo com o total de doentes, sendo realizado sorteio para eleger os casos que fariam parte do estudo.

Posteriormente os prontuários dos doentes eram levantados, para proceder-se à análise e incluí-los ou não no estudo amostral. Quando o caso analisado não fizesse parte da amostra, era escolhido o próximo da lista.

Foram estudados 43 prontuários com as respectivas fichas de Prevenção de Incapacidades, sendo criado um instrumento para alimentar o banco de dados, para serem inseridos no Epi info, versão 6.04 (DEAN, 1997).

Após várias reuniões com o estatístico, chegou-se à conclusão de que, mesmo aumentando a amostra a ser estudada, os dados obtidos não expressavam a realidade, por tratar-se de um estudo epidemiológico a ser realizado em um período longo. Diante do exposto, decidiu-se fazer a pesquisa com o número total de casos novos diagnosticados e em PQT da década de 90, que totalizara 408 doentes.

Para fazer a análise dos prontuários e fichas de PI, foi realizado um levantamento dos doentes por ano (1990 a 1999), por meio da planilha. Foi confeccionada uma listagem anual, com o número de matrícula, nome do doente, data de nascimento e forma clínica. Posteriormente, com esta listagem foi realizada uma análise no fichário índice, identificando se as matrículas eram compatíveis e se os prontuários encontravam-se arquivados no fichário central.

Após este estudo, os funcionários da área desarquivaram os prontuários do Fichário Central e as fichas da PI, para serem analisados. Era preenchida uma ficha para cada prontuário, contendo o número de identificação da ficha do doente, tratamento, PI e as reações. Como o estudo contemplava doentes que já haviam feito tratamento e doentes que ainda estavam em tratamento, a pesquisa foi desenvolvida também no período noturno e nos finais de semana, visando não prejudicar a rotina do atendimento.

Como o Fichário Central havia arquivado mais de 40.000 prontuários, foi difícil encontrar os prontuários mais antigos e alguns atuais, devido a erros no arquivamento.

Foi definido que seria trabalhado com os prontuários transferidos e com os casos que foram a óbito. Os prontuários que estavam no óbito foram arquivados em um fichário especial; no entanto, dos prontuários transferidos não havia nenhuma cópia no fichário central, tendo sido necessário utilizar os dados da Vigilância Epidemiológica da DIR XXIV, para completar algumas informações.

Portanto, foram elaboradas duas fichas como instrumentos de coleta de dados. Na primeira registravam-se as informações coletadas da pesquisa de prontuários, fichas epidemiológicas e fichas de levantamento das incapacidades físicas. Foram registrados: a data da coleta, dados pessoais de identificação, dados clínicos e epidemiológicos (Anexo 11).

Na segunda ficha, padronizavam-se as respostas, para servirem de subsídios à codificação dos dados no Epi info, software adotado pelo Ministério da Saúde conforme Anexo 12.

3.5. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados primeiramente elaborados, da população em estudo, foram processados manualmente, após análise dos documentos, em fichas padronizadas.

Posteriormente, os dados coletados foram incluídos num banco de dados. O programa banco de dados utilizado foi o Epi info versão 6.04 (DEAN, 1997).

A organização dos dados foi elaborada mediante a utilização de técnicas estatísticas realizadas pelo Serviço de Estatística da Comissão de Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, com o seguinte programa computacional: The SAS System for Windows (Statistical Analysis System), versão 6.12 (SAS INSTITUTE INC, 1989-1996).

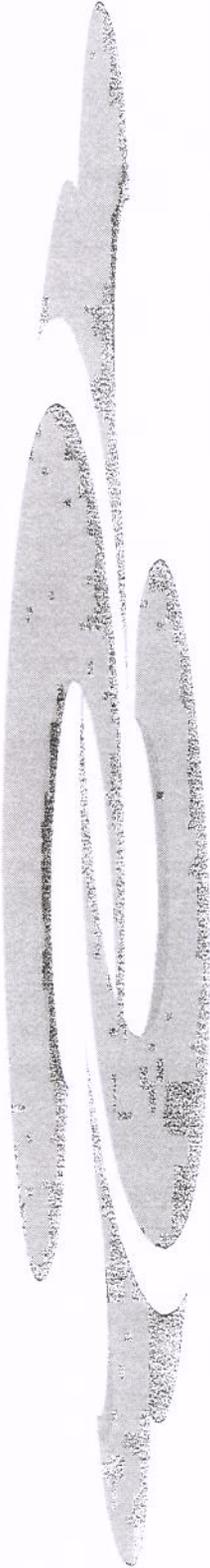
Para descrever o perfil do grupo estudado segundo as diversas variáveis em estudo, na metodologia estatística, foram feitas tabelas de frequência das variáveis categóricas (sexo, escolaridade e outras) e estatísticas descritivas das variáveis contínuas (idade, tempo entre diagnóstico e notificação e outras).

Para analisar a relação entre duas variáveis categóricas foi utilizado o teste Fisher, Qui-quadrado ou, quando necessário (valores esperados menores que 5), o teste exato de Fleiss/Agresti (1981) (FLEISS, 1981).

Para verificar mudança do Grau de incapacidade entre o diagnóstico e a alta foi utilizado o Teste de Mc Nemar ou teste de simetria, que verifica se houve mudança significativa de classificação entre os períodos (FLEISS & AGRESTI, 1981).

O nível de significância adotado foi de 5%, ou seja, $p < 0.05$.

Foram construídas Tabelas e Figuras que retratam e subsidiam as análises quantitativas e qualitativas dos dados produzidos.



4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor elucidar os resultados e discussões, optou-se por descrever primeiramente os indicadores epidemiológicos e operacionais, a caracterização da população estudada, as ações mais significativas do Programa de Controle da Hanseníase e finalizar com o impacto da Prevenção de Incapacidades.

Inicialmente, os dados foram analisados com base nos indicadores definidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL,1994 p.121), como:

“aproximações quantificadoras de um determinado fenômeno. Podem ser usados para ajudar a descrever determinada situação e para acompanhar mudanças ou tendências em um período de tempo. Permitem a comparabilidade entre diferentes coletividades e fornecem subsídios ao planejamento das ações de saúde”.

Os indicadores são divididos em dois grandes grupos: epidemiológicos e operacionais. Os indicadores epidemiológicos calculam o tamanho (magnitude) e ou gravidade (transcendência) do problema de saúde na coletividade, e o indicador operacional mede a quantidade ou a qualidade do trabalho desenvolvido; portanto, avalia a organização dos serviços (LOMBARDI, 1990, p.42).

Para o presente estudo, optou-se como indicador epidemiológico os coeficiente de detecção, percentagem de multibacilares entre os casos novos detectados no ano e percentagem de casos com incapacidades físicas entre os casos novos detectados e avaliados no ano. Como indicador operacional utilizou-se a percentagem de casos novos detectados cujo grau de incapacidades foi avaliado no ano.

Os resultados da pesquisa foram apresentados em forma de tabelas e figuras, para melhor observação e análise.

Como a pesquisa foi desenvolvida, com base nos dados coletados de documentos oficiais, do Programa de Controle da Hanseníase, surgiram-se certas dificuldades, dentre as quais, a variação da população estudada. Portanto, ante a apresentação dos gráficos e tabelas, depara-se com valores diferentes entre as amostras estudadas.

Segundo o IBGE (IBGE,1990), a população de Taubaté variou de 202.390, em 1990, para 229.130 habitantes, em 1999. Durante a década de 90, foram detectados 332 casos novos, independentemente da forma clínica, residentes no município. O primeiro indicador trabalhado foi o coeficiente de detecção, que é calculado da seguinte forma:

$$\text{Coeficiente de detecção:} \quad \frac{\text{Casos novos detectados no ano}}{\text{População em 1º de julho}} \times 10\,000$$

Este indicador determina a tendência secular da endemia e mede a intensidade das atividades de detecção de casos.

A Tabela 6 mostra a distribuição dos casos novos de hanseníase, o coeficiente de detecção, durante o período de 1990 a 1999, no ARE de Taubaté.

Tabela 6. Distribuição dos casos novos de hanseníase residentes em Taubaté, segundo o coeficiente de detecção (por 10.000 habitantes), no Ambulatório Regional de Especialidades de Taubaté, de 1990 a 1999

N=332				
Ano	População	Casos novos detectados	Coeficiente de detecção	Parâmetro de avaliação
1990	202.390	68	3,4	Muito alto
1991	205.840	34	1,7	Alto
1992	209.298	36	1,7	Alto
1993	211.678	21	1,0	Alto
1994	213.731	27	1,3	Alto
1995	215.731	27	1,3	Alto
1996	223.030	40	1,8	Alto
1997	223.538	27	1,2	Alto
1998	226.324	32	1,4	Alto
1999	229.130	20	0,9	Médio

Verifica-se, pela Tabela 6, que, no período de 1990 a 1999, o coeficiente de detecção por 10.000 habitantes, apresentou a seguinte distribuição: em 1990 foi considerado “muito alto” (2 a 4 casos por 10.000 habitantes); de 1991 a 1998, os índices foram “altos” (1 a 2 casos por 10 000 habitantes); somente em 1999 o índice foi médio (menos de um caso por 10.000 habitantes).

Considerando-se os dados do Brasil, do Estado de São Paulo, da DIR XXIV, que representa 27 municípios do Vale do Paraíba – SP, e de Taubaté, na década de 90, observa-se que, em 1990, o coeficiente de detecção de Taubaté era muito alto (3,4%), em comparação ao do Estado de São Paulo, que era médio (0,9%), e ao do Brasil, que era alto (1,9%). Já em 1999, identificou-se uma diminuição do coeficiente de detecção em Taubaté, para médio (0,9%), semelhante ao do Estado de São Paulo (0,7%). No entanto, diferente da DIR XXIV, que é alto (1,2%), e do Brasil, que é muito alto (2,5%) (SÃO PAULO, 2000). Os dados indicam que muitos casos novos continuam a ser diagnosticados e que a endemia ainda se faz presente, com diminuição discreta deste indicador.

Para o presente estudo, além dos casos novos diagnosticados e residentes em Taubaté, também foram considerados os que iniciaram o tratamento com Poliquimioterapia (PQT) e os que foram encaminhados de outros municípios para o tratamento no ARE Taubaté, em razão de vários fatores, como opção do próprio doente e ou falta de recursos do município de origem para o tratamento de hanseníase. Portanto, a população desta pesquisa é de 408, conforme mostra a Tabela 7.

Tabela 7. Distribuição dos casos novos de hanseníase e ou PQT, segundo a forma Clínica e ano do diagnóstico. Ambulatório Regional de Especialidades de Taubaté, 1990 a 1999

N=408

Ano	Forma Clínica									
	I		T		D		V		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1990	10	11,9	29	34,5	08	9,5	37	44,1	84	20,6
1991	02	4,6	14	31,8	09	20,4	19	43,2	44	10,8
1992	06	15,0	08	20,0	08	20,0	18	45,0	40	9,8
1993	02	6,3	07	21,9	09	28,1	14	43,7	32	7,9
1994	05	15,2	04	12,1	10	30,3	14	42,4	33	8,1
1995	01	3,2	06	19,4	11	35,5	13	41,9	31	7,6
1996	01	2,2	09	20,0	17	37,8	18	40,0	45	11,0
1997	01	3,1	11	34,4	10	31,3	10	31,2	32	7,8
1998	03	7,3	11	26,8	07	17,1	20	48,8	41	10,0
1999	01	3,9	05	19,2	06	23,1	14	53,8	26	6,4
Total	32		104		95		177		408	100,0

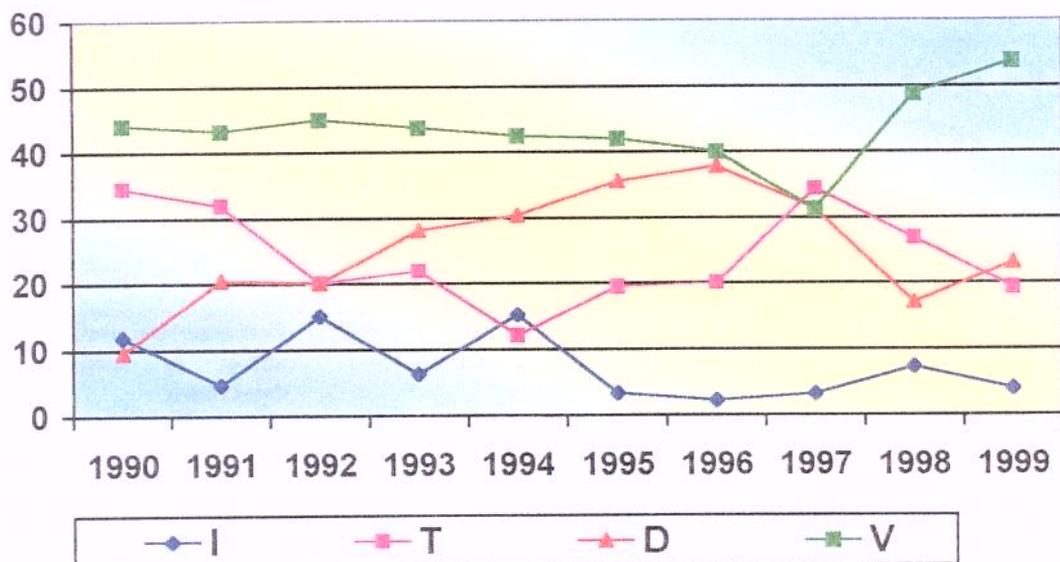


Figura 7. Distribuição dos casos novos de hanseníase e ou PQT, segundo a forma Clínica e ano do diagnóstico. Ambulatório Regional de Especialidades de Taubaté, 1990 a 1999

A Tabela 7 mostra que o maior índice de doentes apresentava a forma mais avançada da doença, sendo 43,4% Virchoviana, e 25,3%, Dimorfa. Estes achados são comprovados quando se estuda a forma Indeterminada, mostrando que, à medida que os anos passam, há diminuição do número de casos; em contrapartida, ocorre o aumento do número de casos nas formas Dimorfa e Virchoviana.

Quanto às formas clínicas, verifica-se uma alta porcentagem de doentes nas formas polarizadas, ou seja, Tuberculóide, Dimorfa e Virchoviana. Identifica-se na literatura esta mesma situação, em outros trabalhos sobre incapacidades físicas em hanseníase (OLIVEIRA, 1987; ROSA, 1987; PIOTO, 1996).

Segundo os dados epidemiológicos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e da DIR XXIV, a hanseníase continua sendo diagnosticada nas fases tardias, com elevado percentual dos casos de forma virchoviana.

Tabela 8 - Distribuição dos casos novos detectados com hanseníase, segundo a forma clínica multibacilar (V e D). Ambulatório Regional de Especialidades de Taubaté, 1990 a 1999

Ano	Total de casos novos detectados *	Total de casos novos multibacilares (V, D)**	N* = 332 N** = 221	
			Percentagem multibacilares entre os casos novos detectados	
1990	68	37	54,4	
1991	34	20	59,0	
1992	36	22	61,1	
1993	21	17	81,1	
1994	27	20	74,0	
1995	27	21	78,0	
1996	40	31	78,0	
1997	27	17	63,0	
1998	32	21	66,0	
1999	20	15	75,0	

Neste estudo, considerou-se como caso novo os doentes residentes no município de Taubaté, multibacilares, totalizando 221 doentes.

Para a percentagem de casos de multibacilares entre os casos novos detectados no ano, utilizou-se a fórmula indicada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000).

$$\text{Percentagem de multibacilares entre os casos novos} = \frac{\text{Total de casos novos multibacilares detectados no ano}}{\text{Total de casos novos detectados no ano}} \times 100$$

Este indicador irá determinar a tendência secular da endemia e estimar a efetividade das atividades desenvolvidas.

A Tabela 8 confirma os dados anteriores, pois pode-se verificar um aumento percentual significativo das formas multibacilares entre os casos novos detectados,

variando de 54,4%, em 1990, para 75%, em 1999. A maior percentagem ocorreu em 1993 (81,1%). Observa-se ainda que, nos anos de 1995 e 1996, houve um percentual elevado, chegando a 78%.

Esses fatos podem ter ocorrido devido ao maior investimento na contratação de profissionais e na intensificação e capacitação de mão-de-obra especializada, o que pode ter contribuído para uma maior detecção de casos, embora de modo preponderante nas formas multibacilares.

Segundo o Ministério da Saúde, BRASIL (2000), para calcular o percentual de casos com incapacidades físicas entre os casos novos detectados e avaliados no ano, utilizou-se a seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Casos novos residentes diagnosticados no ano com grau de incapacidade física 2 ou 3}}{\text{Casos novos residentes diagnosticados no ano com grau de incapacidade física avaliado}} \times 100$$

Tabela 9. Distribuição dos casos novos de hanseníase avaliados por incapacidade física, segundo os casos avaliados com graus 2 e 3 de incapacidades físicas. Ambulatório Regional de Especialidades de Taubaté, 1990 a 1999

Ano	Casos novos com grau de incapacidades física avaliado *	Casos novos com graus de incapacidades física 2 ou 3**	Porcentagem de casos com incapacidades física entre os casos novos avaliados	Parâmetro de avaliação
1990	64	21	32,8	Alto
1991	32	10	31,3	Alto
1992	35	08	22,9	Alto
1993	20	04	20,0	Alto
1994	26	-	0	Baixo
1995	27	02	7,4	Médio
1996	37	07	18,9	Alto
1997	23	07	30,4	Alto
1998	32	12	37,5	Alto
1999	20	13	65,0	Alto

O indicador acima, permite medir a efetividade das atividades para a detecção precoce de casos e estimar a endemia oculta (identificar se nos municípios que não têm nenhum caso, esses dados são fidedignos ou não). Considera-se como alto quando for maior ou igual a 10%, médio, se for de 5 a 9% dos casos; e baixo, menor que 5% (BRASIL, 2000).

Para proceder à análise com este indicador, é considerado caso novo detectado com grau de incapacidade avaliado aquele que tem pelo menos um de seus segmentos avaliados (mão, pé, ou olho) ou todos, que é o ideal.

O indicador epidemiológico considera os graus 2 ou 3 mesmo que sejam em apenas um segmento do corpo, utilizando o grau máximo quando da existência de uma pessoa com grau 2 e 3 ou inferiores, ao mesmo tempo.

A Tabela 9 mostra que, no período de 1990 a 1993, este indicador se mantém alto, o que pode ser devido à implementação, em 1990, da Prevenção de Incapacidades em

função da PQT, e devido ao fato de fazerem parte desta amostra doentes de hanseníase submetidos a tratamento de longa duração, e, portanto, com maior risco de apresentar elevados graus de incapacidade física.

A partir dos anos de 1994 e 1995, este percentual diminuiu, para nenhum caso de grau 2 ou 3 (baixo) e 7,4 (médio), respectivamente. Percebe-se, nesse período, um maior investimento nas questões normativas, como a edição do Guia de Controle da Hanseníase pelo Ministério de Saúde, 1994, que sistematizou as ações de hanseníase, bem como a maior capacitação de recursos humanos pela Secretaria Estadual de Saúde, o que garantiu os recursos técnicos e administrativos para desenvolver ações nos vários municípios da DIR XXIV. Conseguiu-se também, no município de Taubaté maior integração com as ações de saúde em geral, sensibilizando um maior número de profissionais, o que pode ter colaborado para a maior notificação de casos.

Nota-se, entretanto, que, de 1996 a 1998, este percentual retoma sua ascensão, atingindo o parâmetro alto, no município de Taubaté. Embora o número de casos diagnosticados tenha diminuído na década de 90, verifica-se alto índice de doentes com grau de incapacidade 2 ou 3 no ano de 1999 (65%). Comparando 1999 com 1990, na Tabela 9, percebe-se que o percentual é bem maior que o de 1990. Tal situação pode estar associada à não valorização da Saúde Pública, refletida em nossa Instituição, com a não contratação de novos profissionais, não reposição, ocorrendo diminuição significativa dos recursos humanos existentes, além da não integração com os serviços Municipais, dificultando as ações de descentralização da hanseníase para os serviços de atenção básica.

Outro fator que pode interferir no diagnóstico tardio das incapacidades, é a questão social e cultural. Sendo que no social tem-se como exemplo o estudo realizado por HELENE (1999), no município de São Paulo, que mostra em número expressivo, o doente de hanseníase inserido em situação de desigualdade social e pobreza, o que pode dificultar o acesso aos serviços de saúde. Quanto ao cultural, pode-se inferir ao estigma da doença, a causa da procura tardia ao serviço de saúde e conseqüentemente, com riscos, de incapacidades mais severas.

Portanto, o indicador mostra que a endemia se mantém e que as atividades para detecção precoce dos casos precisam ser melhor implementadas.

PIOTO (1996), quando apresenta que a proporção de doentes com grau 2 e ou 3, em seu estudo, ainda é alto, confirma que a hanseníase é um grave problema de Saúde Pública, o que é corroborado pelos dados da presente pesquisa.

Para analisar a percentagem de incapacidades físicas, utilizou-se o Indicador operacional padronizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000):

Percentagem de casos novos diagnosticados no ano com grau de incapacidades física avaliado:

$$\frac{\text{Casos novos detectados no ano com grau de incapacidades avaliado}}{\text{Total de casos novos detectados no ano}} \times 100$$

Para determinar os parâmetros das incapacidades, utilizou-se o critério padronizado pelo Ministério da Saúde BRASIL (2000), que define como Bom quando o percentual de avaliados em prevenção de incapacidades for maior ou igual a 90%; Regular, quando for entre 75% e 89%; e Precário, quando for menor que 75% dos casos avaliados. Este indicador tem como objetivo avaliar a qualidade do atendimento dos serviços de saúde.

Tabela 10 - Distribuição dos casos novos de hanseníase, segundo os casos avaliados na prevenção de incapacidades. Ambulatório Regional de Especialidades de Taubaté, 1990 a 1999

Ano	Total de casos novos detectados		Casos novos detectados nos anos, com grau de incapacidades avaliado		Percentagem de casos novos detectados com grau de incapacidades avaliado no ano	Parâmetro de avaliação
	N	%	N	%	%	
1990	68	20,5	64	20,3	94,1	Bom
1991	34	10,2	32	10,1	94,1	Bom
1992	36	10,9	35	11,1	97,2	Bom
1993	21	6,3	20	6,3	95,2	Bom
1994	27	8,1	26	8,2	96,3	Bom
1995	27	8,1	27	8,6	100,0	Bom
1996	40	12,1	37	11,7	92,5	Bom
1997	27	8,1	23	7,3	85,2	Regular
1998	32	9,7	32	10,1	100,0	Bom
1999	20	6,0	20	6,3	100,0	Bom
Total	332	100,0	316	100,0	-	-

Como se vê na Tabela acima a população estudada é de 332 doentes, e não de 408, devido a este coeficiente operacional contemplar apenas os casos residentes no município de Taubaté.

Observa-se que, na totalidade, foram avaliados 316 doentes (95,2%); não foram avaliados 16 doentes (5,0%).

Verifica-se, na Tabela 10, que, quando se estuda este parâmetro, com exceção de 1997, apresentou-se Regular, faz-se avaliação operacional do serviço, atingindo o parâmetro de avaliação Bom em todos os demais anos, o que demonstra que o serviço executa as ações de Prevenção de Incapacidades no Controle desta endemia.

Realizando uma análise qualitativa dos dados de 1997, identificou-se que, dos quatro casos que não foram avaliados, dois eram casos de transferência e que, portanto, os dados existentes são insuficientes para informar sobre a avaliação de PI no diagnóstico, devido ao prontuário ser transferido para o local que o doente dará continuidade ao seu tratamento.

Comparando os dados deste indicador operacional com o do Brasil e do Estado de São Paulo, no período de 1990 a 1998, verifica-se que no Brasil, no período de 1990 e 1991, era Precário; de 1992 a 1994, era Regular, sendo Bom apenas no período de 1995 a 1998. No estado de São Paulo, era Bom de 1990 a 1998, com exceção dos anos de 1994 e 1996, que era regular. Portanto, os dados do município de Taubaté, comparados com os do Brasil e os de São Paulo, se encontram-se em uma situação mais privilegiada (BRASIL, 1999b).

A análise dos dados, a seguir, apresenta a caracterização dos doentes estudados na pesquisa em relação a sexo, faixa etária, procedência, escolaridade e ocupação.

Tabela 11 - Distribuição dos casos novos de hanseníase, segundo forma clínica, sexo e faixa etária. Ambulatório Regional Especialidades Taubaté, 1990 a 1999

Sexo	Forma Clínica																		Total	
	I		T		D		V		M		F		M		N					
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
1 - 9	2	0,5	-	-	1	0,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	0,7
10 - 19	3	0,7	1	0,2	5	1,2	2	0,5	-	-	-	-	1	0,2	2	0,5	14	3,4		
20 - 29	5	1,2	4	1,0	3	0,7	14	3,4	5	1,2	8	2,0	13	3,2	18	4,4	70	17,2		
30 - 39	3	0,7	6	1,5	15	3,7	13	3,2	9	2,2	13	3,2	12	3,0	32	7,9	103	25,2		
40 - 49	5	1,2	1	0,2	12	3,0	7	1,7	8	2,0	17	4,2	8	2,0	36	8,9	94	23,0		
50 - 59	1	0,2	1	0,2	9	2,2	9	2,2	3	0,7	6	1,5	7	1,7	19	4,6	55	13,5		
≥ 60	-	-	-	-	6	1,5	8	2,0	14	3,4	12	3,0	13	3,2	16	3,9	69	17,0		
Subtotal	19	4,5	13	3,1	51	12,5	53	13,0	39	9,5	56	13,9	54	13,3	123	30,2	408	100,0		
Total	32	(7,8%)	104	(25,5%)	95	(23,3%)	177	(43,4%)	408	(100%)										

A Tabela 11 mostra que as faixas etárias mais freqüentes foram as de 30 a 39 e de 40 a 49anos, com 25,2% e 23%, respectivamente, ou seja, na fase produtiva, que muitas vezes é interrompida devido às incapacidades físicas instaladas, repercutindo nas condições socioeconômicas, devido ao desemprego ou subemprego. No ARE Taubaté, muitas vezes depara-se com a inversão de papéis na sociedade, quando o homem acaba assumindo as atividades do lar e a mulher passa a exercer atividade remunerada, com vínculo empregatício.

Em relação ao sexo, encontrou-se maior número de homens (60,0%) do que de mulheres (40,0%), e, quanto à forma clínica, 43,4% eram Virchovianas; 23,3%, Dimorfas; 25,5%, Tuberculóides; e 7,8%, Indeterminadas.

Verifica-se um percentual baixo de doentes na faixa etária de 1 a 9 anos, com 2/3 na forma inicial da doença e 1/3 diagnosticado na forma Tuberculoíde. Inversamente ao encontrado na faixa etária maior ou igual a 60 anos, verifica-se nenhum caso na forma inicial da doença, e um número significativo de casos nas formas polarizadas da doença.

Observa-se que na literatura também foram encontrados resultados semelhantes, nos estudos realizados por KANEKO *et al* (1990); OPROMOLLA *et al* (1990); OLIVEIRA (1987); ROSA (1987); PIOTO (1996), em que a incidência é maior nas faixas etárias acima de 20 anos, com maior predomínio do sexo masculino, e em que as formas clínicas mais comumente encontradas são a Virchoviana e a Dimorfa.

No estudo de HELENE (1999), encontra-se também maior predominância de doentes multibacilares (Virchoviana), entre os vários estratos sociais analisados. No, entanto, diferencia do presente estudo, quando confirma a maior exposição da doença entre as mulheres.

Segundo OPROMOLLA *et al* (2000), no Brasil, em 1998, identificou-se, entre os casos novos detectados, dados da forma clínica diferentes dos citados acima, em que é maior o número de doentes na forma I e T (paucibacilares - 22.083), em comparação com a forma Virchoviana e Dimorfa (multibacilares - 19.448).

Quanto à forma clínica e sexo, verifica-se maior predomínio do sexo masculino na forma virchoviana (69,5%); e no sexo feminino, o maior percentual foi na forma indeterminada (59,4%), situação idêntica ao do autor ROSA (1987). Nas demais formas, Dimorfa e Tuberculóide, os predomínios no sexo masculino e feminino são semelhantes.

Para melhor fundamentar as questões de maior incidência por forma clínica e sexo na hanseníase, é oportuno citar OPROMOLLA *et al*, (2000), que afirma que a influência do sexo é variável, e, quando se reporta à hanseníase de uma forma geral, a prevalência é maior no sexo masculino nas Filipinas, Índia, Uganda e Camarões, enquanto na Nigéria a prevalência é maior entre as mulheres. Na Tailândia, as prevalências são iguais. Nas Filipinas, Sul da Índia e Noruega, durante observação de 50 anos, verificou-se que a detecção de casos no sexo masculino é maior que no sexo feminino, entre os adultos.

Há exceções, como em alguns países da África, onde a porcentagem de detecção de casos novos é igual entre homens e mulheres, ou até maior em mulheres. No Brasil, dos 39.928 casos detectados em 1996, 55% eram do sexo masculino (20.950), e 45% (17.376) eram do sexo feminino.

A distribuição da forma clínica também é irregular, e, quando se analisa a prevalência da forma virchoviana, identifica-se que na África Central e Ocidental existiam apenas 5%, em contrapartida, na Ásia e Américas existiam mais de 30% de doentes acometidos por esta forma clínica. Analisando apenas os casos Virchovianas, verifica-se que a prevalência é constantemente mais elevada no sexo masculino depois da puberdade. A população feminina, no Brasil (1996), desenvolvia mais as formas iniciais da doença, fato este que parece ocorrer em função de as mulheres terem uma resposta mais eficaz contra a infecção pelo *M. leprae*.

DUERKSEN & VIRMOND (1997); OPROMOLLA *et al* (2000) apresentam resultados semelhantes ao encontrado no ARE Taubaté, com existência de um pequeno número de casos de hanseníase na infância com formas iniciais da doença (indeterminada e tuberculóide), fato este semelhante para o Brasil, para a América do Sul, África e Venezuela. No entanto, na Índia e no Havaí, mais de 50% dos doentes têm menos de 20 anos.

Portanto, quando se identifica no município de Taubaté um maior número de casos do sexo masculino e formas clínicas avançadas (V, D e T) mais prevalentes, pode-se considerar como responsáveis por isso as questões socioeconômicas, que induzem a uma

maior exposição do homem ao risco de contágio, com maior diagnóstico da doença. Outra questão é que o diagnóstico está sendo realizado de forma tardia, com detecção dos casos nas formas avançadas da doença, sugerindo deficiência no controle da endemia, quer seja na busca ativa, quer na descentralização das ações.

Apresentam-se as regiões com os respectivos bairros de Taubaté e sua frequência, no Anexo 13. Consta apenas 326 doentes residentes em bairros de Taubaté, dos 408 doentes estudados, devido ao fato de 68 pertencerem a outros municípios e de 14 não constarem informação sobre o bairro de residência.

Tabela 12. Distribuição dos casos novos de hanseníase e ou de PQT, segundo o município de procedência. Ambulatório Regional de Especialidades Taubaté, 1990 a 1999

Município	N=408	
	N	%
Aparecida do Norte	02	0,5
Caçapava	07	1,7
Campos do Jordão	03	0,8
Cunha	01	0,2
Guarulhos	01	0,2
Lorena	01	0,2
Pindamonhangaba	12	3,0
Redenção da Serra	02	0,5
Roseira	01	0,2
São Bento do Sapucaí	02	0,5
São Luiz do Paraitinga	03	0,8
Taubaté	340	83,3
Tremembé	29	7,1
Ubatuba	04	1,0
Total	408	100,0

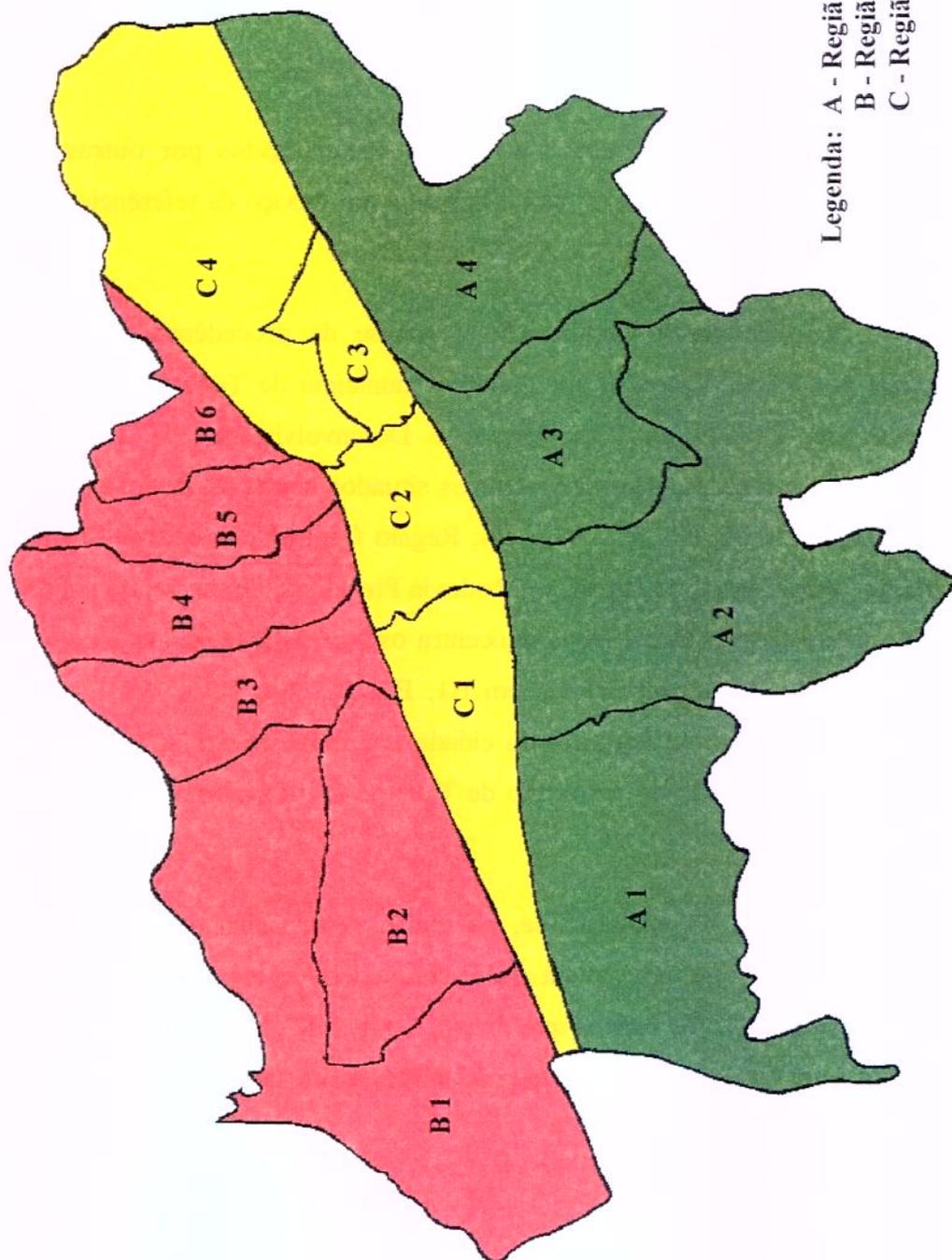
A Tabela 12 mostra 68 (16,7%) doentes procedentes de outros municípios. Os municípios que mais encaminham doentes são Tremembé (7,1%), Pindamonhangaba (2,9%), Caçapava (1,7%) e Ubatuba (1,0%), o que pode estar relacionado com a proximidade entre os municípios, com a necessidade do sigilo no tratamento, ou devido à melhor assistência prestada no ARE Taubaté.

Os resultados obtidos dos doentes encaminhados por outros municípios são significativos, confirmando que o ARE Taubaté é um serviço de referência para o Programa de Controle da Hanseníase, na DIR XXIV de Taubaté.

Para facilitar a identificação e análise da procedência dos casos novos de hanseníase por bairro, optou-se por dividir o município de Taubaté em regiões, conforme propostos pela Divisão de Planejamento e Desenvolvimento de Taubaté - Prefeitura Municipal de Taubaté: Região Alta - bairros situados acima da Rodovia Presidente Dutra, sendo subdividida em A1, A2, A3 e A4; Região Central - os bairros localizados entre a Estrada de Ferro Central do Brasil, e a Rodovia Presidente Dutra, sendo subdividida em C1, C2, C3 e C4; e Região Baixa - que concentra os bairros localizados abaixo da Estrada de Ferro Central do Brasil, subdividida em B1, B2, B3, B4, B5 e B6. Estas regiões estão representadas no mapa na Figura 8 da cidade por meio de cores. Vale ressaltar que este mesmo critério de divisão do município de Taubaté foi utilizado nos estudos desenvolvidos por SANDINI *et al* (1997).

A Tabela 13 apresenta-se, na região Alta, Baixa e Central do município de Taubaté, os bairros que apresentam maior frequência de hanseníase, estabelecendo como limite de tal frequência, os bairros que tinham à partir de cinco casos novos diagnosticados. Portanto, o total de doentes estudados não é 326, e sim 195, visto corresponder à amostra estudada.

Figura 8 - Distribuição dos casos novos procedentes das várias regiões do município de Taubaté



Legenda: A - Região alta
B - Região baixa
C - Região central

Tabela 13. Distribuição dos casos novos de hanseníase e ou de PQT, segundo as regiões e os bairros do município de Taubaté de maior procedência. Ambulatório Regional de Especialidades de Taubaté, 1990 a 1999

		N=195	
Região	Bairros	N	%
A	Parque Três Marias	18	9,2
	Imaculada	19	9,8
	Bosque da Saúde	07	3,6
	São Gonçalo	07	3,6
	Cidade de Deus	05	2,6
	Jardim América	05	2,6
Subtotal		61	31,4
B	Estiva	24	12,3
	Jardim Mourisco	11	5,7
	Aeroporto	10	5,1
	Parque São Luiz	08	4,1
	Ipanema	07	3,6
	Vila Prosperidade	07	3,6
	Parque Sabará	06	3,0
	Jardim Santa Tereza	06	3,0
	Chácara Visconde	06	3,0
	Parque São Cristovão	05	2,6
	Jardim Califórnia	05	2,6
	Subtotal		95
C	Centro	14	7,2
	Independência	11	5,7
	Gurilândia	08	4,1
	Vila São José	06	3,0
Subtotal		39	19,9
Total		195	100,0

A Tabela 13 mostra maior procedência dos casos novos de hanseníase, abrangendo um total de 195, dos 408 casos estudados. Verifica-se que o maior percentual é da zona urbana, pertencente à região baixa, 95 casos (48,6%), que se localiza na área periférica, onde está situada a população de menor poder aquisitivo. É mais freqüente nos bairros da Estiva, 24 casos (12,3%); Jardim Mourisco, 11 casos (5,7%); Aeroporto, 10 casos (5,1%); Parque São Luiz, 8 casos (4,1%); Ipanema e Vila Prosperidade, 7 casos, ambos com 3,6%.

Na região Alta, pertencente à área urbana, e também com a população de menor poder aquisitivo, o número de casos é de 61 (31,4%), sendo mais freqüentes nos bairros: Parque Três Marias, 18 casos (9,2%); Imaculada, 19 casos (9,8%); Bosque da Saúde e São Gonçalo, com 7 casos, respectivamente (3,6%). A região Central, onde concentra a população de maior poder aquisitivo, próxima ao ARE, concentra um menor número de casos, 39 (19,9%). Os percentuais são mais elevados no Centro, com 14 casos (7,2%), no bairro Independência, 11 casos (5,7%) e no bairro Gurilândia, 8 casos (4,1%).

Resultado semelhante foi encontrado na pesquisa de HELENE (1999, p.92) quando afirma que:

....“a maior parcela dos hansenianos está concentrada nos grupos marginalizados da produção social e que estão sendo deslocados para as regiões em que a exclusão social é mais acentuada no espaço compreendido pelos anéis periféricos e exterior da cidade”.

Na análise estatística desse dado, não houve diferença significativa com o teste Qui-Quadrado, cujo resultado foi $p = 0.989$ (região/forma clínica) e $p = 0.154$ (região/grau máximo de incapacidade).

Os resultados encontrados, segundo a procedência dos casos de hanseníase por região (alta, central e baixa), com as formas clínicas e os graus de incapacidades, foram:

- Na região alta o maior percentual é a Virchoviana (42,7%) e a Tuberculóide (28%), quanto ao grau de incapacidade mais freqüente foi o grau 0 (45%) e 1 (31,8%);

- Na região baixa, os maiores percentuais das formas clínicas são semelhantes à região alta, com 42,9% Virchoviana e 25,9% Tuberculoíde. No entanto, quanto ao grau de incapacidade o percentual maior é de grau 1 (38,2%), seguido do grau 0 (30,6%);
- Na região central a forma clínica mais freqüente difere tanto da região alta como a baixa, sendo 45% Virchoviana e 26,6% Dimorfa. Quanto ao grau de incapacidade, o maior percentual é no grau 1 (40,6%), seguida do grau zero (35,5%), semelhante à região baixa.

Portanto, a maior problemática da hanseníase ocorre na região baixa, devido ao maior percentual de doentes (48,6%) e forma avançada da doença (V - 42,9%), sugerindo-se a necessidade de intervenção à curto prazo.

O mapeamento dos casos de hanseníase por regiões e bairros, forma clínica e grau de incapacidade, apresenta um diagnóstico situacional das localidades que tem um maior número de doentes, fornecendo subsídios para implementar e implantar as ações de hanseníase no município de Taubaté, bem como, de propor capacitação de recursos humanos, atividades de busca ativa e trabalhos educativos com a comunidade.

Tabela 14. Distribuição dos casos novos de doentes de hanseníase e ou de PQT, segundo a escolaridade e forma clínica. Ambulatório Regional de Especialidades Taubaté, 1990 a 1999

Escolaridade	Forma Clínica								Total	
	I		T		D		V		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Analfabeta	-	-	11	3,6	6	2,0	20	6,7	37	12,3
Ensino fundamental Incompleto	11	3,6	41	13,6	45	15,0	76	25,3	173	57,7
Ensino fundamental Completo	4	1,3	8	2,7	11	3,7	24	8,0	47	15,7
Ensino médio Incompleto	2	0,7	4	1,3	2	0,7	5	1,6	13	4,3
Ensino médio completo.	2	0,7	4	1,3	6	2,0	5	1,6	17	5,6
Super. Inc.	1	0,3	3	1,0	2	0,7	0	-	6	2,0
Super. Com.	2	0,7	0	-	3	1,0	2	0,7	7	2,4
Total	22		71		75		132		300	100

Sem informação 108 (26,5%).

A população estudada foi de apenas 300 doentes, devido à falta de registros em 108 (26,5%) dos documentos analisados.

A análise estatística não revelou diferença significativa entre os dados obtidos (Fisher $p = 0.168$) e pode-se afirmar na Tabela 14, que entre os doentes estudados, 57,7% tem o ensino fundamental incompleto; 15,7% ensino fundamental completo; 14,3% correspondem aos de ensino de nível superior (completo e incompleto). Percebe-se que nos doentes com as formas Virchoviana e Tuberculóide, o analfabetismo está presente e de forma significativa, 15,2% (equivalente a 20 doentes num total de 132) e 15,5% (11 em 71 doentes), respectivamente.

À medida que melhora o grau de escolaridade (superior), as formas clínicas predominantes passam a ser as formas iniciais da doença (Indeterminada), o que pode ser atribuído ao fato de se ter maior acesso ao serviço de saúde diante do aparecimento de qualquer alteração no organismo, o que contribui para o diagnóstico precoce das doenças, em particular da hanseníase.

Verificam-se, nos estudos realizados por KANEKO et al (1990), resultados semelhantes aos encontrados nesta pesquisa, quando afirma que a maioria dos casos novos tem grau de instrução com ensino fundamental incompleto. Já nos estudos de ROSA (1987), PIOTO (1996), prevalece à baixa escolaridade, com grau de instrução nula, rudimentar e primária, diferente do encontrado nesta pesquisa.

Segundo OPROMOLLA *et al* (2000), verifica-se no mundo que a hanseníase ocorre mais nos países em desenvolvimento, onde se encontra uma população mais pobre e de mais baixa condição socioeconômica e cultural. Esta informação, portanto ajuda a esclarecer os dados encontrados na Tabela 14, que demonstra, à medida que piora a escolaridade, é maior o número de doentes; em contrapartida, à medida que melhora a escolaridade, o número de doentes é menor.

A ocupação foi graduada em trabalho pesado, moderado, leve e inativo, conforme a exigência de força física ou habilidade manual relacionada ao desempenho da tarefa, baseada no Serviço de Leprologia da Argentina, 1968.

Apresentam-se, no Anexo 14 os tipos de ocupações encontradas entre a população estudada, de acordo com o tipo de Trabalho desenvolvido, pesado, moderado, leve e inativo (SERVIÇO DE LEPROLOGIA DA ARGENTINA,1968).

Tabela 15 - Distribuição dos casos novos de hanseníase e ou PQT, segundo sexo e ocupação que exerciam no momento do diagnóstico. Ambulatório Regional de Especialidades Taubaté, 1990 a 1999

N = 408

Categoria Ocupacional	SEXO					
	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Trabalhos pesados	42	10,3	02	0,5	44	10,8
Trabalhos moderados	65	15,9	109	26,7	174	42,6
Trabalhos leves	57	14,0	22	5,4	79	19,4
Inativos	47	11,5	05	1,2	52	12,7
Sem informação	34	8,3	25	6,1	59	14,5
Total	245	60,0	163	40,0	408	100,0

A Tabela 15 mostra os resultados obtidos em relação ao sexo e categoria ocupacional, verificando-se que o maior percentual ocorre nos trabalhos moderados (42,6%), seguido do trabalho leve (19,4%). Quanto ao sexo e categoria ocupacional, verifica-se que os homens desenvolvem mais o trabalho pesado (10,3%), com maior frequência as atividades de pedreiro, lavrador e jardineiro. No trabalho moderado existe um maior percentual do sexo feminino (26,7%) desenvolvendo mais as atividades do lar, empregada doméstica, faxineira e costureira, ocupações estas, próprias das mulheres e atualmente realizadas com maior frequência, devido ao desemprego dos homens.

Segundo OLIVEIRA, (1987); OPROMOLLA *et al*, (2000); PIOTO, (1996) as mulheres desenvolvem a maioria das atividades, em função da vida familiar, como donas de casa, empregadas domésticas e faxineiras.

As atividades profissionais mais frequentes no trabalho leve foram de estudante, vendedor, comerciante e segurança.

Percebe-se um número significativo de doentes inativos em casa (12,7%), sendo a maioria entre os homens (11,5%) e aposentados. Quanto ao razoável número de doentes inativos encontrados na pesquisa, verificam-se, nos estudos realizados por ROSA (1987); PIOTO (1996) resultados semelhantes.

Segundo QUEIROZ & PUNTEL (1997), com relação à ocupação dos doentes foi encontrado um número significativo de trabalhadores braçais (ajudante de pedreiro, pintor) e de aposentados e pensionistas, semelhante ao encontrado nesta pesquisa. Os autores informam ainda, que a maioria das famílias dos doentes, com exceção de alguns de classe média, vivem em constante estado de tensão, devido à baixa remuneração pelo trabalho, a instabilidade no emprego, a falta de serviços públicos e apoio social, a ameaça representada pelo crime e o estado de carência em geral, além da própria situação da doença. Também o baixo nível de escolaridade dos doentes dificulta a inserção dos mesmos em trabalhos mais especializados, colaborando para que trabalhem como autônomos, em ocupações esporádicas (“bicos”).

Corroborando com o presente estudo, os achados de HELENE (1999, p.106) quando conclui que:

...“os doentes de hanseníase ocupam no trabalho que, progressivamente, do estrato superior para o inferior, envolvem tarefas, não qualificadas, trabalho autônomo e doméstico, próprios do ramo dos serviços, predominante no estrato intermediário e inferior”.

As análises a seguir contemplarão a avaliação das ações do Programa de Controle da Hanseníase.

Na Tabela 16, Poliquimioterapia (PQT) significa o novo tipo de tratamento para a hanseníase, preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Quando se cita paucibacilar, significa PB, ou seja, poucos bacilos, e que incluem as formas Indeterminada e Tuberculóide; e multibacilares significa MB, englobando as formas Virchoviana e Dimorfa.

A análise estatística, foi muito significativa, mostrando na Tabela 16, que os doentes da forma Indeterminada e Tuberculóide fazem o tratamento padronizado (PQT) numa frequência maior, com 90,6% e 87,5%, respectivamente, quando comparados com os doentes da forma Dimorfa e Virchoviana, que apresentam uma indicação de 86,3% e 85,3%. Verifica-se também um percentual elevado de outros tipos de tratamento para os doentes da forma Dimorfa e Virchoviana, atingindo 13,6% e 14,7%, respectivamente.

Tabela 16 - Distribuição dos casos novos de hanseníase e ou de PQT, segundo o esquema terapêutico e forma clínica. Ambulatório Regional de Especialidades Taubaté, 1990 a 1999

N = 408

Forma Clínica	Indeterminada		Tuberculóide		Dimorfa		Virchoviana		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
PQT/OMS/PB	29	90,6	91	87,5	0	0,0	0	0,0	120	29,4
PQT/OMS/MB	0	0,0	0	0,0	82	86,3	151	85,3	233	57,1
Outros	3	9,4	13	12,5	13	13,6	26	14,7	55	13,5
Total	32	7,8	104	25,5	95	23,3	177	43,4	408	100,0

Qui-Quadrado p = 0.001

Ao analisar-se os dados obtidos no presente estudo, Taubaté, comparando-os com o Estado de São Paulo em 1997 (SÃO PAULO, 1997a), quanto ao percentual de casos novos inscritos em PQT, verifica-se um menor percentual em Taubaté, atingindo 86,5%, enquanto em São Paulo o percentual é de 98,4%.

Segundo os parâmetros preconizados pela OMS, o percentual desejável de casos em PQT deve ser \geq a 95%, considerando-se eventualidades de limitação do uso em situações clínicas de exceção. As taxas entre 80 - 95% são consideradas regulares e precário o percentual de utilização de PQT abaixo de 80% (GUISARD & BARTOLOMUCCI, 2000). Portanto, de acordo com a OMS o Estado de São Paulo

atingiu o percentual desejável enquanto que Taubaté é considerado regular e com muitos casos com outro esquema (13,5%), fato este que merece um estudo mais aprofundado.

O modo de detecção e a forma clínica da doença não foi evidenciado diferença estatística (Fisher $p = 0.231$), encontram-se relacionados na Tabela 17, em que se observa que aproximadamente 2/3 (64,2%) dos doentes foram detectados através dos encaminhamentos. Dos restantes, a detecção através da demanda espontânea e exame de contatos distribui-se na mesma proporção (15,1%). Percebe-se que é muito baixa a detecção durante o exame de coletividade (0,8%).

Tabela 17 - Distribuição dos casos novos de hanseníase e ou PQT, segundo o modo de detecção e a forma clínica. Ambulatório Regional de Especialidades Taubaté, 1990 a 1999

N = 383

Modo de detecção	Forma Clínica								Total	
	I		T		D		V		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Encaminhado	16	53,3	64	64,0	67	74,4	99	60,7	246	64,2
Demanda Espontânea	4	13,3	13	13,0	12	13,3	29	17,8	58	15,1
Exame de Coletividade	0	0,0	0	0,0	1	1,1	2	1,2	3	0,8
Exame de contatos	9	30,0	19	19,0	7	7,8	23	14,1	58	15,1
Outros modos	1	3,3	4	4,0	3	3,3	10	6,1	18	4,7
Total	30		100		90		163		383	

Sem informação – 25 (6,1%)

A amostra estudada foi de 383 doentes, dentre os 408 analisados, devido à inexistência de registros em 25 dos mesmos.

Nos estudos realizados por ROSA, 1987; TRINDADE *et al* 1987, quanto ao modo de detecção, verifica-se que a maior parte dos casos foi registrada através dos encaminhamentos, semelhantemente ao encontrado na atual pesquisa. Em contrapartida, nos estudos de KANEKO (1990) os resultados foram diferentes, sendo mais significativa a procura espontânea.

Verifica-se, no ARE Taubaté, que as detecções entre os contatos são reduzidas, e isto sugere que os serviços estão deficientes na busca ativa de casos novos, principalmente através dos exames de contatos. Fato este que pode ser confirmado no estudo de VIEIRA *et al* (1999), quando atinge um percentual de controle de contatos de apenas 42%.

A baixa detecção na coletividade exige reflexão, pois, segundo uma pesquisa realizada por OPROMOLLA *et al* (1990), no município de Taubaté, nos vários serviços de saúde, a busca ativa na coletividade de casos suspeitos de hanseníase teve como resultado um grande número de casos novos.

O teste estatístico demonstra haver associação significativa em relação ao dado da Tabela 18 mostrando que 45,3% não sabem se conviveram com doente, e 29,8% confirmam que conviveram com doente de hanseníase. Vale ressaltar que, na forma indeterminada, 50% dos doentes confirmaram convívio com doente, enquanto que 36% da forma dimorfa informaram não convivência com outros doentes.

Tabela 18 - Distribuição dos casos novos de hanseníase e ou PQT, segundo o convívio prévio com doente de hanseníase por forma clínica. Ambulatório Regional de Especialidades Taubaté, 1990 a 1999

N = 386

Convívio com doente	Forma Clínica								Total	
	I		T		D		V		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Sim	15	50,0	33	33,3	16	18,0	51	30,3	115	29,8
Não	5	16,7	28	28,3	32	36,0	31	18,5	96	24,9
Não sabe	10	33,3	38	38,4	41	46,1	86	51,2	175	45,3
Total	30		99		89		168		386	100%

Sem informação: 22 (5,4%)

Qui-Quadrado p = 0.002

No total dos 408 da população estudada, foram analisados 386, devido à falta de registros de 22 doentes.

Na pesquisa de KANEKO (1990) foi encontrado resultado semelhante ao desta pesquisa, quando informa que 35,5% desconhecem convívio com doente e 22,3% afirmam que não conviveram com doentes.

É importante ressaltar OPROMOLLA *et al* (2000, p.106) que confirma:

“quanto mais íntima e duradoura for a convivência com um doente bacilífero sem tratamento, maior é a possibilidade de se contrair a doença. Por isso, em países com prevalência como a nossa, a busca de casos deve ser feita prioritariamente entre os contatos domiciliares de pacientes bacilíferos”.

Os dados sugerem o desconhecimento dos doentes sobre a hanseníase e sua transmissão, fato este confirmado quando se identifica que a maioria não sabe de quem contraiu a doença.

Reportando-se à Tabela 14, o fato de a mesma demonstrar que o grau de escolaridade é mais elevado na forma Indeterminada e Tuberculóide, fornece subsídios para a confirmação de que os 50% da forma Indeterminada sabem informar que conviveram com outros doentes ou supõem-se em virtude de terem um nível de escolaridade mais elevado, o que facilitaria o acesso ao serviço de saúde e conseqüentemente diagnóstico precoce da doença.

Portanto, os dados acima demonstram que o acesso à Educação tem implicações inequívocas na saúde, o que pode ser identificado na Legislação sobre o Controle da Hanseníase no Brasil que afirma:

“A Educação em Saúde, entendida como uma prática transformadora, deve ser inerente a todas as ações de controle da Hanseníase, desenvolvidas pelas equipes de saúde e usuários, incluindo familiares, e nas relações que se estabelecem entre os serviços de saúde e a população” (BRASIL, 2000 p.38).

O teste estatístico comprova haver diferença muito significativa entre os dados apresentado na Tabela 19 que mostra 74,3% dos doentes tiveram alta por cura; 10,9% ainda não receberam alta; 5,5% tiveram alta por transferência; 5,0% tiveram alta por óbito; 3,8%, alta estatística; e os demais incluem-se em outros tipos de alta e sem informação.

Tabela 19 - Distribuição dos casos novos de hanseníase e ou PQT, segundo o estado atual do tratamento e forma clínica. Ambulatório Regional de Especialidades Taubaté, 1990 a 1999

N = 397

Tipo de alta	Forma Clínica								Total	
	I		T		D		V		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Cura	29	96,7	89	88,1	70	76,1	107	61,5	295	74,3
Estatística	1	3,3	3	3,0	4	4,3	7	4,0	15	3,8
Transferência	0	0,0	3	3,0	2	2,2	17	9,8	22	5,5
Outros	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	1,7	3	0,7
Óbito	0	0,0	4	4,0	3	3,3	12	6,9	19	5,0
Não alta	0	0,0	2	2,0	13	14,1	28	16,1	43	10,9
Total	30		101		92		174		397	

Sem informação 11 (2,7%)

Fisher p = 0.001

Dos 408 doentes estudados, foi possível analisar nesta Tabela, 397 doentes, devido ao fato de que para 11 doentes não haviam registros desses dados.

Quanto à forma clínica, verifica-se que 96,7% dos doentes da forma Indeterminada receberam alta por cura, seguidos por 88,1% nas forma Tuberculóide. Já nas formas Dimorfa e Virchoviana, estes valores diminuíram significativamente, sendo 76% e 62,5%, respectivamente.

A alta por transferência e óbito ocorre em percentual mais elevado entre as formas Virchovianas, que pode se atribuído ao tempo prolongado do tratamento e às características da forma mais avançada da doença, com risco maior de complicações, bem como por acometer faixas etárias mais avançadas, respectivamente.

Os casos de não alta (10,9%) estão mais concentrados entre as formas Dimorfas e Virchovianas, que podem estar associadas ao tempo de tratamento mais prolongado, com maior risco de não aderência ao mesmo e também ao fato dos profissionais de saúde terem mais dificuldade de consentir a alta a estes casos, bem como a falha na organização do serviço.

Dados semelhantes são relatados por MURAI (1990), que encontrou um percentual maior de altas nas formas Indeterminada e Tuberculoíde; na forma Dimorfa, os doentes permaneceram por um tempo prolongado em tratamento.

Quando se comparam estes dados com os do Estado de São Paulo (BRASIL, 1999b), no período de um ano encontramos percentual semelhante, pois em 1998, 76% eram de alta por cura. Na questão do óbito e transferência, percebe-se que em Taubaté é bem menor, visto que a média foi de 5% nos últimos 10 anos enquanto em apenas um ano foram registrados 2%, em São Paulo.

Verifica-se, no município de Taubaté, que o percentual de alta estatística é baixo, 3,8% em 10 anos, enquanto que no Estado de São Paulo é de 18% em um ano. Portanto, estes dados podem sugerir que o serviço está fazendo um controle adequado dos doentes em tratamento.

A Prevenção de Incapacidades trata de um assunto muito complexo, que afeta não só o físico como o psicológico e o social do doente; sentiu-se, portanto, a necessidade de desenvolver um estudo detalhado, com base em conhecimentos científicos, e com utilização de instrumentos preconizados pelo Ministério da Saúde, bem como considerando conhecimentos empíricos quantificando e qualificando as características socioculturais, as incapacidades físicas instaladas nos membros superiores, inferiores e ocular (grau e sinais) e as reações hansênicas, especificando o tipo de intervenção. Pretende-se também comparar o serviço de PI, durante dez anos de estudos, em relação à recuperação, manutenção e piora das incapacidades no diagnóstico e na alta.

É importante ressaltar que a população estudada difere de acordo com a tabela analisada. No diagnóstico, a população será de 408 doentes, e na alta esta população diminui para 295 doentes, devido ao fato de fazerem parte deste estudo apenas os doentes que tiveram alta por cura.

Tabela 20 - Distribuição das incapacidades físicas avaliadas no diagnóstico, segundo o grau máximo e sexo. Ambulatório Regional de Especialidades Taubaté, 1990 a 1999

N = 384

Sexo	Grau máximo de Incapacidades								Total	
	0		1		2		3		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Masculino	75	19,6	88	22,9	50	13,0	15	3,9	228	59,4
Feminino	65	16,9	58	15,1	27	7,0	6	1,6	156	40,6
Total	140	36,5	146	38,0	77	20,0	21	5,5	384	100,0

Sem informação: 24 (6,3%)

Na Tabela 20 foram estudados 384 doentes pertencentes à população total que era de 408 doentes, devido à existência de 24 doentes sem informação, mostrando que 94,1% dos casos novos foram avaliados, durante o diagnóstico na PI.

A Tabela 20 mostra um maior percentual em todos os graus de incapacidades (0, 1, 2 e 3) para o sexo masculino (59,4%), em comparação ao sexo feminino (40,6%), embora estatisticamente esta diferença não seja significativa (Qui-Quadrado $p = 0.235$).

Quanto ao sexo e grau máximo de incapacidade parece haver maior prevalência nos graus 0 e 1, sendo os percentuais cumulativos para o sexo masculino e feminino, de 42,5% e 32,0%, respectivamente. Nos graus 2 e 3 existe um maior percentual para o sexo masculino (16,9%), quando comparado com o do sexo feminino (8,6 %).

Comparando com PIOTO (1996); GONÇALVES (1979); TRINDADE (1987), verifica-se também um maior percentual de incapacidades no sexo masculino do que no sexo feminino.

Nos estudos de PIOTO (1996), identifica-se também maior prevalência do grau 2 para ambos os sexos; em contrapartida, neste estudo foi encontrado maior percentual nos graus 0 e 1.

Os dados encontrados na pesquisa corroboram com os estudos de OPROMOLLA *et al* (2000), que descreve que parece haver uma frequência de deformidades menor no sexo feminino. Esses autores afirmam ainda que estudos realizados na Índia mostraram que a incidência de deformidades é duas vezes maior para o sexo masculino que para o feminino, para o grau 2. Outros trabalhos realizados na Venezuela, Nigéria e China relatam a mesma situação.

Identificam-se nas pesquisas desenvolvidas por OLIVEIRA (1987); ROSA (1987), resultados diferentes do encontrado neste estudo, em que a maior prevalência de incapacidades ocorre no sexo feminino.

Na Tabela 21, o teste estatístico demonstra haver diferença muito significativa, podendo afirmar que entre a população estudada, 384 doentes, 140 (36,5%) apresentavam grau 0; 146 (38%) grau 1, enquanto que o percentual de grau 2 e 3 foi de 25,6%, o que vêm a confirmar a importância de implementar e implantar as ações de Prevenção de Incapacidades, em todos os serviços de atenção básica de saúde. Esses dados encontrados diferem dos dados de OPROMOLLA *et al* (2000), que descreve que no Brasil, em 1998, dos casos novos (42.055), foram avaliados quanto à incapacidades 38.190, sendo encontrados 78% de grau 0, 15% de grau 1 e 7% de graus 2 e 3.

Nessa variável, foram considerados 384 doentes dos 408 estudados, em função da falta de informação sobre 24 doentes.

Tabela 21 - Distribuição das incapacidades físicas avaliadas no diagnóstico, segundo o grau máximo e forma clínica. Ambulatório Regional de Especialidades Taubaté, 1990 a 1999

N = 384

Grau	Forma Clínica								Total	
	I		T		D		V		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
0	19	63,3	48	48,0	33	37,1	40	24,2	140	36,5
1	11	36,7	26	26,0	40	44,9	69	41,8	146	38,0
2	0	0,0	23	23,0	11	12,4	43	26,1	77	20,1
3	0	0,0	3	3,0	5	5,6	13	7,9	21	5,5
Total	30	7,8	100	26,0	89	23,2	165	43,0	384	100,0

Sem informação: 24 (6,3%)

Qui-Quadrado $p = 0.001$

Comparando as formas clínicas com o grau de incapacidades no diagnóstico, verifica-se maior percentual na forma Indeterminada de grau 0 (63,3%), seguido de menor percentual na forma Virchoviana (24,2%). Quanto ao grau 1, o maior percentual encontra-se na forma Dimorfa (44,9%).

Quanto aos graus 2 e 3, verifica-se que a forma Virchoviana tem maior percentual (34%), dado este semelhante ao encontrado na pesquisa de PIOTO (1996). Na forma Tuberculóide também houve um percentual significativo dos graus 2 e 3, com 26%, seguido da forma Dimorfa, 18%, e nenhum caso da forma Indeterminada.

Segundo TRINDADE, 1992; GONÇALVES, 1979, existe uma diferença em relação à forma Indeterminada, pois os seus estudos indicam a existência de graus de incapacidades 2 e 3 nesta forma, achados estes que não ocorreram neste estudo, nem no diagnóstico, nem na alta.

Os dados encontrados na presente pesquisa confirmam que, quanto mais avançada for a forma clínica da doença, maior é o risco de se ter graus de incapacidades 2 e 3. Ex: Forma Virchoviana com maior grau de incapacidade 2 e 3.

Na Tabela 22 foram estudados 272 doentes pertencentes à população total, que era de 295 (alta por cura); destes, 23 não foram avaliados (8,5%).

Tabela 22 - Distribuição das incapacidades físicas avaliadas na alta segundo o grau máximo e forma clínica. Ambulatório Regional de Especialidades Taubaté, 1990 a 1999

N = 272

Grau	Forma Clínica								Total	
	I		T		D		V		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
0	22	81,5	41	54,0	29	42,7	34	33,7	126	46,3
1	5	18,5	17	22,4	30	44,1	40	39,6	92	33,8
2	0	0,0	16	21,1	8	11,8	21	20,8	45	16,5
3	0	0,0	2	2,6	1	1,5	6	5,9	9	3,3
Total	27	9,9	76	28,0	68	25,0	101	37,1	272	100,0

Sem informação: 23 (8,5%)

Fisher p = 0.001

A análise estatística confirma que a associação entre esse dados foi muito significativa, pois na população de 272 doentes foi identificado que 126 (46,3%) apresentavam grau 0 e 92 (33,8%), grau 1. Quanto aos graus 2 e 3, conjuntamente, identificou-se um percentual de 19,8%.

Correlacionando as forma clínicas com o grau de incapacidades na alta verifica-se na forma Indeterminada um percentual mais elevado para o grau 0 (81,5%) enquanto o menor percentual está na forma Virchoviana (33,7%).

Quanto ao grau 1, o maior percentual encontra-se na forma Dimorfa (44,1%). Em relação aos graus 2 e 3, verifica-se que a forma Virchoviana tem um percentual mais elevado (26,7%), seguido da forma Tuberculóide (23,7%), Dimorfa (13,3%) e nenhum caso na forma Indeterminada.

Comparando forma clínica e grau máximo de incapacidades, no diagnóstico e na alta, identifica-se que nas formas Indeterminada e Virchoviana aumentou o percentual de grau 0, sendo de 18,2% e 9,5%, respectivamente. Quanto aos graus 2 e 3 identifica-se uma diminuição, pois na forma Virchoviana foi de 7,3%; na Tuberculóide de 2,3%; na Dimorfa, de 4,7% e nenhum na forma Indeterminada.

Conclui-se que as Ações de Prevenção de Incapacidades colaboram para recuperar as incapacidades já instaladas, bem como evitam a sua instalação, necessitando-se, para que sejam mais abrangentes, o treinamento em serviço e a descentralização das ações de PI.

O teste estatístico mostra que a diferença foi levemente significativa, ente as duas variáveis categóricas estudadas na Tabela 23.

A Tabela 23 mostra que, dos 408 doentes estudados, foram analisados 378, devido ao fato de não terem sido avaliados, no diagnóstico das incapacidades nas mãos, de 30 doentes. Segundo as incapacidades físicas das mãos no diagnóstico, 60,6% se encontram no grau 0, e 26,2%, no grau 1.

Quanto aos graus 2 e 3 nas mãos, identifica-se um percentual de 13,2%.

Tabela 23 - Distribuição das incapacidades físicas avaliadas nas mãos no diagnóstico, segundo o grau máximo e forma clínica. Ambulatório Regional de Especialidades Taubaté, 1990 a 1999

N = 378

Grau	Forma Clínica								Total	
	I		T		D		V		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
0	24	80,0	65	65,7	55	62,5	85	52,8	229	60,6
1	6	20,0	18	18,2	27	30,7	48	29,8	99	26,2
2	0	0,0	15	15,2	6	6,8	24	14,9	45	11,9
3	0	0,0	1	1,0	0	0,0	4	2,5	5	1,3
Total	30	7,9	99	26,2	88	23,0	161	45,6	378	100,0

Não avaliados: 30 (7,9%)

Fisher p = 0.029

Comparando as formas clínicas com o grau de incapacidade nas mãos, verifica-se que existe uma tendência maior da forma Indeterminada apresentar grau 0 (80%), quando correlacionada com as demais formas. Na forma Virchoviana, o percentual é o menor do grau 0 (52,8%), o que corrobora com os dados da literatura, que demonstram que quanto mais avançada for a descoberta da doença, maior é o risco de incapacidades instaladas.

Identifica-se também na forma Indeterminada nenhum doente com grau 2 e 3 de incapacidades, enquanto nas formas Virchoviana e Tuberculóide estes graus são significativos, de 17,4% e 16,2%, respectivamente.

Verifica-se, na Tabela 24, que o número de doentes avaliados é de 270, dentre a população total estudada, que era de 295, correspondente aos doentes que tiveram alta por cura, devido ao fato de 25 doentes serem excluídos da amostra, por não serem avaliados, dados estes bem inferiores ao encontrados no diagnóstico.

Tabela 24 - Distribuição das incapacidades físicas avaliadas nas mãos na alta, segundo o grau máximo e forma clínica. Ambulatório Regional de Especialidades Taubaté, 1990 a 1999

N = 270

Grau	Forma Clínica								Total	
	I		T		D		V		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
0	25	92,6	55	73,3	56	82,4	67	67,0	203	75,2
1	2	7,4	10	13,3	8	11,8	20	20,0	40	14,8
2	0	0,0	10	13,3	4	5,9	10	10,0	24	8,9
3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	3,0	3	1,1
Total	27	10,0	75	27,8	68	25,2	100	37,0	270	100,0

Não avaliados: 25 (9,3%)

Fisher p = 0.071

A Tabela 24 mostra estatisticamente que o dado estudado foi levemente significativo com 75,2% de doentes, na alta, com grau 0, sendo mais elevado do que os dados encontrados no diagnóstico 60,6%, seguida pelo grau 1, que era de 26,2% no diagnóstico, diminuindo para 14,8%, que podem ter evoluído para o grau 0. Nos graus 2 e 3, o percentual encontrado é de 10%, igualmente inferior ao encontrado no diagnóstico, 13,2%.

Analisando as formas clínicas com o grau máximo de incapacidades nas mãos na alta, identifica-se na forma Indeterminada, maior percentual de grau 0 (92,6%) e nenhum doente com grau 2 e 3. Em contrapartida, a forma Virchoviana é a que apresenta menor percentual de doentes no grau 0 (67%).

Quanto aos graus 2 e 3, verifica-se uma tendência maior entre as formas Tuberculóide (13,3%) e Virchoviana (13%). Comparando estes dados com os do diagnóstico, verifica-se um percentual inicialmente bem mais elevado de grau 2 e 3 e a forma Virchoviana com um percentual maior que a forma Tuberculóide, neste grau de incapacidade.

Os dados da Tabela 25 indicam que o teste estatístico apresenta uma diferença muito significativa, com tendência a percentual mais elevado no grau 0 nos pés, no diagnóstico, com 49,6%, e de grau 1 com 35,6%. Nos graus 2 e 3, a incapacidades nos pés é de 14,8%.

Tabela 25 - Distribuição das incapacidades físicas avaliadas nos pés no diagnóstico, segundo o grau máximo e forma clínica. Ambulatório Regional de Especialidades Taubaté, 1990 a 1999

N = 379

Grau	Forma Clínica								Total	
	I		T		D		V		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
0	23	76,7	68	68,7	40	45,5	57	35,2	188	49,6
1	7	23,3	17	17,2	38	43,2	73	45,1	135	35,6
2	0	0,0	12	12,1	8	9,1	29	17,9	49	12,9
3	0	0,0	2	2,1	2	2,3	3	1,9	7	1,9
Total	30	8,0	99	26,1	88	23,2	162	42,7	379	100,0

Não avaliados: 29 (7,7%)

Fisher p = 0.001

Como se trata da avaliação do grau máximo de incapacidades no diagnóstico, o total da população estudada é de 408; destes, 379 foram avaliados, e 29 (7,7%) não foram avaliados.

Comparando-se as formas clínicas e o grau de incapacidades nos pés no diagnóstico, identifica-se um maior percentual de grau 0 na forma Indeterminada (76,7%) e Tuberculóide (68,7%) e um menor percentual na forma Virchoviana (35,2%). Estes dados indicam que, na forma inicial da doença, o risco de incapacidades é bem menor.

Nos graus 2 e 3, verifica-se nenhum doente na forma Indeterminada com este grau, enquanto nas formas Virchoviana e Tuberculóide estes percentuais são significativos, sendo de 19,8% e 14,2%, respectivamente. Conclui-se que os doentes na forma Tuberculóide, apesar de serem de menor risco epidemiológico (transmissão da doença), no serviço de Prevenção de Incapacidades são os que devem ser mais vigiados, devido ao maior risco de desenvolverem incapacidades, e também devido às exacerbações das respostas imunológicas, o que reforça os dados encontrados na pesquisa.

Segundo, BRASIL (1994, p.42):

...“as lesões nervosas estão, portanto, relacionadas com o comportamento imunológico do paciente, quanto melhor este for, menor será o número de nervos envolvidos e maior será a possibilidade de destruição dos filetes nervosos. Portanto, verifica-se, na Hanseníase Tuberculóide, que as paralisias são mais precoces e intensas”.

Na Tabela 26, dos 295 doentes estudados (alta por cura), foram avaliados 270 doentes; confirmando estatisticamente diferença muito significativa entre o dado encontrado portanto o número de não avaliados é de 25 doentes (8,5%). Mostra um percentual significativo de doentes com grau 0, nos pés, 59,6%, seguido do grau 1, 30,4%, enquanto nos graus 2 e 3 este percentual é de 10%.

Tabela 26 - Distribuição das incapacidades físicas avaliadas nos pés na alta, segundo o grau Máximo e forma clínica. Ambulatório Regional de Especialidades Taubaté, 1990 a 1999

N = 270

Grau	Forma Clínica								Total	
	I		T		D		V		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
0	25	92,6	50	67,6	37	54,4	49	48,5	161	59,6
1	2	7,4	14	18,9	24	35,3	42	41,6	82	30,4
2	0	0,0	8	10,8	7	10,3	10	9,9	25	9,3
3	0	0,0	2	2,7	0	0,0	0	0,0	2	0,7
Total	27	10,0	74	27,4	68	25,2	101	37,4	270	100,0

Não avaliados: 25 (9,3%)

Fisher p = 0.001

Quando se comparam os dados dos pés no diagnóstico e na alta, identifica-se que houve uma melhora das incapacidades, evoluindo em 10% para o grau 0, ou seja, sem incapacidades, o que indica uma maior atenção da PI e a maior sensibilização dos doentes para os autocuidados. Quanto aos graus 2 e 3, houve uma redução de 4,8%, indicando uma pequena melhora, que pode ser atribuída à maior dificuldade de recuperar os casos com incapacidades mais severas.

Comparando-se formas clínicas e grau máximo de incapacidades nos pés na alta, identifica-se situação semelhante nas mãos, em que, na forma Indeterminada, estão concentrados os doentes com menor risco de desenvolverem incapacidades, visto que 92,6% são grau 0 e nenhum doente apresenta graus 2 e 3. Na forma Virchowiana se encontra o menor percentual dos doentes sem incapacidades nos pés, ou seja, grau 0 (48,5%), quando comparados as demais formas.

Verifica-se, nos graus 2 e 3, freqüências diferentes das que ocorreram no diagnóstico e o percentual mais elevado é da forma Tuberculóide (13,5%) seguida da forma Dimorfa (10,3%) e, em último, da forma Virchowiana, com 9,9%.

Conclui-se que, apesar das formas Tuberculóide, Dimorfa e Virchoviana terem uma melhoria do grau de incapacidades, quando comparadas a avaliação no diagnóstico e na alta, a forma Tuberculóide foi a que teve uma recuperação menos significativa das incapacidades, o que pode ser atribuído, ao fato de os doentes desta forma serem mais susceptíveis às incapacidades mais severas, o que dificulta a sua recuperação. Este dado determina uma reflexão sobre a necessidade de maior atenção ao doente da forma Tuberculóide.

Comparando-se os dados no diagnóstico e na alta, das Tabelas 25 e 26, identifica-se, na alta, que o grau de incapacidade 0, nos pés, teve uma melhora, com um acréscimo de 15,9% na forma Indeterminada, bem como na forma Virchoviana, que aumentou em 13,3%. Quanto aos graus 2 e 3, verifica-se também uma melhora, com diminuição deste grau de forma significativa; na Virchoviana, foi de 9,9%, em relação ao diagnóstico.

Tabela 27 - Distribuição das incapacidades físicas avaliadas nos olhos no diagnóstico, segundo o grau máximo e forma clínica. Ambulatório Regional de Especialidades Taubaté, 1990 a 1999

N = 371

Grau	Forma Clínica								Total	
	I		T		D		V		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
0	29	96,7	80	82,5	76	88,4	117	74,1	302	81,4
1	1	3,3	11	11,3	7	8,1	22	13,9	41	11,1
2	0	0,0	6	6,2	0	0,0	11	7,0	17	4,6
3	0	0,0	0	0,0	3	3,5	8	5,1	11	3,0
Total	30	8,1	97	26,1	86	23,2	158	42,6	371	100,0

Não avaliados: 37 (9,9%)

Fisher p = 0.019

Na Tabela 27, a população estudada é de 408. Como não foram avaliados 37 (9%), a amostra analisada nesta Tabela foi de 371 doentes.

Analisando as formas clínicas com o grau máximo de incapacidade, verifica-se que segundo o teste estatístico a diferença foi significativa, mostrando um alto percentual de doentes na forma Indeterminada com menor risco de desenvolver incapacidades nos olhos, 96,7% estão no grau 0, e não existe nenhum doente com grau 2 e 3 nos olhos, nesta forma. Nas formas Dimorfa, Tuberculóide e Virchoviana existem um menor percentual de doentes no grau 0, sendo de 88,4%, 82,5% e 74,1%, respectivamente. Outro dado relevante: nos graus 2 e 3 existe um número significativo de doentes na forma Virchoviana e Tuberculóide, de 12,1% e 6,2%, respectivamente.

VIETH, SALOTTI, PASSEROTTI (s.d.) ressaltam a importância de valorizar a avaliação e ações no comprometimento ocular, reforçando que seus danos continuam a existir mesmo com o advento da PQT, e fundamentam-se nos dados da OMS, de 1991, que estimava haver cerca de 250 000 cegos em um total de doze milhões de doentes com hanseníase.

Tabela 28 - Distribuição das incapacidades físicas avaliadas nos olhos na alta, segundo o grau máximo e forma clínica. Ambulatório Regional de Especialidades Taubaté, 1990 a 1999

Grau	Forma Clínica								Total	
	I		T		D		V		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
0	26	96,3	63	87,5	58	87,9	81	81,8	228	86,4
1	1	3,7	7	9,7	7	10,6	10	10,1	25	9,5
2	0	0,0	2	2,8	0	0,0	5	5,1	7	2,7
3	0	0,0	0	0,0	1	1,5	3	3,0	4	1,5
Total	27	10,2	72	27,3	66	25,0	99	37,5	264	100,0

N = 264

Não avaliados: 31 (11,7%)

Na Tabela 28, dos 295 doentes que receberam alta por cura, 264 foram avaliados, correspondendo a um percentual de 11,7% (31) de não avaliados.

A tabela mostra que o dado estudado não foi estatisticamente significativo (Fisher $p = 0.412$). Verifica-se que 86,4% dos doentes têm grau 0 nos olhos na alta e que 4,2% têm grau 2 e 3. Comparando-se os dados do diagnóstico e da alta, Tabelas 25 e 26, identifica-se uma melhora, com incremento dos doentes para a não existência de incapacidade ocular em 5%. Nos graus 2 e 3 também houve melhora, com um decréscimo de 3,4%.

Quando se estuda o grau de incapacidades das diversas formas clínicas, identifica-se na forma Indeterminada um percentual elevado de grau 0 (96,3%) e da não existência de grau 2 e 3 ocular. A forma Virchoviana apresenta o menor percentual de grau de incapacidades ocular, para o grau 0, que é de 81,8%. No entanto, quando se compara a avaliação na alta nos olhos na forma Virchoviana com a avaliação dos pés e das mãos, verifica-se que é na avaliação ocular que se obteve um maior percentual de doentes sem nenhum problema com a hanseníase, seguido das mãos e, por último, dos pés.

Em relação aos graus 2 e 3, os dados sugerem que o maior percentual de incapacidades ocular está na forma Virchoviana (8,1%), seguida da forma Tuberculóide (2,8%) e Dimorfa (1,5%).

Comparando-se os dados no diagnóstico, identifica-se que, na forma Virchoviana, nos graus 2 e 3 ocular, houve uma diminuição de 4%, enquanto na forma Tuberculóide a diminuição foi de 3,4%.

Os achados de TRINDADE *et al* (1987); PEDROSO *et al* (1989); PIOTO (1996) são semelhantes aos encontrados na presente pesquisa, em que o maior grau de incapacidade ocorre nos membros inferiores, seguido pelos membros superiores e, em menor percentual, o comprometimento ocular. Complementando, PEDROSO *et al* (1989) atribuem o maior predomínio das lesões nos pés, em vista do agravante do ortostatismo bipodal (manter-se em pé), e acrescenta que as lesões oculares ocorrem em menor percentual devido a uma frequência subestimada. Corroborando com este achado, TRINDADE *et al* (1987) refere que o menor percentual de comprometimento ocular ocorre devido à maior dificuldade dos médicos em detectar tais lesões.

Reportando à atual pesquisa, acredita-se que os dados de comprometimento ocular encontrados na presente pesquisa, sejam fidedignos ou confiáveis, pois no período estudado o ARE Taubaté dispunha de recursos humanos (enfermagem e médicos)

capacitados para desenvolver o diagnóstico de comprometimento ocular e atuar adequadamente, conforme as necessidades.

Os estudos de OLIVEIRA, 1987; ROSA, 1987 diferem parcialmente dos dados encontrados na presente pesquisa, em que se verifica que as maiores frequências de lesões incapacitantes ocorreram nos pés, seguidos dos olhos e, por último, das mãos, no diagnóstico.

Portanto, quando se compara o grau máximo de incapacidades avaliado no diagnóstico das mãos, pés e olhos, identifica-se a ocorrência de maior percentual de grau 0 nos olhos (81,4%), seguido das mãos (60,6%) e, em menor percentual, nos pés (49,6%). Quanto ao percentual de graus 2 e 3, o maior percentual, encontra-se nos pés (14,8%), seguido das mãos, 13,2% e os olhos têm o menor percentual, 7,6%. Estes achados expressam a necessidade de atuar de modo efetivo e continuado nas ações de Prevenção de Incapacidades, principalmente nos membros superiores e inferiores.

Conclui-se que os membros inferiores são os mais comprometidos pelas incapacidades no presente estudo. Com base na literatura BRASIL (2001), acredita-se que o maior risco de incapacidades ocorre devido à perda da sensibilidade protetora ou anestesia; modificações da forma do pé por alterações das estruturas ósseas; pele anidrótica; e a marcha, que submete o pé a forças anormais, como longas caminhadas, passos longos ou corridas. Um outro agravante: seria o fato de culturalmente, as pessoas não terem o hábito de avaliar os pés, e, como os mesmos estão “protegidos pelos sapatos” (mais distante dos olhos), as incapacidades serão diagnosticadas somente nas fases mais avançadas.

As Figuras 9, 10 e 11 indicam o nível de escolaridade relacionado com o grau de incapacidades encontrado nas mãos, pés e olhos, durante o diagnóstico.

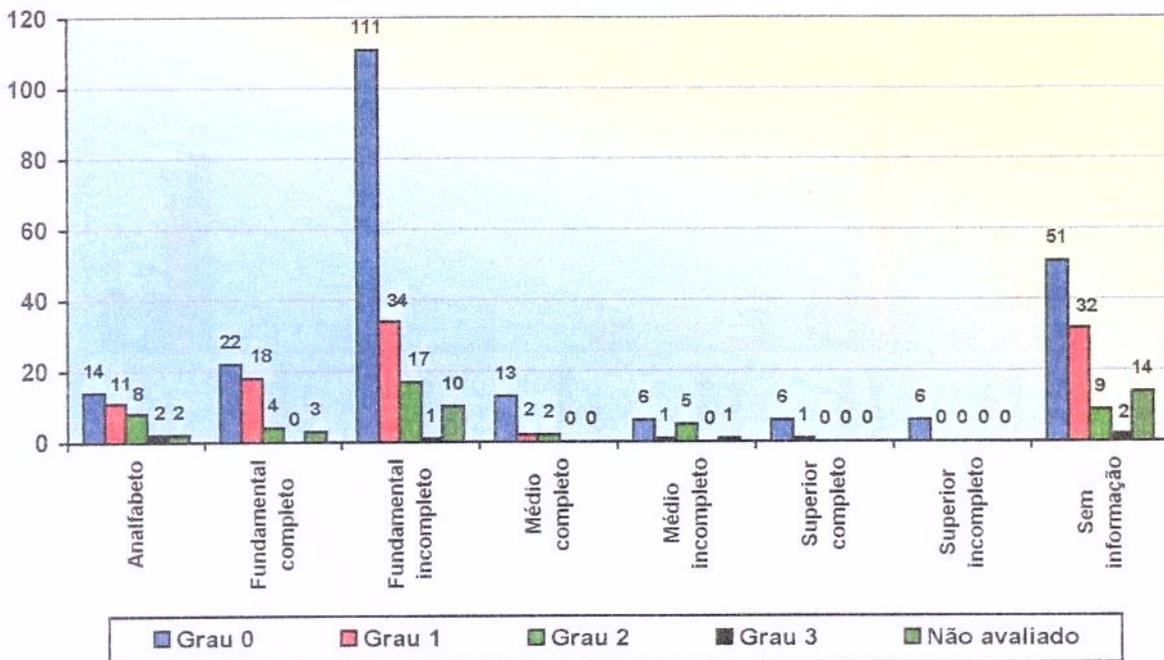


Figura 9 - Distribuição dos casos novos de hanseníase e ou PQT, segundo escolaridade e grau de incapacidade nas mãos, no diagnóstico. Ambulatório Regional de Especialidades Taubaté, 1990 a 1999

A população estudada foi de 300 doentes, devido à falta de registro sobre o grau de escolaridade em 108 (36%) dos prontuários analisados.

A Figura 9 identifica um maior número de doentes com instrução do Ensino fundamental incompleto, sendo 111 com grau zero, 34 com grau um, 17 com grau dois e 1 com grau três de incapacidade. Verifica-se, também, um maior grau de incapacidade (2 e 3) nos doentes com nível de escolaridade mais baixo (analfabeto, ensino fundamental incompleto e ou completo). À medida que melhora o grau de escolaridade (superior completo e ou incompleto), não aparece nenhum caso com grau 2 e 3.

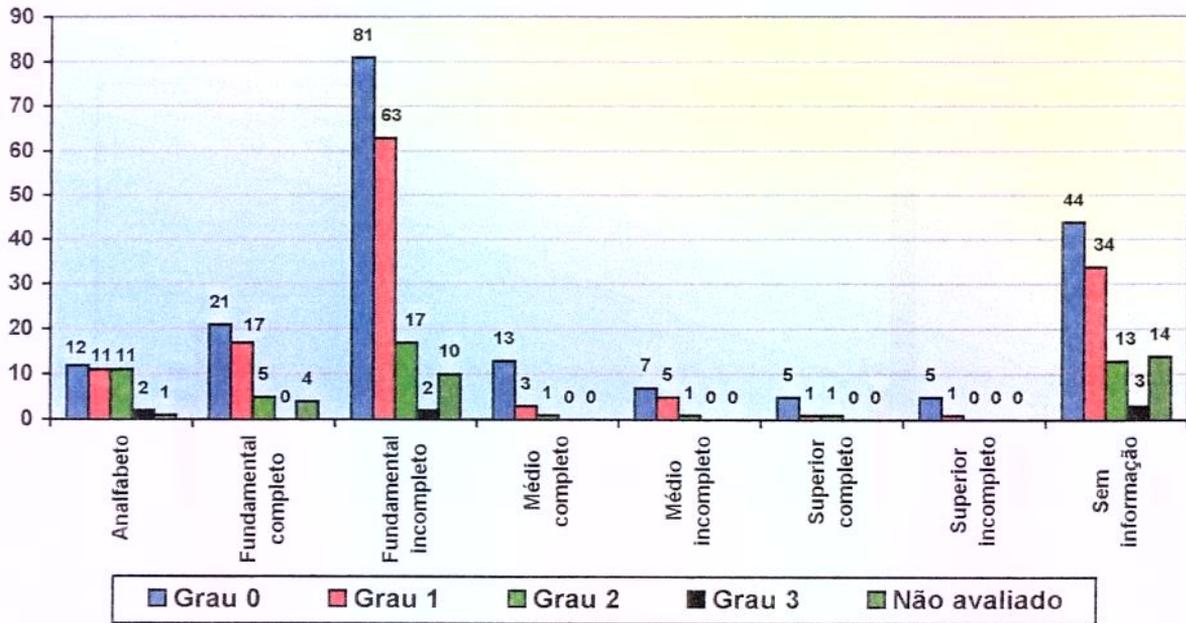


Figura 10 - Distribuição dos casos novos de hanseníase e ou PQT, segundo escolaridade e grau de incapacidade nos pés, no diagnóstico. Ambulatório Regional de Especialidades Taubaté, 1990 a 1999

A Figura 10 apresenta dados semelhantes aos da Figura 11, mostrando um maior número de casos no ensino fundamental incompleto, com 81 casos no grau zero, 63 no grau 1, 17 no grau 2 e 2 no grau 3.

Verifica-se que, no grau de instrução do ensino fundamental incompleto e completo, a existência de grau de incapacidade mais elevado (2 e 3). À medida que o nível de escolaridade vai melhorando (ensino médio incompleto, completo; e superior) diminuem significativamente os graus 2 e 3.

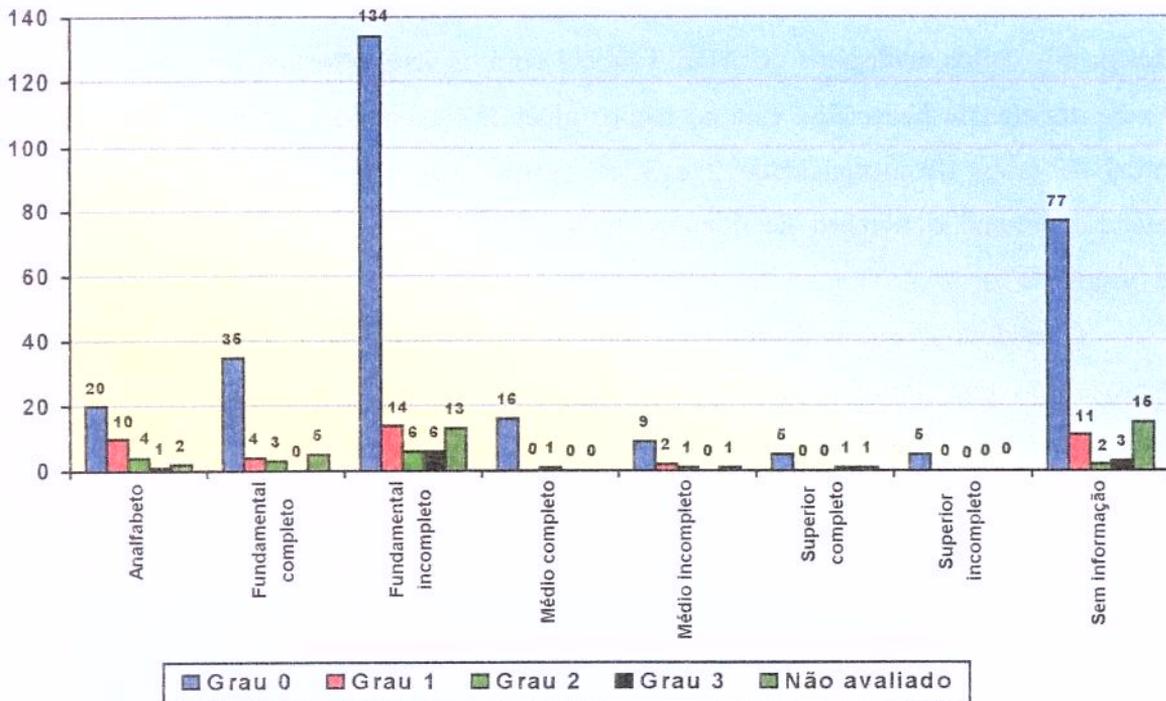


Figura 11 - Distribuição dos casos novos de hanseníase e ou PQT, segundo escolaridade e grau de incapacidade nos olhos, no diagnóstico. Ambulatório Regional de Especialidades Taubaté, 1990 a 1999

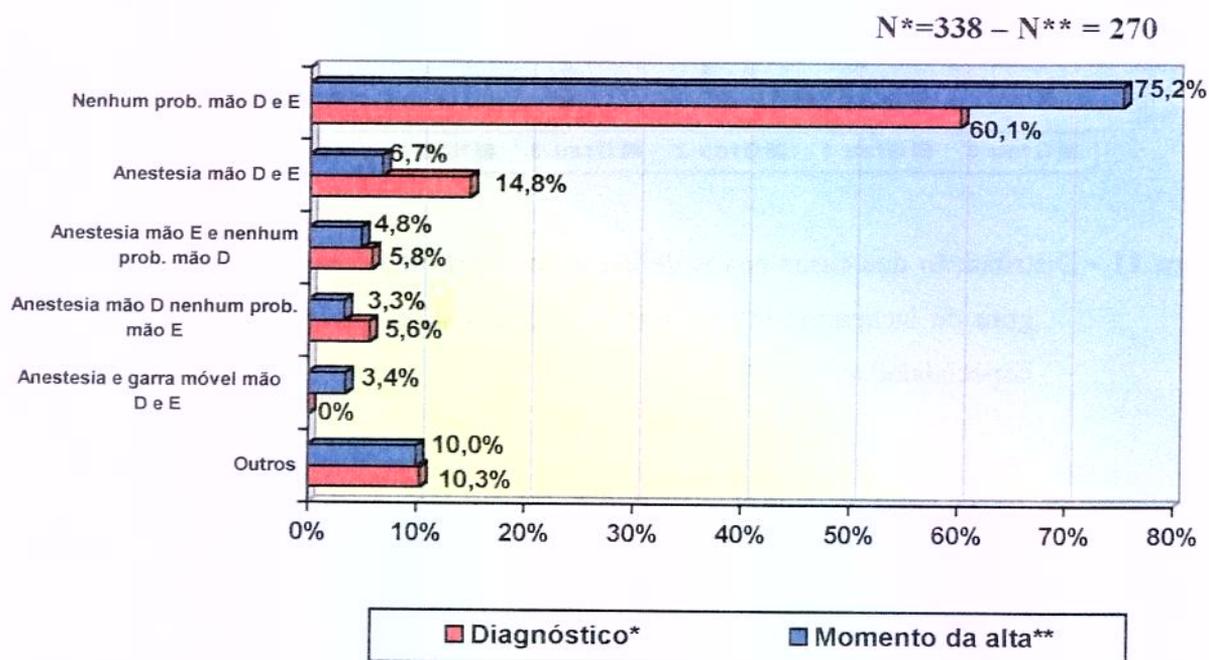
A Figura 11 apresenta um maior número de doentes, também no ensino fundamental incompleto: 134 têm grau 0, 14 têm grau 1, 6 têm grau 2 e 6 têm grau 3.

A medida que diminui o nível de escolaridade, aumenta o grau de incapacidade (2 e 3); em contrapartida, melhorando o nível de escolaridade, diminui significativamente o grau de incapacidades (2 e 3).

Portanto, a pesquisa demonstra que as Figuras 9, 10 e 11 apresentam situações semelhantes, quando se identifica que a maioria dos doentes não concluíram o ensino fundamental, situação na qual os graus 2 e 3 de incapacidade são mais significativos. Observa-se que, à medida que aumenta o nível de escolaridade dos doentes, diminui o número de casos da doença e os graus de incapacidade 2 e 3.

Segundo GONÇALVES (1979); PIOTO (1996); ROSA (1987), percebe-se uma semelhança dos dados analisados do ARE Taubaté com os seus achados, em que o maior número de doentes de hanseníase está no menor nível de escolaridade, bem como o maior percentual de graus de incapacidade 2 e 3. À medida que o nível de escolaridade vai aumentando, diminui o número de doentes, bem como os graus de incapacidades mais graves (graus 2 e 3).

Considera-se que o doente com nível de escolaridade mais elevado, apresenta maior propensão para desenvolver maior consciência corporal, incorporando com mais facilidade o autocuidado com os olhos, mãos e pés.



Outros: lesão traumática, garra móvel, reabsorção discreta, articulação anquilosada

Figura 12 - Distribuição dos tipos de incapacidades mais freqüentes nas mãos no momento do diagnóstico e da alta. Ambulatório Regional de Especialidades Taubaté, 1990 a 1999

A Figura 12 mostra que, da população de 338 doentes estudados no diagnóstico, em comparação com a alta, que engloba uma população de 270 doentes, há uma melhora, com aumento do percentual de ausência do problema em ambas as mãos na freqüência de

75,2%. Com relação à anestesia na mão direita e esquerda, observa-se uma diminuição para 6,7%; na anestesia na mão esquerda e nenhum problema com a mão direita houve uma diminuição para 4,8%, e diminuição para 3,3% da anestesia na mão direita e nenhum problema com a mão esquerda. Constatou-se, no grupo dos outros, que corresponde a 10%, uma recuperação na alta das lesões traumáticas.

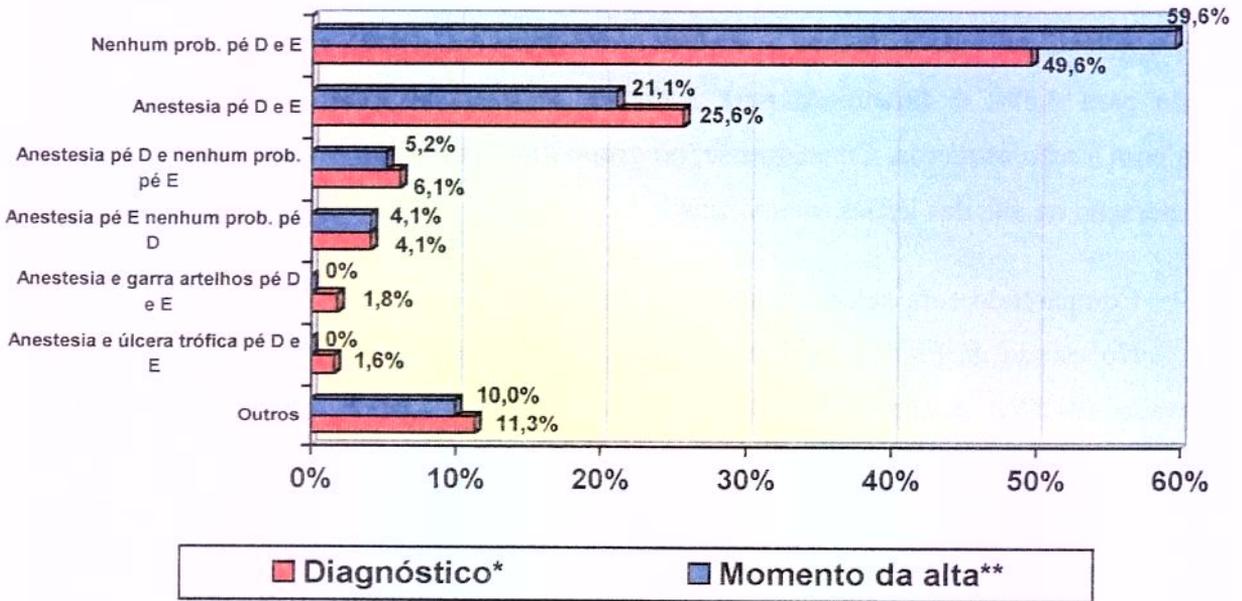
Comparando com outros estudos verifica-se:

No estudo de PIOTO (1996), o percentual de doentes com garra móvel é bem mais elevado (21,5%) e apresenta diferença, quando afirma que a mão esquerda foi ligeiramente mais comprometida que a mão direita.

TRINDADE *et al* (1987) difere desta pesquisa, quando afirma que nas mãos houve um maior número de garra móvel, reabsorção discreta e articulação anquilosada.

Os resultados de OLIVEIRA (1987) também diferem dos dados deste trabalho: para ela, houve um número elevado de insensibilidade nas mãos (63,85%), seguido de úlceras e traumas (22,89%), garra móvel (21,68%) e reabsorção leve (11,44%). Comparando-se os achados dos vários autores, com os desta pesquisa, não se vislumbrou qualquer semelhança. Verifica-se, portanto, que o maior percentual está nos casos que não apresentam nenhum problema, como na mão direita e esquerda, identificando ainda uma melhora dos percentuais de incapacidades, quando se compara o diagnóstico com a alta, denotando que as ações de PI, implementadas no ARE Taubaté, no período de 90 a 99 recuperaram e evitaram complicações nas mãos.

N* = 379 - N** = 270



Outros: contratura, garra de artelhos, pé caído, úlcera trófica, reabsorção discreta e reabsorção intensa

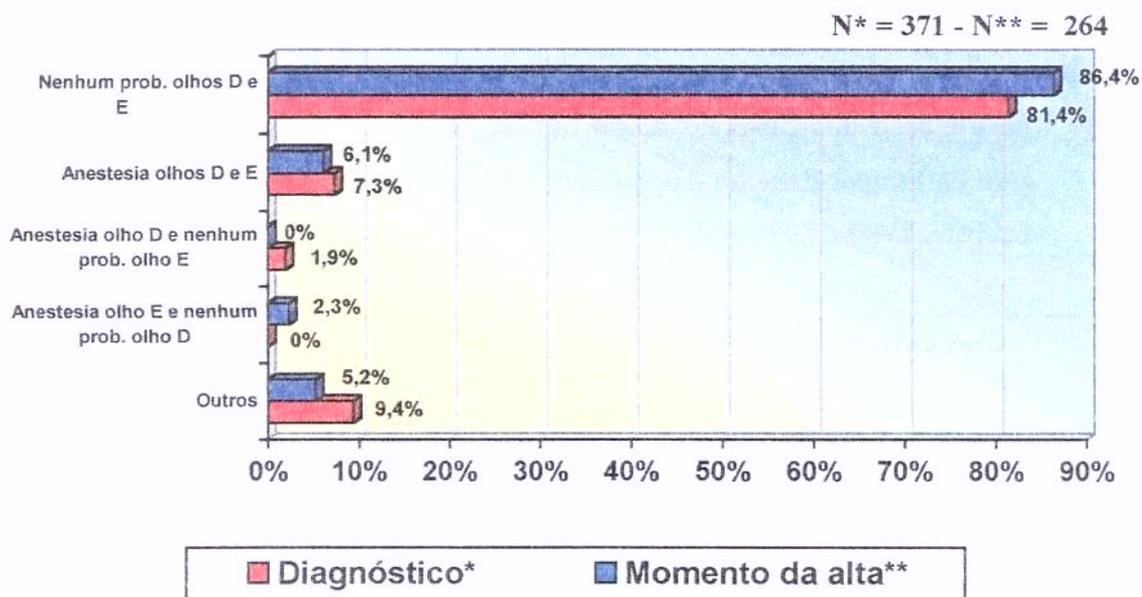
Figura 13 - Distribuição dos tipos de incapacidades mais freqüentes nos pés avaliadas no momento do diagnóstico e da alta. Ambulatório Regional de Especialidades Taubaté, 1990 a 1999

A Figura 13 mostra que, no diagnóstico, dos 379 doentes estudados, comparados com os 270 doentes na alta, verifica-se que o percentual de nenhum problema com o pé direito e esquerdo aumentou para 59,6%; a anestesia no pé direito e esquerdo diminuiu para 21,1%; a anestesia do pé direito e nenhum problema no pé esquerdo diminuiu para 5,2%. A anestesia do pé esquerdo e nenhum problema no pé direito mantiveram-se em 4,1%. No grupo de outros, comparando diagnóstico e alta, identifica-se recuperação do pé caído e úlcera trófica, no momento da alta.

PIOTO (1996) revela que, em média, 40% dos doentes apresentavam perda da sensibilidade protetora para ambos os pés, garra móvel dos artelhos (20,3%) e úlcera plantar (5,6%), o que difere da presente pesquisa, quando se afirma que o pé esquerdo foi ligeiramente mais comprometido que o pé direito.

Os estudos de CRISTOFOLINI (1980); TRINDADE *et al* (1987); OLIVEIRA, (1987), mostram que o maior percentual encontrado é de anestesia plantar. OLIVEIRA (1987) complementa que a insensibilidade pode, na presença de traumas, desenvolver ferimentos, desencadeando deformidades mais graves.

Observa-se, no contexto geral, que houve uma melhora nos percentuais de ocorrência de incapacidades mais freqüentes, com exceção da manutenção da anestesia no pé esquerdo e nenhum problema no pé direito; portanto, confirma-se a importância da implementação das ações de controle das incapacidades nos membros inferiores.



Outros: acuidade visual diminuída, opacidade corneana, lagoftalmo, ectrópio, triquiase

Figura 14 - Distribuição dos tipos de incapacidades mais freqüentes avaliadas nos olhos no momento do diagnóstico e da alta. Ambulatório Regional de Especialidades Taubaté, 1990 a 1999

A Figura 14 mostra a distribuição dos tipos de incapacidades mais freqüentes nos olhos no momento do diagnóstico e na alta, em que se verifica que, no momento do diagnóstico, 81,4% não apresentavam nenhum problema com os olhos (direito e esquerdo); 7,3% apresentavam anestesia em ambos os olhos; 1,9% apresentavam anestesia no olho direito e nenhum problema no olho esquerdo.

Os resultados encontrados na presente pesquisa, são semelhantes aos achados de TRINDADE *et al* (1987), em que os olhos tiveram menor registro de incapacidades.

Para OLIVEIRA (1987), nos olhos as deformidades secundárias concorrem com as maiores freqüências, aparecendo visão embaçada com 47,59%; grave perda da visão, 26,50% e lagofalmo, com 16,26%. Estes dados diferem da realidade do ARE Taubaté, onde existe um trabalho preventivo e sistematizado que garante a prevenção de danos mais complexos nos olhos.

As Tabelas 29, 30, 31 e 32 apresentam a relação entre os tipos de ocupações e incapacidades; as reações hansênicas no momento da alta, durante a década de 90; e os tipos de tratamento das reações.

Tabela 29 - Distribuição dos casos novos de hanseníase e ou PQT, segundo ocupação e grau de incapacidade no diagnóstico. Ambulatório Regional de Especialidades Taubaté, 1990 a 1999

Ocupação	Grau de incapacidades								Total	
	0		1		2		3		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Trabalho Pesado	19	45,2	14	33,3	8	19,0	1	2,4	42	12,4
Trabalho Moderado	62	36,0	73	42,4	31	18,0	6	3,4	172	50,6
Trabalho Leve	38	48,7	29	37,2	9	11,5	2	2,6	78	22,9
Inativos	9	18,8	13	27,0	17	35,4	9	18,8	48	14,1
Total	128	37,6	129	38,0	65	19,1	18	5,3	340	100,0

Sem informação: 68 (20%)

Qui-Quadrado $p = 0.001$

Para que o trabalho fosse mais fidedigno, era necessário ter os dados do tipo de ocupação atualizado na alta; no entanto, nos registros do ARE, estes dados só são contemplados no diagnóstico, fato este que deverá ser reestudado, na organização do serviço.

O teste estatístico aplicado na Tabela 29 demonstra que a associação entre as duas variáveis categóricas foi muito significativa.

A Tabela 29 mostra que, na população geral estudada (340), existe uma frequência maior de doentes que desenvolvem trabalho moderado (50,6%); o menor percentual desenvolve o trabalho pesado (12,4%). Mostra também uma tendência de o trabalho pesado concentrar-se doentes com um maior percentual de grau 0 (42,2%). Em relação ao trabalho moderado, verifica-se maior percentual de grau 1 (42,4%).

Ente os inativos verifica-se um maior percentual de 35,4% no grau 2.

Observa-se que não existe uma relação entre o tipo de ocupação com o maior grau de incapacidades instalado. Verifica-se, em contrapartida, que nos inativos estão os maiores percentuais de grau 2 e 3.

Foram encontrados resultados semelhantes no estudo desenvolvido por ROSA (1987), que descreve que as lesões mais graves estavam entre os inativos e que o trabalho pesado não interfere na gravidade da incapacidade.

Já quanto ao tipo de atividade profissional desempenhada, o resultado da pesquisa desenvolvida por PIOTO (1996) difere do presente estudo, quando afirma que as incapacidades aumentam entre os que exercem atividades moderadas ou pesadas.

Segundo OLIVEIRA (1993), é elevado o percentual de doentes que exercem ocupações que necessitam de esforço físico para seu desempenho, expondo-se frequentemente a traumatismos; o processo de instalações de incapacidades físicas, nesses doentes, portanto, é acelerado. Verifica-se, neste estudo, quando o comparamos com a Anexo 14, em que se encontram profissionais que desenvolvem trabalho pesado, como pedreiros, lavradores e jardineiros, e têm presença de anestesia nas mãos, se não for realizado trabalho educativo, com adaptações de instrumentos de trabalho, estarão sujeitos a traumatismos constantes com maior risco de deformidades e incapacidades.

Portanto, concorda-se com OLIVEIRA (1993) na referência de que os obstáculos crescem à medida que se acentuam as alterações físicas, e que, quanto mais o doente conhecer sobre sua doença, maior facilidade encontrará para compreender a sua participação no processo de prevenção e reabilitação. Isto é confirmado quando os doentes pertencentes à categoria ocupacional acima referido são avaliados e acompanhados pela PI, com incorporação dos autocuidados e adaptações de utensílios de trabalho, pois observa-se um maior predisposição de cura dos traumatismos, com menor risco de recidiva.

A Tabela 30 mostra que da população estudada (408), 379 foram analisados. De 29 não tinham informações destes dados, por falta de registro nos documentos pesquisados. Do total geral, verificou-se que 29,2% tinham reação hansênica e que 63,7% não a apresentaram.

Tabela 30 - Distribuição dos casos novos de hanseníase e PQT, segundo a ocorrência da reação hansênica de acordo com o sexo e forma clínica. Ambulatório Regional Especialidades Taubaté, 1990 a 1999

N = 408

Sexo Reação	Forma Clínica												Total					
	I		T		D		V		M		M		N	%				
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	N	%						
Sim	01	7,7	00	00	08	15,1	07	13,7	20	35,7	14	35,9	46	37,4	23	42,6	119	29,2
Não	11	84,6	18	94,7	43	81,1	40	78,4	33	59,0	25	64,1	63	51,2	27	50,0	260	63,7
S/informação	01	7,7	01	5,3	02	3,8	04	7,9	03	5,3	00	00	14	11,4	04	7,4	29	7,1
Subtotal	13	100	19	100	53	100	51	100	56	100	39	100	123	100	54	100	408	100,0

A Tabela 30 indica que as reações ocorrem mais no sexo feminino (63%), quando comparadas com as do sexo masculino (37%), diferentemente dos achados de ROSA (1987), em que o predomínio é maior no sexo masculino, e de PIOTO (1996), em que a frequência é igual entre os sexos. É inquietante identificar que as mulheres estão mais sujeitas à reação hansênica; a literatura consultada, citada na introdução, afirma que situação estressora pode predispor a ocorrência com maior frequência de reações, devido ao fato de a mulher estar na sociedade, muitas vezes, com dupla jornada de trabalho. Está, portanto, mais propensa às situações estressantes, o que provavelmente poderá determinar maior percentual de reações hansênicas.

Quando comparam-se as formas clínicas, sexo e presença de reação, identifica-se que, na forma Indeterminada, apenas 7,7% têm reação, e que esta ocorre no sexo feminino. Na forma Tuberculóide, tanto o sexo feminino quanto o masculino apresentam reação hansênica, de 15,1% e 13,7%, respectivamente. Na forma Dimorfa também ocorre uma proporção semelhante em ambos os sexos. Na forma Virchoviana, o percentual é mais elevado no sexo masculino (42,6%); no feminino, 37,4%.

Verifica-se, portanto, que as reações hansênicas ocorrem em um percentual maior no sexo feminino nas formas I e T, e no sexo masculino, na forma V. Pode-se inferir que as mesmas são mais acentuadas nas mulheres, devido apresentarem uma resposta mais eficaz ao *M. Leprae* (OPROMOLLA *et al* 2000).

Quanto a não apresentar reação hansênica, verifica-se percentual maior nas formas I e T, seguidas de um percentual menor nas formas Dimorfa e Virchoviana.

Em comparação com o estudo de ROSA (1987), dados semelhantes foram encontrados na presente pesquisa, quando se descreve que, dos 190 doentes examinados, 47 (24,7%) relataram ao menos um episódio de reação; e sem nenhuma reação, 65%.

Quanto à forma clínica prevalente ser Virchoviana e Dimorfa, o presente estudo apresenta semelhança com o estudo de ROSA (1987), em que a maior prevalência está entre a forma Virchoviana e Dimorfa, e com o de PIOTO (1996), em que há maior predomínio da Virchoviana.

Na Tabela 31 verifica-se que, dos 408 (100%) doentes estudados, 119 (29%) dos casos tiveram reação hansênica e 18 (15,1%) não foram submetidos a avaliação do grau de incapacidade, na alta.

Comparados os vários anos e o grau de incapacidade encontrado entre os doentes que tiveram reação hansênica, verifica-se: situação semelhante em 1991, 1992 e 1998, quando prevaleceu um maior percentual do 1, com nenhum caso do grau 3.

Nos anos de 1993 e 1995 verifica-se também um maior percentual do grau 1, no entanto existe 1 caso (8,3%) no grau 3.

Nos anos de 1994 e 1996 o maior percentual fica no grau 0, com nenhum caso no grau 3. Em 1997 também se encontra um percentual elevado no grau 0; no entanto, há o registro de 1 caso (8,3%) com grau 3 de incapacidade.

Estes dados sugerem que as atividades de PI desenvolvidas durante os dez anos foram significativas, uma vez que o maior percentual de doentes na alta encontra-se no grau 0 e 1 de incapacidades.

Em 1999 não foi possível avaliar estes dados, devido ao fato de um grande número de doentes estar sendo submetido ao tratamento (75%) e, portanto não estar em alta, fato este que os impedem de fazer parte da amostra, que contemplou as reações hansênicas dentre os doentes que tiveram alta.

Tabela 31 - Distribuição dos casos novos de hanseníase e ou PQT, segundo ano e de acordo com a reação hansênica e grau máximo de incapacidade avaliado na alta. Ambulatório Regional de Especialidades Taubaté, 1990 a 1999

N = 119

Ano	Reação Hansênica													
	Grau de incapacidade						3						Sub Total	
	0	1	2	3	Não avaliado	Sub Total	0	1	2	3	Não avaliado	Sub Total	N	%
1990	05	23,8	11	52,4	02	9,5	00	0,0	03	14,3	21	17,6	21	17,6
1991	02	16,7	05	41,6	03	25,0	00	0,0	02	16,7	12	10,1	12	10,1
1992	02	25,0	04	50,0	02	25,0	00	0,0	00	0,0	08	6,7	08	6,7
1993	04	33,4	05	41,7	01	8,3	01	8,3	00	0,0	11	9,2	11	9,2
1994	05	50,0	01	10,0	01	10,0	00	0,0	02	10,0	09	7,6	09	7,6
1995	03	25,0	05	41,7	03	25,0	01	8,3	00	0,0	12	10,1	12	10,1
1996	09	45,0	01	5,0	06	30,0	00	0,0	04	20,0	20	16,8	20	16,8
1997	04	33,3	03	25,0	02	16,7	01	8,3	02	16,7	12	10,1	12	10,1
1998	02	20,0	04	40,0	02	20,0	00	0,0	02	20,0	10	8,4	10	8,4
1999	00	0,0	00	0,0	01	25,0	00	0,0	03	75,0	04	3,4	04	3,4
Total	36	30,3	39	32,8	23	19,3	03	2,5	18	15,1	119	100	119	100

Segundo GARBINO (2000 p.79), a neuropatia hansênica é um:

“...assunto intrigante para os pesquisadores e desafiador para os clínicos, e embora se tenha feito muito sobre vários aspectos da neuropatia hansênica (NH), restam ainda etapas a se alcançar para o conhecimento necessário ao seu melhor controle e medidas para a prevenção efetiva das deficiências físicas em nosso país”.

Os dados encontrados na presente pesquisa, ou seja, 29% dos doentes apresentando reações hansênicas, são semelhantes aos achados de PIOTO (1996), 34% e ROSA (1987), 24,7%.

Conclui-se que reações hansênicas é um assunto muito complexo e que se necessita de pessoal capacitado para monitorar, identificar e tratar as mesmas, evitando com isso as incapacidades e deformidades. Percebe-se, no ARE Taubaté, apesar de apresentar um percentual significativo de reações hansênicas, durante os dez anos de estudo, conseguiu-se manter um percentual elevado de doentes sem incapacidade ou apenas com anestesia (graus 0 e 1), o que confirma a eficácia e eficiência das atividades da PI.

A Tabela 32 apresenta os tipos de tratamento realizados diante das reações hansênicas.

Da população estudada, 408 doentes, identifica-se que 260 (63,7%) não tiveram reação hansênica, 119 (29,2%) apresentaram reação e 29 casos (7,1%) não havia registro.

Os “outros” na tabela corresponde aos doentes que não tiveram reação hansênica 260 (63,7%) e que portanto não foram contemplados nesta tabela quanto ao tratamento da reação.

Tabela 32 - Distribuição dos casos novos de hanseníase e ou PQT, com reação hansênica e tipo de tratamento na reação. Ambulatório Regional Especialidades Taubaté, 1990 a 1999

N = 119

TIPOS DE INTERVENÇÕES NA REAÇÃO	Sim	
	N	%
PI, Med.(prednisona)	8	6,7
PI, Med. (prednisona), Serviço Social	35	29,4
PI , Med.(prednisona, talidomida), Serviço Social	27	22,7
PI, Med (prednisona), Serviço social, trabalho de grupo	10	8,4
PI, Med (prednisona, talidomida). Serviço social, Trabalho de grupo e psicologa	5	4,2
PI, Med. (talidomida), Serviço Social	5	4,2
Outros	29	24,4
Total	119	100

Legenda: PI - Prevenção de incapacidades;

Med - acompanhamento médico e terapêutico.

Comparando os doentes que tiveram reação hansênica com o tipo de tratamento, identificam-se 29,4% tratados com PI, Acompanhamento médico e terapêutico (maior predominância do uso de prednisona) e Serviço Social. Em seguida vem o tratamento com PI, Acompanhamento médico e terapêutico (prednisona e talidomida) e Serviço Social com 22,7%.

Segundo MARCIANO & GARBINO (1994 p.5):

“A neuropatia hansênica tem uma evolução crônica, com situações agudas e subagudas de maior gravidade, caracterizadas por processos inflamatórios relacionados com a extensão da infecção, com as diferentes formas clínicas e com a quimioterapia, sendo portanto, uma neuropatia de manejo complexo”.

Para GONÇALVES (1979), a hanseníase deve ser encarada de forma ampla, abrangendo o doente como um todo, uma vez que a doença representa um complexo biopsicossocial, responsável, muitas vezes, pelo afastamento de suas atividades.

Portanto, o mais importante é acompanhar o doente com assiduidade, tendo um serviço de PI sistematizado, em que toda a equipe multiprofissional esteja capacitada para identificar os sinais suspeitos de reação hansênica. É importante ressaltar que, quando o tratamento da reação hansênica é decidido conjuntamente com a equipe de trabalho (médico, equipe de enfermagem, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta), fazendo um estudo de caso do doente e identificando quais são os possíveis fatores que estejam desencadeando tal reação, definindo então uma proposta de ação, com soluções locais ou de serviços de referência, com certeza o risco de ocorrerem as deformidades serão bem menores

As Figuras 15, 16, 17 e 18 apresentam análise do impacto da Prevenção de Incapacidades, na década de 90, no ARE Taubaté. Fez-se um estudo comparativo dos doentes que foram submetidos à avaliação da PI no diagnóstico e na alta, de uma forma geral (mão, pés e olhos) e de uma forma mais sistematizada, englobando em cada Figura um segmento do corpo, identificando o percentual de doentes que melhoraram, mantiveram-se ou pioraram do grau máximo de incapacidades.

É importante ressaltar que, da população estudada, 408, foram selecionados, na Figura 15, 268 doentes, em virtude da necessidade de acompanhá-los no diagnóstico e na alta. Nas Figuras 16, 17 e 18 os dados apresentam uma discreta variação, devido ao número de doentes avaliados.

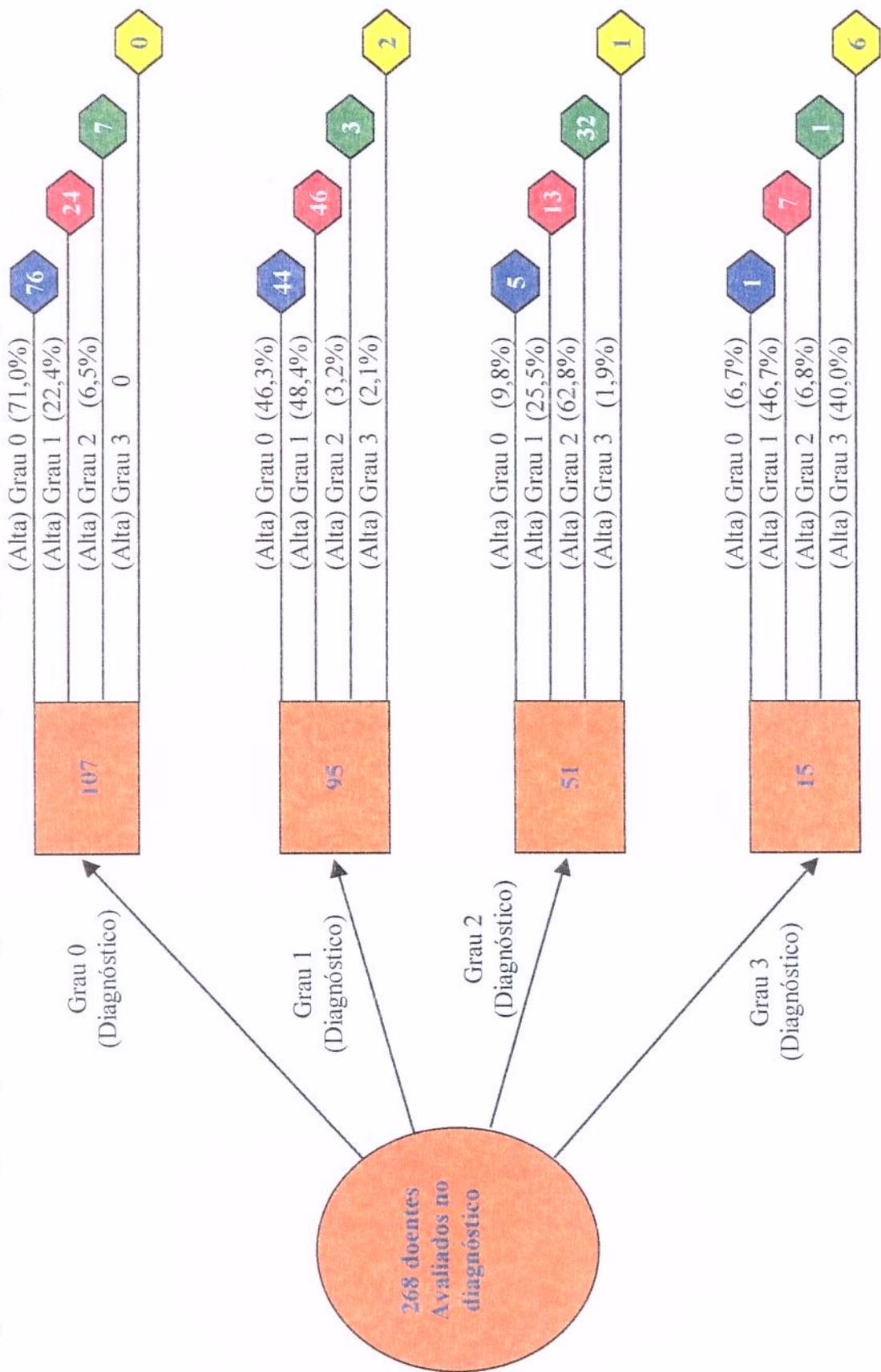
A Figura 15 mostra uma mudança significativa de evolução (diagnóstico e alta), em que, dos 268 doentes avaliados na Prevenção de Incapacidades no ato do diagnóstico, foram encontrados:

- 107 doentes (40%) que tinham grau 0 no diagnóstico, e destes, na alta por cura, 76 (71%) mantiveram-se no grau 0, ou seja, nenhum problema devido à hanseníase; 24 (22,4) pioraram para o grau 1 (anestesia); 7 (6,5%) pioraram para o grau 2, e nenhum caso evoluiu para o grau 3.

- 95 doentes (35,4%) eram grau 1 no diagnóstico, e destes, na alta por cura, 44 (46,3%) evoluíram para o grau 0; 46 (48,4%) mantiveram-se no grau 1; 3 (3,2%) pioraram para o grau 2; e 2 (2,1%) pioraram para o grau 3.
- 51 doentes (19%) eram grau 2 no diagnóstico, e destes, na alta 5 (9,8%) evoluíram para o grau 0; 13 (25,5%) evoluíram para o grau 1; 32 (62,7%) mantiveram-se no grau 2; e apenas 1 (1,9%) piorou para o grau 3.
- 15 doentes (5,6%) eram grau 3 no diagnóstico, e destes apenas 1 (6,7%) evoluiu para o grau 0; 7 (46,6%), para o grau 1; 1 (6,7%) evoluiu para o grau 2 e 6 (40%) mantiveram-se no mesmo grau de incapacidade, 3.

Utilizou-se o teste de Mc Nemar (ou teste de simetria) que comprovou mudança significativa de grau entre um momento e outro, com tendência a diminuição do acometimento. Prob = 0.013

Figura 15 - Evolução do grau das incapacidades avaliadas (em mãos, pés e olhos) segundo diagnóstico inicial e alta por cura

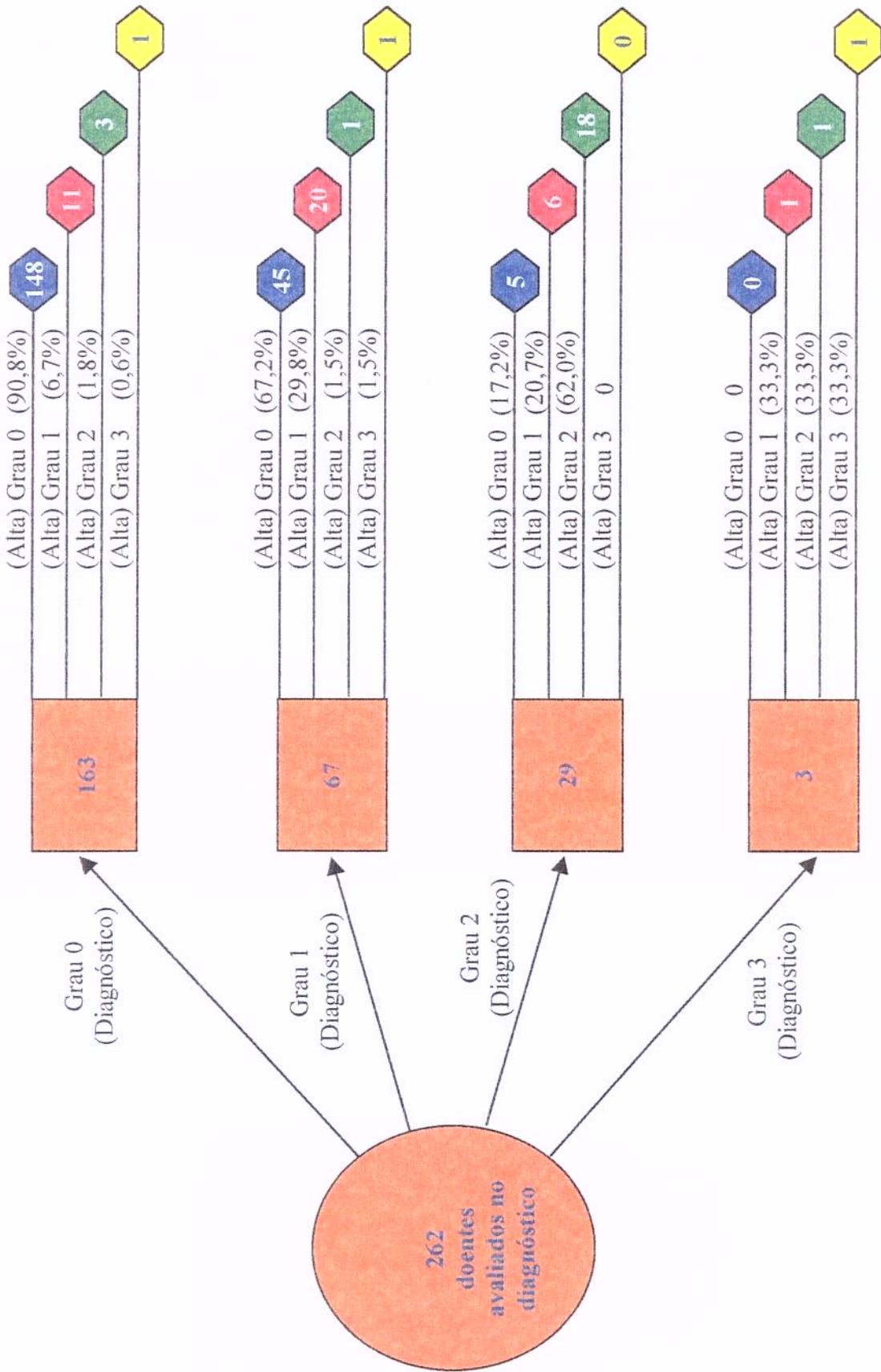


Verificam-se, na Figura 16, uma tendência, entre o 262 doentes avaliados na Prevenção de Incapacidades, no diagnóstico e na alta, nos membros superiores, as seguintes situações:

- 163 doentes (62,2%) no diagnóstico eram grau 0 (nenhum problema de incapacidades com a hanseníase), e destes foi constatado na alta que 148 (90,8%) mantiveram-se no grau 0; 11 (6,75%) pioraram para o grau 1; 3 (1,8%) pioraram para o grau 2 e 1 (0,6%) piorou para o grau 3.
- 67 (25,6%) no diagnóstico eram grau 1, e foi constatado na alta que 45 (67,2%) evoluíram para o grau 0; 20 (29,8%) mantiveram-se no grau 1; 1 (1,5%) piorou para o grau 2; e 1 (1,5%) piorou para o grau 3.
- 29 (11,1%) eram grau 2 no diagnóstico, e foi constatado que na alta 5 (17,2%) evoluíram para o grau 0; 6 (20,7%), para o grau 1; 18 (62%) mantiveram-se no grau 2; e nenhum caso piorou para o grau 3
- 3 (1,1%) eram grau 3 no diagnóstico, e foi constatado que na alta 1 (33,3%) evoluiu para o grau 1; 1 (33,3%) evoluiu para o grau 2 e 1 (33,3%) manteve-se no grau 3.

Utilizou-se o teste de Mc Nemar (ou teste de simetria) que comprovou mudança muito significativa de grau entre um momento e outro, com tendência a diminuição do acometimento. Prob = 0.001

Figura 16 – Evolução do grau máximo de incapacidades avaliadas nas mãos no diagnóstico e na alta por cura



Verificam-se, na Figura 17, uma tendência entre os 263 doentes avaliados na PI no diagnóstico e na alta nos membros inferiores, as seguintes situações:

- 139 (52,9%) no diagnóstico eram grau 0, e foi constatado que na alta 115 (82,7%) mantiveram-se no grau 0; 19 (13,7%) pioraram para o grau 1; 5 (3,6%) pioraram para o grau 2; e nenhum caso piorou para o grau 3.
- 92 (34,9%) no diagnóstico eram grau 1; 42 (45,7%) evoluíram para o grau 0; 45 (48,9%) mantiveram-se no grau 1; 5 (5,4%) pioraram para o grau 2; e nenhum caso piorou para o grau 3.
- 26 (9,9%) no diagnóstico eram grau 2; e foi constatado que na alta 3 (11,5%) evoluíram para o grau 0; 11 (42,3%), para o grau 1; 11 (42,3%) mantiveram-se no grau 2; e 1 (3,8%) piorou para o grau 3.
- 6 (2,3%) no diagnóstico eram grau 3; e foi constatado que na alta 4 (66,6%) evoluíram para o grau 1; 1 (16,7%) evoluiu para o grau 2; e 1 (16,7%) manteve-se no grau 3.

Utilizou-se o teste de Mc Nemar (ou teste de simetria) que comprovou mudança significativa de grau entre um momento e outro, com tendência a diminuição do acometimento. Prob = 0.017

Figura 17 – Evolução do grau máximo de incapacidades avaliadas nos pés no diagnóstico e na alta por cura



Verificam-se, na Figura 18, que, dentre 254 doentes avaliados na PI, no diagnóstico e na alta, nos olhos, os seguintes dados:

- 214 (84,3%) dos doentes no diagnóstico eram grau 0; e foi constatado que na alta 203 (94,9%) mantiveram-se no grau 0; 11 (5,14%) pioraram para o grau 1; e nenhum caso piorou para os graus 2 e 3.
- 21 (8,3%) dos doentes no diagnóstico eram grau 1 e destes foi constatado que na alta 12 (57,1%) evoluíram para o grau 0; 9 (42,9%) mantiveram-se no grau 1; e nenhum caso piorou para os graus 2 e 3.
- 12 (4,6%) dos doentes no diagnóstico eram grau 2, e foi constatado que na alta 4 (33,3%) evoluíram para o grau 0; 1 (8,3%) evoluiu para o grau 1; 7 (58,3%) mantiveram-se no grau 2; e nenhum caso piorou para o grau 3.
- 7 (2,8%) dos doentes no diagnóstico eram grau 3, e foi constatado que na alta 2 (28,6%) evoluíram para o grau 0; 1 (14,3%) evoluiu para o grau 1; e 4 (57,1%) mantiveram-se no grau 3.

Utilizou-se o teste de Mc Nemar (ou teste de simetria) que não comprovou mudança significativa de grau entre um momento e outro, não havendo tendência a diminuição do acometimento. Prob = 0.235

Figura 18 - Evolução do grau máximo de incapacidades avaliadas nos olhos no diagnóstico e na alta por cura



Fazendo uma análise global das Figuras 15, 16, 17 e 18 , verifica-se que no grupo de doentes cujo diagnóstico inicial era grau 0, ou seja, aqueles que não apresentavam nenhum problema de incapacidades físicas com a 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 identificação da sensibilidade. No método tradicional utilizava-se alfinete, tubo com água quente e algodão, para o método com monofilamento (estesiômetro) apresenta maior especificidade e pode ter interferido nos resultados da alta, um maior percentual de doentes com anestesia. Quanto à piora para os graus 2 e 3, verifica-se um percentual baixo. Nos olhos nenhum caso piorou para os graus 2 e 3, nos pés obteve-se apenas piora para o grau 2; entretanto, nas mãos houve piora tanto para o grau 2 como para o 3.

Entre o grupo de doentes cujo diagnóstico foi realizado no grau 1 (anestesia), verifica-se que a evolução para o grau 0 e manutenção no grau 1 foram significativos, mantendo em todas as situações um percentual maior que 90%. Com relação à piora para os graus 2 e 3, verifica-se que o percentual é baixo, no contexto geral, atingindo 5,3%, e que 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 casos que melhoraram e que se mantiveram neste grau de incapacidade; na avaliação geral, foram de 35,3% e 62,8%, respectivamente. Quanto ao percentual de piora para o grau 3, este foi de apenas 1,9%; nas mãos e olhos nenhum caso piorou para o grau 3; e apenas nos pés um caso piorou para o grau 3. Verifica-se, portanto, que a recuperação é mais difícil, com um índice elevado de manutenção das incapacidades já instaladas.

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, verifica-se que o percentual encontrado, no contexto geral, é de 5,6% doentes, com uma manutenção de 40% neste grau, e com um percentual significativo de melhora, para o grau 1 (anestesia), 46,7%. Estes resultados encontrados não condizem com a prática vivenciada no serviço de PI do ARE, o que constituiu motivo para uma reavaliação dos arquivos consultados na pesquisa, dando ênfase aos membros superiores e inferiores. Considere-se que foram identificados dois casos que recuperaram nas mãos para os graus 1 e 2, e que estes casos não deveriam fazer parte do grau 3 no diagnóstico, e sim do grupo 2, pois não tinham articulações anquilosadas no diagnóstico. Nos membros inferiores, dos cinco casos reavaliados nos prontuários, verificou-se que três deveriam pertencer ao grupo 2, uma vez que a contratura identificada no diagnóstico não era real.

Segundo a literatura (BRASIL, 1997), a contratura e articulação anquilosada são identificadas quando se perde 25% da mobilidade passiva dos dedos, artelhos ou tornozelo, sendo difícil identificá-las ou de descartá-las em uma primeira avaliação.

Conclui-se que, apesar de o diagnóstico inicial não expressar a realidade em alguns casos, como o serviço tem uma continuidade nas ações de PI, que são devidamente registradas, foi possível identificar as falhas e corrigi-las. Somente nos olhos este dado se mantém mais fidedigno, com 57,1% se mantendo no grau 3.

Embora não tivesse sido objeto do presente estudo, vale ressaltar, que dentre as ações de Prevenção de Incapacidades, a importância de se abordar os aspectos gerais da Adaptação de Calçados e Curativos.

A Adaptação de Calçados, no ARE Taubaté, foi implantada, como um projeto piloto, devido à alta prevalência e detecção de casos de hanseníase neste município. Foram destinados recursos para a aquisição de materiais, pelo Programa de Controle da Hanseníase, pela Organização não Governamental (Palavra e Ação) e pela Prefeitura Municipal de Taubaté (Promoção Social), na década de 90. Para a realização da adaptação de calçados, foi treinado um funcionário administrativo (serviços gerais), com habilidades para o trabalho, não sendo oficializada a sua função de sapateiro, junto à Instituição, por opção trabalhista do próprio funcionário.

A sapataria sempre funcionou em uma área física precária, até os dias de hoje, necessitando de algumas adequações na sua estrutura. A população atendida compreende os doentes de hanseníase da DIR XXIV e do ARE Taubaté provenientes do setor de ortopedia.

Atualmente, verifica-se a necessidade de educação continuada e de treinamento em serviço, com a finalidade de aprimoramento e aumento do número de profissionais para atuação no Setor, bem como uma reforma estrutural e organizacional, com a garantia da manutenção de recursos materiais, para assegurar a qualidade da assistência e o impacto na eliminação e prevenção das úlceras neurotróficas.

Em relação aos curativos, é importante salientar que, na década de 80, o atendimento era realizado no Posto de Assistência Médica do INAMPS, o que contribuía para a fragmentação do atendimento, com dificuldades de integração com o serviço de hanseníase.

Posteriormente, no final da década de 80, com a implementação da PI de forma sistematizada, foi incorporado o atendimento de curativos, atendendo a uma demanda significativa e complexa de doentes com ferimentos e úlceras neurotróficas.

Em 1989 e 1990, após a integração dos serviços público estadual e federal, no ARE Taubaté, os curativos de hanseníase, foram centralizados em uma única área de atendimento; o setor Curativos.

Após o estudo desenvolvido no ARE Taubaté, em julho de 2000, com avaliação de 92 doentes do registro ativo (casos novos e antigos), na Prevenção de Incapacidades, conclui-se que 10,9% apresentam lesões traumáticas nos membros superiores e que 5,4% apresentam úlceras tróficas nos membros inferiores (VIEIRA, GUIARD, DOMICIANO, 2000).

Pela experiência da autora e de acordo com os dados encontrados em outros estudos, fica clara a necessidade de se realizar investigações de maior amplitude relacionadas à Adaptação de Calçados e Curativos e de considerar que tais fatores contribuem para a Prevenção de Incapacidades.

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 para a 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.

É oportuno, ressaltar a contribuição de dois autores que valorizavam de forma significativa a Prevenção de Incapacidades: (CRISTOFOLINI, 1980 p.50) e (DUERKSEN & VIRMOND, 1997: p.47) descrevem que:

.... “a cronicidade do problema exige que os cuidados sejam aplicados todos os dias, de maneira constante e persistente. Isto faz com que muitos pacientes abandonem o tratamento, vencidos pelo desânimo e descrédito pela lentidão dos resultados. Certas necessidades de locomoção, trabalho e outras de ordem sócio econômica fazem com que deixem de aplicar certos cuidados (...). No entanto, a prevenção de incapacidades será útil se os componentes educacionais forem convincentes, havendo necessidade de reforçá-los a cada oportunidade” (CRISTOFOLINI, 1980 p.50).

“... antes não tínhamos os conhecimentos da patologia de deformidade que hoje temos, acreditávamos que a deformidade era uma consequência inexorável da enfermidade e nos sentíamos impotentes para modificar a situação. Hoje é diferente, hoje sabemos como se produzem e como podem ser evitadas estas deformidades e não podemos ignorar este fato. Amanhã as deformidades do paciente de hanseníase talvez possam ter outro nome e sobrenome: o nome daqueles que tinham a responsabilidade de atender a estes pacientes na época em que estas deformidades apareceram e se desenvolveram” (DUERKSEN & VIRMOND, 1997: p.47).

Estas citações indicam alguns questionamentos, quando se defrontam alguns casos que pioraram o grau de incapacidades, demonstrando o quanto é complexa está

recuperação e quanto é importante o profissional rever a sua prática prática no dia-a- dia. Chama também a atenção para o compromisso da equipe de enfermagem para com esta doença. Acredita-se, no ARE, que a descentralização das ações de PI, não só para o município de Taubaté, como na 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.

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



5. CONCLUSÃO

Após a investigação, foi possível concluir que:

- Na DIR XXIV de Taubaté, que compreende 27 municípios, não houve diagnóstico de caso novo, no ano de 1999, em oito municípios, o que sugere a necessidade de uma intervenção mais aprofundada e sistematizada, para identificar endemia oculta, controle da endemia ou o atingimento da meta da OMS (menos de 1 caso para 10.000 habitantes). Para tanto, há necessidade de se empreender esforços principalmente, na educação continuada, supervisão periódica e na avaliação sistematizada, nesses municípios.
- A análise dos dados epidemiológicos do ARE Taubaté demonstra que, apesar de se contar com uma equipe multiprofissional atuando durante 10 anos neste serviço, os coeficientes de prevalência (3,1% por 10.000 habitantes) e detecção (0,9% por 10.000 habitantes) mantêm-se médios e semelhantes aos dados da DIR Taubaté, Estado de São Paulo e Brasil. Portanto, epidemiologicamente a endemia está presente, com muitos diagnósticos de casos novos, e o ARE Taubaté ainda está distante de atingir a meta proposta pela OMS.
- Quanto aos dados operacionais, verifica-se que, na maioria das vezes, o serviço de hanseníase de Taubaté avalia o grau de incapacidade física em todos os casos novos, atingindo o parâmetro Bom, o que demonstra as ações de PI no controle da endemia têm sido implementadas naquela Instituição de Saúde.
- No tratamento com PQT dos doentes inscritos no Programa de Hanseníase, identifica-se maior percentual nas formas Indeterminada e Tuberculóide. Nas formas Virchoviana e Dimorfa é menor este número, encontrando-se um percentual significativo de tratamento com outros esquemas, o que pode ser atribuído ao fato de a doença estar em estágio mais avançado e com risco maior de reações adversas, e ao tempo maior de tratamento, mesmo no esquema de PQT.

- Na detecção dos casos novos, verifica-se um baixo percentual entre os comunicantes (15%). Em outro estudo identificou-se, em 1999, no levantamento de contatos faltosos, no ARE Taubaté, um percentual elevado: 58% (VIEIRA, GUIARD, DOMICIANO, 1999). Portanto, comparando os dois dados, pode-se concluir que o serviço esteve deficiente na busca ativa de casos, principalmente nos exames de contatos.

Os dados mostraram que, em Taubaté, 45,3% desconhecem o convívio anterior com outros doentes, o que sugere a desinformação dos mesmos sobre a hanseníase e sua transmissão.

- No ARE Taubaté, verificou-se que apenas 3,8% dos doentes em tratamento que foram considerados como “alta estatística”, (ou seja, saída administrativa que consiste na retirada do doente do registro ativo de hanseníase, devido ao abandono ao tratamento, desde que o doente multibacilar tenha permanecido no registro ativo por pelo menos 4 anos a contar da data do diagnóstico e o doente paucibacilar tenha permanecido no registro ativo por pelo menos 2 anos a contar da data do diagnóstico) e este fato sugere, portanto, que o serviço está fazendo um controle adequado dos doentes em tratamento.
- Estudando e comparando as formas clínicas e os graus de incapacidades, os dados comprovaram que, nas formas polarizadas tuberculóide, Dimorfa e Virchoviana, com maior propensão para manter a cadeia de transmissão da doença, bem como o aumento de risco de serem diagnosticadas incapacidades já instaladas, a maioria dos doentes apresenta graus de incapacidade 2 e 3.
- Na caracterização da população estudada, observa-se que a hanseníase ocorreu com a maior frequência (48,2%) na faixa etária entre 30 e 49 anos, ou seja, na fase produtiva, que muitas vezes é interrompida devido às incapacidades físicas instaladas, repercutindo nas condições socioeconômicas, devido ao desemprego ou subemprego.

- 60% eram do sexo masculino, acometidos pelas formas avançadas da doença (V e D) 66,7%, o que pode ser atribuído às questões socioeconômicas, que induzem à maior exposição do homem ao risco de contágio. Outra questão é que a detecção dos casos nas formas avançadas da doença sugerem deficiência no controle desta endemia, quer na busca ativa, quer na descentralização das ações.
- Quanto à procedência do doente de hanseníase, no ARE de Taubaté, verifica-se que o maior percentual é da zona urbana, da região baixa e mais antiga da cidade, considerada área periférica, onde reside a população de menor poder aquisitivo. Verifica-se ainda um percentual significativo (16,7%) de doentes encaminhados de outros municípios, sendo os mais frequentes Tremembé, Pindamonhangaba, Caçapava e Ubatuba, o que pode estar associado à proximidade, ao sigilo do tratamento (estigma), ou devido à melhor assistência prestada nesta Unidade.
- Na população estudada identifica-se um maior percentual (57,7%) de doentes com ensino fundamental incompleto. O analfabetismo está presente de forma significativa (15,2%) entre os doentes da forma Virchoviana e Tuberculóide, e, à medida que aumentou o grau de escolaridade, aumentou o diagnóstico na forma inicial da doença (Indeterminada). Tal fato pode estar associado à situação de que o doente com maior escolaridade tem maior acesso ao atendimento médico, quando do aparecimento de qualquer alteração no seu organismo, o que colaboraria para o diagnóstico precoce de muitas doenças.
- Identificou-se que, à medida que diminui a escolaridade, os doentes são acometidos por graus de incapacidades mais severos, ou seja, deformidades graus 2 e 3. Em contrapartida, melhorando o nível de escolaridade, diminui significativamente o grau de incapacidades. Tal fato pode estar associado, entre outros fatores, ao aumento da escolaridade, que facilitaria o autocuidado com os olhos, mãos e pés.

- O Trabalho moderado é desenvolvido por grande parte dos doentes (50,6%), prevalecendo o do sexo feminino: atividades do lar, empregada doméstica, faxineira e costureira. Os homens desenvolvem mais o trabalho pesado (12,4%), e são mais significativas as atividades de pedreiro, lavrador e jardineiro. Os trabalhos leves mais freqüentes foram: estudante, vendedor e comerciante. Os inativos também têm um percentual significativo (14,1%) sendo a maioria homens e aposentados.

Os estudos mostraram que não existe uma relação significativa entre o tipo de trabalho e o maior grau de incapacidade instalado. No entanto, sugerem estudos mais aprofundados nesta questão, pois, empiricamente, identifica-se que, quando os doentes desenvolvem trabalho pesado, principalmente de pedreiro, com insensibilidade nas mãos, se não for realizado assistência educativa com adaptações de instrumentos de trabalho, estarão sujeitos a lesões constantes, com risco de adquirir incapacidades e deformidades.

- Tomando como exemplo o ano de 1996, para analisar o percentual de doentes com grau de incapacidades instalado (somatório 1, 2 e 3), verifica-se que o maior percentual ocorreu no Estado de São Paulo (39%) e no município de Taubaté (36,6%), quando comparado com o percentual do Brasil (23%). Com este dado pode-se questionar se o Programa de Controle da Hanseníase nessas localidades estão implementando e valorizando as ações de Prevenção de Incapacidades de forma sistematizada, com capacitação dos recursos humanos nestas ações.
- Os estudos desenvolvidos com grau de incapacidade no diagnóstico, no ARE de Taubaté, confirmam um maior percentual (63,3%) na forma Indeterminada sem nenhuma incapacidade instalada. Na forma Virchoviana, o percentual maior (34%) é de incapacidades graus 2 e 3, ou seja, com deformidades.
- Quando se compara o grau de incapacidade encontrado, no diagnóstico das mãos, pés e olhos, 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.

- No trabalho de Prevenção de Incapacidades em Taubaté, observou-se que a intensidade e a frequência das reações hansênicas nos doentes eram, muitas vezes, precedidas por algum tipo de agente estressor, externo ou interno, de cunho biopsicossocial. Também se identificou que os doentes com as mesmas formas clínicas da doença podem apresentar respostas diferentes às reações hansênicas, como ausência ou exacerbação das mesmas, dependendo da resposta individual. Nos dados do ARE, observa-se que as reações hansênicas ocorrem com maior incidência (63%) entre as mulheres, o que pode ser atribuído ao fato de as mulheres desenvolverem jornada dupla de trabalho e, portanto, estarem mais expostas às situações estressantes, o que desencadearia com maior frequência as reações hansênicas. Outro fator poderia ser atribuído, ao fato de as mulheres terem uma resposta mais eficaz contra a infecção pelo *M. Leprae* (OPROMOLLA et al, 2000) e, portanto, com reações mais exacerbadas.

A investigação confirmou que o tratamento das reações hansênicas, no ARE Taubaté, é realizado por uma equipe multiprofissional (médicos, equipe de enfermagem e serviço social) comprometidas com as ações de PI, tendo como retaguarda o atendimento psicológico com o objetivo de atender o doente de forma integral.

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 concluir-se 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. Colabora-se tanto individualmente, com melhor atendimento ao doente, visando à melhoria de sua qualidade de vida, quanto coletivamente, com a diminuição do estigma e do impacto que a doença traz para a sociedade.

- Identifica-se, no trabalho de Prevenção de Incapacidades do ARE Taubaté, que, dentre os doentes com grau 1 (anestesia) no diagnóstico, 46,3% recuperaram para grau 0, ou seja, nenhuma incapacidade em relação à hanseníase, e que 48,4% mantiveram-se no grau 1, sem evoluir para incapacidades mais severas (deformidades), portanto foram 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.
- Quanto ao percentual de piora, tanto para os doentes diagnosticados no grau 1, quanto nos doentes no grau 2, foi baixa, com um percentual de 5,3% e 1,9%, respectivamente. Observa-se, portanto, que não são todos os doentes que se consegue recuperar, indicando-se, assim, a complexidade das ações e a necessidade de identificar-se as possíveis causas desses fatos.
- Para melhor dimensionamento das incapacidades estudadas, sugere-se a necessidade de outras investigações das ações de prevenção de incapacidade, como o acompanhamento dos doentes que na alta apresentavam graus de incapacidades 2 e 3, no sentido de avaliar a sua situação atual e de identificar seu autocuidado foi incorporado, com vistas a atingir um padrão de qualidade de vida melhor para estes doente e, também, os objetivos propostos no Programa de Hanseníase.



6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao estudar o atendimento em hanseníase, no Ambulatório Regional de Especialidades de Taubaté, durante a década de 90, com ênfase na Prevenção de Incapacidades, foi possível aprofundar os conhecimentos da história da atenção à hanseníase e da organização do serviço de saúde, com base nos indicadores epidemiológicos e operacionais, em algumas ações de Controle do Programa, na caracterização sociodemográfica da população, bem como na avaliação do grau de incapacidades no diagnóstico e na alta do doente.

Apesar de todas as estratégias de ação e do desenvolvimento tecnológico de Controle da Hanseníase, percebe-se, de acordo com os dados epidemiológicos, que até os dias de hoje, o êxito alcançado com as medidas propostas de eliminar a doença no Brasil encontra-se limitado, necessitando-se rever tais estratégias de uma forma mais globalizada, considerando as realidades locais, bem como adotando medidas efetivas para a descentralização das ações necessárias para garantir o impacto social no Controle da Hanseníase.

É possível inferir que, com a política de municipalização dos serviços de saúde, ocorre maior fragmentação do trabalho, quando não são valorizadas ações que privilegiam a atenção à saúde, em geral, e à hanseníase, em particular. Tal dificuldade tem colaborado para a manutenção da centralização da assistência à hanseníase em determinadas unidades, ficando a mesma restrita a estes locais e alicerçada no compromisso profissional de alguns funcionários que prestam esta assistência e que por ser um grupo pequeno, apesar de conseguir uma assistência mais qualificada, alcança impacto limitado no controle da endemia. Como exemplo, temos o não cumprimento da proposta da OMS, alicerçada na eliminação da hanseníase até o ano 2000, no Brasil, prazo este alterado para o ano de 2005.

A organização do serviço de Controle da Hanseníase deverá ser planejada pela equipe multiprofissional e de enfermagem, com a finalidade de garantir a sua execução de modo mais efetivo. Para que os objetivos sejam alcançados e para que o resultado final seja produtivo, é importante também, que os instrumentos padronizados, o fluxo de atendimento e a interação usuário/profissional de saúde sejam de conhecimento e domínio de todos os profissionais/funcionários que atuam na hanseníase. Com a participação efetiva da área nas questões da organização de serviço, torna-se possível realizar uma avaliação sistematizada,

com utilização adequada dos instrumentos do programa e com a criação de novos instrumentos de trabalho, conforme as necessidades locais.

É importante ressaltar que o ARE Taubaté, apesar de não ser uma instituição municipalizada, com a finalidade de garantir as propostas de Controle da Hanseníase, sempre realizou a capacitação dos recursos humanos de todas as esferas da saúde (estatal e privado) visando à descentralização do saber em hanseníase e ao maior controle da endemia.

A pesquisadora, como membro participante do Programa de Controle da Hanseníase, identifica que, atualmente, o ARE Taubaté passa por indefinições em sua situação organizacional, principalmente no que se relaciona à subordinação hierárquica, visto que continua a ser uma das poucas unidades de saúde, não municipalizada, o que dificulta sobremaneira a descentralização das ações de hanseníase, principalmente para o município sede. A situação é agravada pelo fato de o gestor estadual não contratar recursos humanos, o que reduziu a equipe específica do Programa de Controle da Hanseníase e dificultou a implementação das ações enquanto referência para os 27 municípios.

Identifica-se também que, no ARE de Taubaté, desde meados de 2001 toda a equipe que trabalha no período da manhã (médicos e profissionais de enfermagem) é nova neste setor, necessitando de um certo tempo para assimilar as rotinas e ações no controle da doença.

A inexistência de estudo detalhado 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, impossibilitando promover o apoio técnico-científico para aqueles que as têm implantadas; bem como a descentralização das ações de PI para os vários municípios. Portanto, 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.

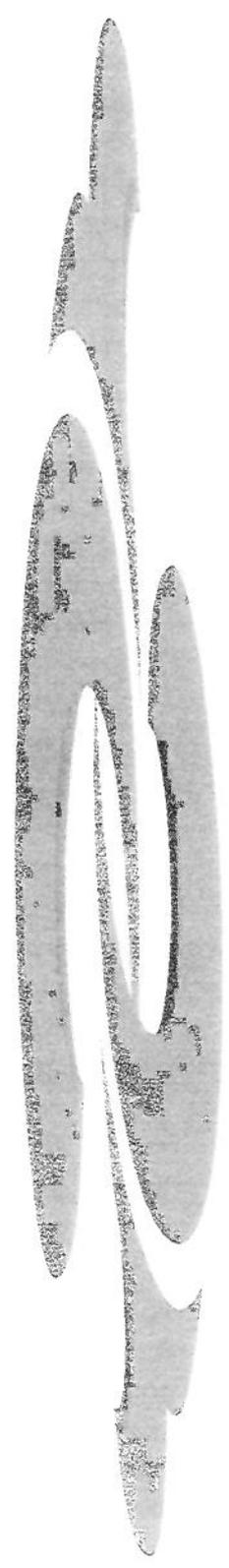


7. SUMMARY

The current study aims at a retrospective analysis of the assistance in the Leprosy Control Program, emphasising the Prevention of Disabilities (DI) in the 90's, searching deeply the knowledge of history with attention to leprosy and organisation of the service, based on the epidemiological and operational indicators, on the actions of the Control Programme, on the socio-demographic characterisation of the population as well as on the evaluation of the degree of disabilities according to the Standardisation of the Leprosy Program, in the diagnosis and discharge of the patient. The research has been carried out in the Outpatient Department of Specialisation of Taubaté (ODS), of the State Health Office of São Paulo State, by means of survey and analysis of 408 handbooks, epidemiological and DI cards, corresponding to 100% new cases enrolled in the Programme and in Polichemiotherapy. Tables and figures have been used to describe the profile of the group studied. The epidemiological data in the ODS Taubaté during the 90's, showed coefficients of prevalence of 3,1 per 10,000 inhabitants and of detection of 0,9 per 10,000 inhabitants, therefore, the endemic condition is present, with many diagnoses of new cases. The operational data showed that it is possible to assess the physical disabilities in the majority of the new cases. The biggest incidence was of the polarised forms: Virchoviana (43,5%), Tuberculóide (25,5%) and Dimorfa (23,3%). While characterising the population studied, it has been concluded that leprosy occurred more often in the age group between 30 to 39 years old (48,2%) in males (60%), belonging the lower region of the town (48,6%). In what concerns schooling, the incomplete secondary level prevailed (57,7%). Illiteracy is mainly present in the advanced forms (15,2%), and as the schooling level improves (college); the indeterminate form is more frequent. Leprosy reactions have been found mainly in women (63%). The assessment of the degree of disability in the diagnosis showed higher percentage in the Indeterminate form with no disability installed (63,3%), whereas in the levels 2 and 3 the higher percentage is in the Virchoviana form (34%). It has been seen that the highest percentage of disabilities of levels 2 and 3 occurred in feet (14,8%), followed by hand (13,2%) and eyes (7,6%), thus showing the importance of valuing and implementing the actions of DI in lower and higher limbs. Concerning the recovery of patients with level 1 disabilities (anaesthesia) in the diagnosis, (46,3%) recovered to level 0 and (48,4%) stayed in level 1, without developing more severe disabilities (deformities). With regard to patients with levels 1 and 2 in the diagnosis, a

higher percentage of maintenance in these levels, (62,8% and 40% respectively) was observed, what shows the difficulty of recovery in the more advanced forms. For patients diagnosed with levels 1 and 2, the percentage of worsening was low (7,2%). Therefore not all patients were able to recover. This shows the complexity of actions in the Prevention of Disabilities, which results from many factors, such as: interaction between patient and professional, incorporation of self-care, patient's higher schooling level, effectiveness of the Actions of overall Leprosy Control, with the decentralisation of the actions of DI, and continuous assessment.

Uniterms: Leprosy; Health Service; Epidemiology-Control; Nursing in Public Health.



8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARVELLO, J.J. Conceptos básicos en la rehabilitación de los enfermos de lepra. **Bol. Ofic. Sanitária Panamericana**. 326-355, 1976.
- ARVELLO, J.J. Prevenção de Incapacidades Físicas e Reabilitação em Hanseníase. In: DUERKSEN, F. & VIRMOND, M. **Cirurgia Reparadora e Reabilitação em Hanseníase**. Bauru, Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato. Instituto Lauro de Souza Lima, 1997, p.35-47.
- BEHELLI, L.M. & MARTINEZ, D. O problema da lepra no mundo. **Bol. Serv. Nacional de Lepra**. 3-4, 1967.
- BELL-KROTOSKI, J.A. Light Touch-deep pressure testing using the Semmes-Weinstein monofilaments. In: HUNTER, J.M. et al. **Rehabilitation of Hand**. Ed. St Louis. CV MOSBVCO. 1989, p.43.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia de Controle da Hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994 .
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos**. Conselho Nacional de Saúde. Resol. 196, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de Prevenção de Incapacidades**. Brasília: Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde, 1997.
- 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, 1997 a.
- 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 1999.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. **Guia para implantar/implementar as atividades de Controle da Hanseníase nos Planos Estaduais e Municipais de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas, 1999a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento Gestão de Políticas Estratégicas. **Relatório de Atividades da Área Técnica de Dermatologia Sanitária**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento Gestão de Políticas Estratégicas, 1999b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Legislação sobre o Controle da Hanseníase no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual de Prevenção de Incapacidades**. Brasília: Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. **Casos detectados, coeficiente de detecção, prevalência de hanseníase, distribuídos por ano no Brasil, de 1988 a 1999**. Mimeografado, 2001a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. São Paulo. **Casos detectados, prevalência e respectivos coeficientes de hanseníase distribuídos por ano, no Estado de São Paulo de 1989 a 1999**. Mimeografado, 2001b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária. Centro Nacional de Epidemiologia. Fundo Nacional de Saúde. **Casos Novos de hanseníase segundo o grau de incapacidades no Brasil, 1990 a 1996**. Mimeografado, 2001c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária. Centro Nacional de Epidemiologia. Fundo Nacional de Saúde. São Paulo. **Casos novos de hanseníase segundo o grau de incapacidades no Estado de São Paulo de 1990 a 1996**. Mimeografado. 2001d.

- CAMARAN, A. **Patologia del pie en el enfermo de lepra.** Venezuela, 1976. (Tesis Doctoral-Universidade de Carabobo).
- CERPHA. Comissão Evangélica de Reabilitação de Pacientes de Hanseníase. **Perguntas e Resposta sobre a Implementação da Multidrogaterapia (MDT) em Hanseníase.** 1ª ed. Brasília, 1989.
- CONOVER, W.J. **Practical Nonparametric Statistics.** New York: John Wiley & Sons. 1971.
- CRISTOFOLINI, L. **Aspecto da Assistência de Enfermagem na Hanseníase: Prevenção da úlcera plantar.** São Paulo, 1980. (Tese-Mestrado – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo).
- DEAN, A.G. et al. Epi Info. Version 6.04, Atlanta, CDS/OMS, Atlanta, 1997.
- 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.
- EVERITT, B.S. **The Cambridge Dictionary of Statistics in the Medical Sciences.** Cambridge: Cambridge University Press, p.32-33, 1999.
- FLEISS, J.L. **Statistical Methods for Rates and Proportions.** New York. John Wiley & Sons, ed. 2, 1981.
- GARBINO, J.A. Neuropatia Hansênica – Aspectos Fisiopatológicos, Clínicos, dano neural e regeneração. In: Opromolla, D.V. A. et al. **Noções de Hansenologia**, 2000. Bauru, Centro de Estudos “Dr. Reynaldo Quagliato”. 79-89.
- GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** Atlas, São Paulo, 1996.
- GONÇALVES, A. Incapacidade em Hanseníase: um estudo da realidade em nosso meio. **Hansen. Int.** , v.4, 26:35, 1979.

- GUISARD, C.L.M.P. & BARTOLOMUCCI, M.R.G.F. Qualidade da Assistência ao Doente de Hanseníase. In: Seminário de Hanseníase, DIR XXIV Taubaté, 2000 p.13.
- KANEKO, K.A.; ZAMBON, V.D.; PEDRAZZANI, E.S. Casos Novos de Hanseníase na Região de São Carlos, SP., de 1983 a 1988. **Hansen. Int.** , v. 15 (1/2) 5-15, 1990.
- LANA, F.C.F. **Organização Tecnológica do Trabalho em hanseníase com a Introdução da Poliquimioterapia.** Ribeirão Preto. 1992. (Tese- Mestrado - Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo).
- LANA, F.C.F. Organização Tecnológica do Trabalho em Hanseníase com a Introdução da Poliquimioterapia. **Rev. Bras. Enf.** , Brasília, v.46, 3/4 , 199-210, 1993.
- LANA, F.C.F. **Políticas Sanitárias em hanseníase: história social e a construção da cidadania.** Ribeirão Preto, 1997. (Tese-Doutorado - Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo).
- LANA, F.C.F & ROCHA, S.M. Organização do Trabalho em Hanseníase com a Introdução da Poliquimioterapia. In: ALMEIDA, M.C.P. & ROCHA, S. M. (orgs). **O trabalho de Enfermagem.** São Paulo. Cortez, 1997a. p.113-150.
- LEHNAN, L.F.; ORSINI, M.B.P.; NICHOLL, A.R.T. **The development and adaptation of the semmes-weinskein monofilaments in Brazil.** J. Hand ther. 1993 p.290-7.
- LOMBARDI, C. **Hanseníase: epidemiologia e controle.** São Paulo; Imprensa Oficial do Estado, 1990, p.85.
- MARCIANO, L.H.S.C. & GARBINO, J.A. Comparação de Técnicas de Monitoração da Neuropatia Hanseniana: Teste de Sensibilidade e Estudo de Condução Nervosa. **Hansen. Int.** Bauru, v.19, 2, 1-80, 1994.
- MURAI, H.C. **Participação da Enfermagem na Prevenção de Incapacidades Físicas na Hanseníase.** São Paulo, 1990. (Tese-Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo).

- NEMES, M.I.B. **A Hanseníase e as Práticas Sanitárias em São Paulo-10 anos de Sub-programa de Controle da Hanseníase na Secretaria de Estado da Saúde (1977-1987).** São Paulo, 1989. (Tese-Mestrado – Área de Medicina Preventiva- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo).
- NEMES, M.I.B. Ação Programática em Saúde- Recuperação Histórica de um Política de Programação. In: SCHRAIBER, L.B. org. **Programação em Saúde Hoje.** São Paulo, Hucitec. cap.2, 65-116., 1990.
- NEMES, M.I.B. Prática Programática em Saúde. In: SCHRAIBER, L.B. & MENDES GONÇALVES, R.B. **Saúde do Adulto –Programas e Ações na Unidade Básica.** Hucitec, cap. 2, 48-65, 1996.
- NOGUEIRA, W. et al. Perspectivas de eliminação da Hanseníase. **Hansen Int.**, p.19-28, 1995.
- OLIVEIRA, M.H.P. **Incapacidades Físicas em portadores de Hanseníase.** São Paulo, 1987. (Tese-Doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo).
- 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.** 45 p.2,1990.
- OLIVEIRA, M.H.P. Associação entre Atividades Ocupacionais dos Hansenianos e Incapacidades Físicas. **Rev. Bras. Enferm.** v.46, 279-285, 3/4, Brasília, 1993.
- OPROMOLLA, D.V. et al. Estimativa da Prevalência da Hanseníase pela Investigação em demanda Inespecífica de Agências de Saúde. **Rev. Saúde Publ.** 24 (3), 178-185, Bauru, 1990.
- OPROMOLLA, D. V. et al. **Noções de Hansenologia.** Bauru . Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, p.126, 2000.

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Reunion Científica sobre la rehabilitación de los leprosos. Vellore. Índia. **Série de Informes Técnicos n.221**, 1961.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA (OPAS). **Manual para controle da lepra**. Washington, USA. 2ª ed. 1989.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Assembléia Mundial de Saúde. **Eliminação da hanseníase até o ano 2000**. Genebra; OMS, 1998.
- ORNELLAS, C. P. **Paciente excluído**: história e crítica das práticas médicas de confinamento. Rio de Janeiro: Revan, 1997.
- PEDRAZZANI, E.S. et al. Prevenção de Incapacidades em Hanseníase: realidade numa unidade sanitária. **Hansen. Int.** 10 1/2 10-22, 1985.
- PEDRAZZANI, E.S.; HELENE, L.M.F.; VIEIRA, C.S.C.A.; VIETH, H.; BEZERRA, C.M.; Capacitação de multiplicadores na área de enfermagem em hanseníase. **Hansen. Int.**, 27-34, 1998.
- PEDRAZZANI, E.S. ; HELENE, L.M.F.; VIEIRA, C.S.C.A. A Trajetória da formação de recursos humanos de enfermagem em hanseníase no Estado de São Paulo. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 6, SALVADOR, 2000. Salvador, 2000. p 39.
- PEDROSO, M. et al. Incapacidades Físicas em hanseníase: estudo multicêntrico da realidade brasileira. **An. bras. Dermatol.** 64 (6) 301-306, 1989.
- PIOTO, M.P. **Incapacidades em Hanseníase no município de Bauru**. São Paulo, 1996. (Tese-Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo).
- QUEIROZ, M. S.; PUNTEL, M. **A endemia hansênica**: uma perspectiva multidisciplinar. Rio de Janeiro; Fiocruz, 1997, p. 120.

- ROTBURG, A. **Noções de Hansenologia**. São Paulo, 1977. 3.ed. Fundação Paulista contra a Hanseníase.
- 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, 1987. (Tese- Mestrado – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo).
- SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica prof. A. Vranjac- CVE. Divisão Técnica de Vigilância Epidemiológica da Hanseníase. Coordenação do Programa de Controle da Hanseníase. Núcleo de Educação em Saúde. **Relatório da Endemia Hansenica no Estado de São Paulo**. São Paulo, 1995.
- SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Campanha do dia mundial e estadual de combate à hanseníase**. São Paulo: SS, 1997.
- SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica Prof. A. Vranjac. CVE. Divisão de Vigilância Epidemiológica da Hanseníase. **Relatório da Endemia Hansênica Estado de São Paulo**. 1997a.
- 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.
- SÃO PAULO (Estado). Resolução SS 31, de 19/02/99. Aprova a norma técnica que estabelece as Diretrizes e Estratégias para as ações de controle da hanseníase e preconiza Esquemas de Tratamento. São Paulo, **Diário Oficial do Estado**, 20 de fevereiro de 1999, p. 17-20.

- 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, 2.000.**
- SÃO PAULO (Estado). Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Vigilância Epidemiológica da DIR XXIV de Taubaté. **Casos detectados, coeficiente de detecção e prevalência de hanseníase distribuídos por ano, na DIR XXIV de Taubaté, de 1990 a 1999.** Mimeografado, 2001.
- SAS INSTITUTE INC. **The SAS System for Windows (Statistical Analysis System).** Cary, NC, USA, 1989 - 1996. V. 6.12.
- SANDINI, E. et al. **O percurso de saúde mental no município de Taubaté e na Unidade Integrada de Saúde de Taubaté (UIST).** Taubaté, 1997. (Monografia final do Curso de Especialização em Saúde Mental e Coletiva, Universidade de Taubaté).
- SCHRAIBER, L. B. org. **Programação em Saúde Hoje.** ed. Hucitec. São Paulo, p.225, 1990.
- SERVIÇO DE LEPROLOGIA “E.P. FIDANZA” DE CSAN. Estudo sobre incapacidades causadas por lepra. **Leprologia, 12, (1), 48-57, 1968.**
- SIEGEL, S. **Estatística Não-Paramétrica para as Ciências do Comportamento.** São Paulo: Mc Graw Hill. 1975.
- TALHARI, S. & NEVES, R.G. **Hansenologia Dermatologia Tropical.** Manaus. Funcomiz, ed. Calderaro Ltda., p.107 1998.
- TERENCIO, L.A.J.; **La Lepra: Pasado, Presente y Futuro.** Valelncia, Generalitat Valenciana, p. 111,1999.
- 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.**

- TRINDADE, M.A.B.; NEMES, M.I.B. Incapacidades Físicas em Hanseníase no momento do Diagnóstico. Características Epidemiológicas dos casos registrados de 1983 a 1988 no Estado de São Paulo. **Hansen. Int.**, v.17, 8-14, n.1-2, 1992.
- VIEIRA, C.S.C.A.; GUIARD, C.L.M.P.; DOMICIANO, S. **Estudo sobre Contatos Faltosos no ARE Taubaté, na década de 90.** Taubaté: ARE, 1999 [Mimeografado].
- VIEIRA, C.S.C.A.; GUIARD, C.L.M.P.; DOMICIANO, S. **Avaliação de Prevenção de Incapacidades de todos os casos em registro ativo, inscritos no Ambulatório Regional de Especialidade de Taubaté, no primeiro semestre de 2000.** Taubaté: ARE, 2000 [Mimeografado].
- VIETH, H.; SALOTTI, S.R.A.; PASSEROTTI, S. **Guia de Prevenção Ocular em Hanseníase.** 2.ed., p-54, Imprensa Oficial, Bauru, (s.d.).

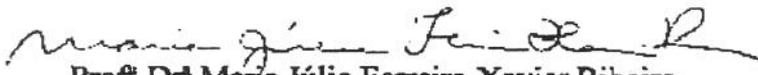


9. ANEXOS

Anexo 1 - Comitê de Ética em Pesquisa/UNITAU

Declaro que o projeto de pesquisa, de responsabilidade da pesquisadora Carmen Silvia de Campos Almeida Vieira, intitulado Prevenção de incapacidades em Hanseníase no Ambulatório Regional de Especialidades de Taubaté de 1990 a 1999 (Registro CEP/UNITAU nº 0010/01), foi analisado por este comitê de Ética em Pesquisa em reunião de 27 de abril de 2001 e considerado aprovado.

Taubaté, 27 de abril de 2001


Prof.ª Dr.ª Maria Júlia Ferreira Xavier Ribeiro
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté

Anexo 2 - Solicitação e Autorização da realização da Pesquisa

Ilma Sra. Edercy Pereira de Oliveira Gomes
Diretora Técnica de Divisão]
Ambulatório Regional de Especialidades de Taubaté
Prezada Senhora

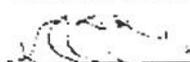
Vimos pelo presente solicitar autorização para a realização da coleta de dados para o desenvolvimento da nossa dissertação de mestrado, que está sendo realizado para o Programa de Pós Graduação em Enfermagem, do Departamento de Enfermagem, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Esta pesquisa será desenvolvida por meio de um estudo retrospectivo, baseado em instrumentos padronizados, informações do Departamento de Pessoal, livros e demais documentos do Programa de Controle de Hanseníase, permitindo-nos realizar e estudar o atendimento em hanseníase no Ambulatório Regional de Especialidade de Taubaté durante os anos 90, com ênfase na prevenção de Incapacidades, intitulado “Prevenção de incapacidades em Hanseníase, no Ambulatório Regional de Especialidades de Taubaté, de 1990 a 1999.

Informamos ainda que o mesmo já passou pela Avaliação da Comissão de ética em Pesquisa da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade de Taubaté e conclui-se não haver nenhuma implicação ética.

Esperando contar com sua valiosa colaboração e anuência, colocamo-nos à disposição de maiores esclarecimentos, aguardando um pronunciamento de VS., agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente



Carmen Silvia de Campos Almeida Vieira

Anexo 2 (continuação)

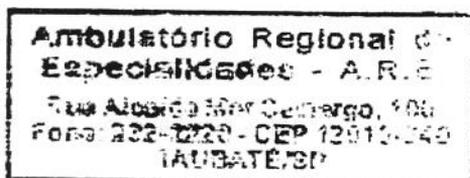
De acordo com a leitura da carta de informações, os procedimentos, forma de participação e as explicações da orientadora do projeto, a instituição que represento concorda em participar da pesquisa.

Nome da Instituição: Ambulatório Regional de Especialidades
“Dr. René Rachou” ARE Taubaté

Representante legal da instituição: Edercy Pereira de Oliveira Gomes

Orientadora: Eliete Maria Silva

Data: Taubaté 28 de abril de 2001



Edercy Pereira de Oliveira Gomes
nr. Tec. Serv. Núcl. Planej. Aval. e Desenvolvimento
RO: 4.205.442
RIR XXIV Taubaté

Anexo 3 - Ficha de Investigação Epidemiológica de Hanseníase (1990)



Governo do Estado de São Paulo
Secretaria de Estado da Saúde



Centro de
Informações da
Saúde

Ficha de Investigação Epidemiológica

HANSENIACE

N.º	Data da notificação		N.º Arquivo
1. Identificação		DRE	CS
Nome do doente			
Data de nascimento		Idade	Sexo
Local de nascimento Município		País (ou país)	
Endereço		N.º	Tempo de residência
Bairro		Distrito/ Subdistrito	Município
Ocupação			
Local de trabalho			
Estado civil		Estado ou Equivalente	Viúvo
Grau de instrução		Separado, divorciado ou divorciado	
Analfabeto <input type="checkbox"/>		1.º grau incompleto <input type="checkbox"/>	2.º grau incompleto <input type="checkbox"/>
Semi-analfabeto <input type="checkbox"/>		1.º completo <input type="checkbox"/>	2.º grau completo <input type="checkbox"/>
		Superior incompleto <input type="checkbox"/>	
		Superior completo <input type="checkbox"/>	
2. Apresentação			
Espontânea <input type="checkbox"/> Notificação <input type="checkbox"/> Exame comunic. novo <input type="checkbox"/> Exame comunic. antigo <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>			
3. Tipo de residência atual			
Urbana familiar <input checked="" type="checkbox"/> Urbana coletiva <input type="checkbox"/> Rural familiar <input type="checkbox"/> Rural coletiva <input type="checkbox"/>			
4. Local de residência no início provável da doença			
Município		País (ou país)	Tempo de residência
5. Local de residência de 3 a 5 anos antes do início provável da doença			
Município		Estado (ou país)	Tempo de residência
6. Progenitores		Doente de Hanseníase	Naturalidade
Pai			
Mãe			
7. Comunicantes		Sexo	Idade
Nome		Grau de parentesco	
8. Conviveu ou convive com doente (s) de hanseníase			
Não sabe <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Nome			
9. Notificação			
10. Conduta			
<input type="checkbox"/> Inscrito no C.S. <input type="checkbox"/> Encerilhado por			
11. Observações			
Responsável pelo preenchimento			
Nome		Cargo	Assinatura

Anexo 3 (continuação)

Ficha Clínica

1. História

Idade em que se manifestou a doença: _____

Tempo em anos: _____

Primeiros sinais e sintomas, datas, evoluções, etc. _____

2. Exame físico

A) ÁREAS PLANAS COM ANESTESIA CILINDRÍSTICA

Térmica

Com hipocrômia

Com epócia

Reação a Histamina

Dolorosa

Com eritema

Com anidrose

Completa

Táctil

Parcial

Não realizada

B) LESÕES SÓLIDAS SOLADAS

Papulas

Nódulos

C) PLACAS PAPULOSAS

Cilíndricas

Com limitação interna

Com emargem externa

Com alopecia

Com anestesia

Com anidrose

D) INFILTRAÇÃO

Cabeça

Tórax

Membros

E) TRONCOS NERVOSOS ESPESÇADOS

Ulnar

Cubital

Mediano

Tibial posterior

Clavicular popliteo externo

F) AMIOTROFIAS DE MEMBROS SUPERIORES

Interosseas

Eminência torar

Eminência hipotenar

G) OUTROS SINAIS

Mediocran

Reação com ilíacas nodosa

H) INCAPACIDADES

Mãos		Pés		Olhos	
Int.	Sinal	Int.	Sinal	Int.	Sinal
I	Anestesia	I	Afastosia	I	Conjuntivite
	Ulnares		Ulnares		Lagrímal
II	Garra "C" ou Reabsorção discreta	II	Garra móvel	I	Itiva ou queimada
			Reabsorção discreta		Diminuição de acuidade visual
	Mão caída		Pé caído		
II	Artic. empilhadas	III	Contratura		Grave perda de visão
	Reabsorção intensa		Reabsorção intensa	II	Cegueira

I) COMPROMETIMENTO

Laringea

Dessecamento do nariz

Pardiose facial completa

3. Exames complementares

Miografia

Radioscopia

Histopatologia

4. Classificação

5. Observações

Médico responsável

Nome

Assinatura

Data

Anexo 5 (continuação)

APRAZAMENTO												
ANOS	MÊSES											
	JAN	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
1												
2												
3												

CADASTRO DOS CONTATOS INTRA DOMICILIARES												
M	MÊS DOS CONTATOS INTRA DOMICILIARES			MÊS DE			MÊS DE			MÊS DE		
	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEB	MAR	ABR
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												

MÍNIMO DE DIAS SUPERVISADOS											
11			12			13			14		
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

CADASTRO DOS CONTATOS INTRA DOMICILIARES												
M	MÊS DOS CONTATOS INTRA DOMICILIARES			MÊS DE			MÊS DE			MÊS DE		
	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEB	MAR	ABR
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												

MÍNIMO DE DIAS SUPERVISADOS											
11			12			13			14		
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

MÍNIMO DE DIAS SUPERVISADOS											
11			12			13			14		
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

MÍNIMO DE DIAS SUPERVISADOS											
11			12			13			14		
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

MÍNIMO DE DIAS SUPERVISADOS											
11			12			13			14		
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

MÍNIMO DE DIAS SUPERVISADOS											
11			12			13			14		
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

MÍNIMO DE DIAS SUPERVISADOS											
11			12			13			14		
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

MÍNIMO DE DIAS SUPERVISADOS											
11			12			13			14		
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

MÍNIMO DE DIAS SUPERVISADOS											
11			12			13			14		
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

MÍNIMO DE DIAS SUPERVISADOS											
11			12			13			14		
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

MÍNIMO DE DIAS SUPERVISADOS											
11			12			13			14		
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

MÍNIMO DE DIAS SUPERVISADOS											
11			12			13			14		
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

MÍNIMO DE DIAS SUPERVISADOS											
11			12			13			14		
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

MÍNIMO DE DIAS SUPERVISADOS											
11			12			13			14		
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

MÍNIMO DE DIAS SUPERVISADOS											
11			12			13			14		
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

MÍNIMO DE DIAS SUPERVISADOS											
11			12			13			14		
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

MÍNIMO DE DIAS SUPERVISADOS											
11			12			13			14		
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

MÍNIMO DE DIAS SUPERVISADOS											
11			12			13			14		
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

MÍNIMO DE DIAS SUPERVISADOS											
11			12			13			14		
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

MÍNIMO DE DIAS SUPERVISADOS											
11			12			13			14		
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

MÍNIMO DE DIAS SUPERVISADOS											
11			12			13			14		
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

MÍNIMO DE DIAS SUPERVISADOS											
11			12			13			14		
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

MÍNIMO DE DIAS SUPERVISADOS											
11			12			13			14		
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

MÍNIMO DE DIAS SUPERVISADOS											
11			12			13			14		
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

MÍNIMO DE DIAS SUPERVISADOS											
11			12			13			14		
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

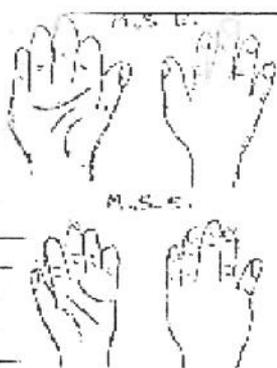
MÍNIMO DE DIAS SUPERVISADOS											
11			12			13			14		
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

MÍNIMO DE DIAS SUPERVISADOS											
11			12			13			14		
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

**Anexo 9 - Avaliação de PI: ocular, membros superiores e inferiores
(1986 a 1993)**

Nome			
Endereço	Sexo		
Unidade Clínica	Medicação Específica		
Endoscopia			
Medicação Ocular			
SINTOMAS SUBJETIVOS		O.D.	O.E.
Sente alguma coisa incomodando o olho? o que? onde?			
Sente lacrimejamento? onde?			
Tem secreção de lágrima?			
Sente o olho coçando?			
Sente dor profunda?			
Sente dor à palpação?			
O olho está lacrimejando?			
Tem secreção?			
A visão mudou recente? (meses)			
O olho está vermelho? o/dor?			
O olho está vermelho? s/dor?			
Sem sintomas			
EXAME			
Acuidade	com correção		
Visual	com correção		
Fáce	Manchas/Infiltração		
Anexos	Supercílios		
	Cílios		
	Íris		
	Entropião		
Palpebras	Tricíase		
	Ectropião		
	Epífora		
Vias	Teste de Schirmer		
	Drenagem		
Lacrimais	Obstrução/Secreção		
M. Orbí-	Fisclamação espontânea		
cularia	voluntária s/força		
	c/força		
	periférica		
	central		
Conjuntiva	hiperemia localizada		
	Dor à palpação		
	Nódulos		
Córnea	Sensibilidade		
	Opacidade		
	Úlcera		
Pupila	Isotrofia		
	Regularidade		
	Reatividade		
Crístalino	Catarata		
P. O.	Palpação < >		

Anexo 9 (continuação)

<p> <input type="checkbox"/> ANESTESIA <input type="checkbox"/> INSERVAÇÃO <input type="checkbox"/> NORMAL </p>	<p> <input type="checkbox"/> REFLEXOS <input type="checkbox"/> HALLERSON <input type="checkbox"/> TATTO </p>	 <p style="text-align: center;">M.S.D. M.S.E.</p>
<p>4- DIAGNOSTICO:</p> <p>MÃO D.: _____</p> <p>MÃO E.: _____</p>		
<p>5- CONDUTA DE EXERCÍCIOS:</p> <p>_____</p>		
<p>6) M.A.S. A. INSPEÇÃO:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		 <p style="text-align: center;">P.D. P.E.</p>
<p>LEGENDA: PARA PE DEBIL: O ULCERAS □ CALOS - REABSORÇÃO X CISTATIZES ● HEMATOMA</p>		
<p>2- PULSO:</p> <p>CLATICO P. EXTERNO OU REGULAR _____</p> <p>CLATICO POSTERIOR _____</p>		<p>R.I.D. R.I.E.</p>
<p>3- MOBILIDADE - ARTICULAR:</p> <p>_____</p>		
<p>4- FORÇA MUSCULAR:</p> <p>TIBIAL ANTERIOR _____</p> <p>EXTENSOR COMUM PÉD. _____</p> <p>EXTENSOR LONGO HALUX _____</p> <p>INTEROSSEOS _____</p>		<p>M.I.D. M.I.E.</p>
<p>5- NÍVEL DE SENSIBILIDADE:</p> <p> <input type="checkbox"/> ANESTESIA <input type="checkbox"/> INSERVAÇÃO <input type="checkbox"/> NORMAL </p>		<p> <input type="checkbox"/> REFLEXOS <input type="checkbox"/> HALLERSON <input type="checkbox"/> TATTO </p>  <p style="text-align: center;">P.D. P.E.</p>
<p>6- DIAGNOSTICO:</p> <p>PÉ D.: _____</p> <p>PÉ E.: _____</p>		<p>7- CONDUTA DE EXERCÍCIOS:</p> <p>_____</p>

Anexo 10 (continuação)

ROTEIRO DE AVALIAÇÃO

1.5 - PÁG.01

Unidade Sanitária: _____ Regional: _____
 Nome: _____ Sexo: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Ocupação: _____
 No. do Prontuário: _____ Forma Clínica: _____ Data de Início do Tratamento: ____/____/____ Data da Alta: ____/____/____

PREVENÇÃO DE INCAPACIDADES FÍSICAS NA HANSENÍASE ROTEIRO DE AVALIAÇÃO

3. MÃOS

Data (dd/mm/aa)	3.1 QUEIXAS
1ª / /	
2ª / /	
3ª / /	

3.2 INSPEÇÃO

3.2.1 Descrição: Calosidade Ferimentos (am/cur) Cicatriz (causa) *Índice* Realização
 Outros achados (atrofia, fissura etc)

	Direita		Esquerda	
1ª				
2ª				
3ª				
			3.2.2 Ressecamento (SN)	

3.3 AVALIAÇÕES

1ª	2ª	3ª	1ª	2ª	3ª
ARTICULAÇÕES INTERDALARANAS (— = sem problemas M = garra móvel R = garra rígida)					
			3.3.1 Polegar		
			3.3.2 Proximal do 2º Dado		
			3.3.3 Proximal do 3º Dado		
			3.3.4 Proximal do 4º Dado		
			3.3.5 Proximal do 5º Dado		

1º ESPAÇO DORSAL

			3.3.6 Espaço em (mm) entre as metacarpofalanges das do polegar e do 2º dedo (medida passiva)		
--	--	--	--	--	--

CURSO NACIONAL DE PREVENÇÃO DE
 INCAPACIDADES EM HANSENÍASE

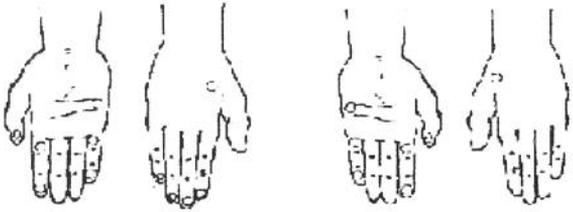
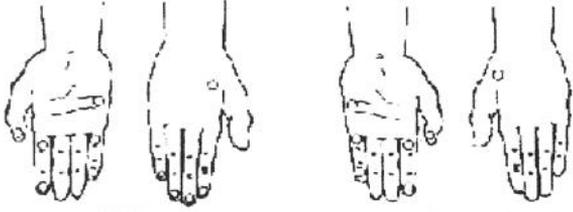
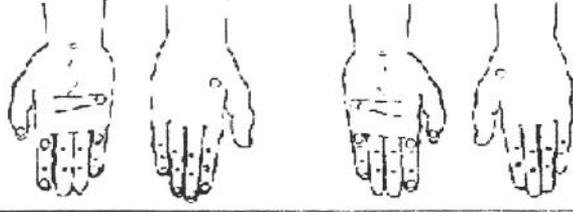
ÚLTIMA REVISÃO
 12/1998

Anexo 10 (continuação)

ROTEIRO DE AVALIAÇÃO	1.5 - PÁG.02
-----------------------------	---------------------

DIREITA			ESQUERDA		
1º	2º	3º	1º	2º	3º
PALPAÇÃO DOS NERVOS (- = sem problema D=dor E=espessado T=timel/choque F=fibrosa/duro N=nódulo)					

FORÇA MUSCULAR (F=forte D=diminuído P=paralisia ou grau de 0 a 5)					

3.3.14 SENSIBILIDADE (*Perda da Sensibilidade Profetora)	
<p>1º</p> 	<p>(6) 0,05g VERDE</p> <p>(5) 0,2g AZUL</p> <p>(4) 2,0g VIOLETA</p>
<p>2º</p> 	<p>(5) 4,0g *VERMELHO FECHADO</p> <p>(4) 1,0g *VERMELHO X</p> <p>(3) 300,0g *VERMELHO ABERTO</p>
<p>3º</p> 	<p>(0) Sem resposta a 300,0g *PRATO</p>

3.3.15 Grau de Incapacidades. OMS (D3)					
1º D:	E:	2º D:	E:	3º D:	E:

TRATAMENTO	1º	2º	3º
1. Educação e Orientação Sobre Auto-Cuidados			
2. Higiene / Limpeza / Ventilação			
3. Exercícios			
4. Adaptações			
5. Treino em Atividades da Vida Diária (AVD)			
6. Cuidados			
7. Tópicos			
7.1. neural			
7.2. mão funcional			
7.3. dedos / gesso digital			
7.4. ortese elástica			
8. Medicamentos			
ASSINATURA:			

Anexo 10 (continuação)

ROTEIRO DE AVALIAÇÃO

1.6 - pág.01

Unidade Sanitária: _____ Regional: _____
 Nome: _____ Sexo: _____ Data de Nascimento: ___/___/___ Ocupação: _____
 Nº do Prontuário: _____ Forma Clínica: _____ Data de Início do Tratamento: ___/___/___ Data da Alta: ___/___/___

PREVENÇÃO DE INCAPACIDADES FÍSICAS NA HANSENÍASE ROTEIRO DE AVALIAÇÃO

4. PÉS

Data (dia/mês/ano)	4.1 QUINTAS
1º / /	
2º / /	
3º / /	

4.2 INSPEÇÃO

3.2.1 Desenhos: Calosidade Ferimentos (ulceras) Clivagem (causa) *Alcides* Reabsorção
 Outros achados (atrofia, fissura etc.)

	Direito	Esquerdo
1º		
2º		
3º		
		4.2.2 Retecamento (S/N)
		4.2.3 Marcha do Pé Caído (S/N)

4.3 AVALIAÇÕES

1º	2º	3º	1º	2º	3º
ARTICULAÇÃO TIBIO-TÁRSICA (— = sem problemas M = móvel R = rígida)					
4.3.1 Tornozelo					
ARTICULAÇÕES INTERFAI ANGEANAS (— = sem problemas M = garra móvel R = garra rígida)					
4.3.2 Hálux					
4.3.3 Proxim. do 2º Arco do					
4.3.4 Proxim. do 3º Arco do					
4.3.5 Proxim. do 4º Arco do					
4.3.6 Proxim. do 5º Arco do					

CURSO NACIONAL DE PREVENÇÃO DE
 INCAPACIDADES EM HANSENÍASE

ÚLTIMA REVISÃO
 12/1998

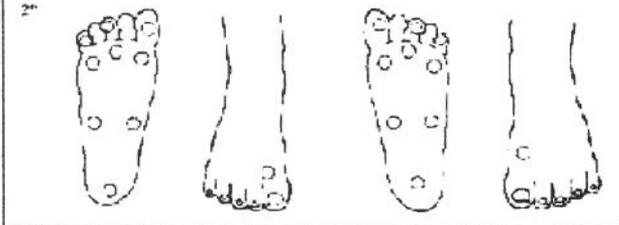
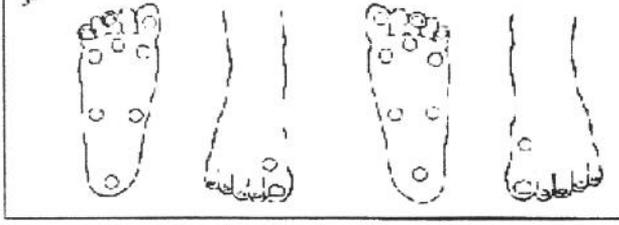
Anexo 10 (continuação)

ROTEIRO DE AVALIAÇÃO	1.6 - pág.02
-----------------------------	---------------------

DIREITO				ESQUERDO			
1º	2º	3º		1º	2º	3º	
PALPAÇÃO DOS NERVOS (— = sem problemas D= dor E=espessura T=tinel/choque F=fibrose/duro N=nódulo)							
			4.3.7 Nervo: N. tib. Comum				
			4.3.8 Nervo: Tib. Posterior				
FORÇA MUSCULAR (F=forte D=diminuída P=paralisia ou graus de 0 a 5)							
			NERVO FIBULAR COMUM				
			4.3.9 Extensão de Hálux				
			4.3.10 Extensão dos Anéis				
			4.3.11 Dorsiflexão				
			4.3.12 Flexão				

4.3.13 SENSIBILIDADE (*Perda da Sensibilidade Patológica)

4.3.14 CALÇADOS

1º		01 0,00 VERDE 05 0,20 AZUL 09 2,00 VIOLETA	(1) Tipo: _____ Adequado (S/N) _____ Modificações (S/N) _____
2º		01 0,00 VERDE 05 0,20 AZUL 09 2,00 VIOLETA	(2) Tipo: _____ Adequado (S/N) _____ Modificações (S/N) _____
3º		01 0,00 VERDE 05 0,20 AZUL 09 2,00 VIOLETA	(3) Tipo: _____ Adequado (S/N) _____ Modificações (S/N) _____

4.3.15 Grau de Incapacidade. OMS (0-3)

1º D:	E:	2º D:	E:	3º D:	E:
-------	----	-------	----	-------	----

TRATAMENTO	1º	2º	3º
1. Educação e Orientação Sobre Auto-Cuidados			
2. Hidratação / Lubrificação / Massagem			
3. Exercício			
4. Modificações: <ul style="list-style-type: none"> 4.1 palmilha simples 4.2 forro metatarsiano 4.3 Tábua de Healy 			
5. Tipo de Marcha			
6. Calçados com J. certo <ul style="list-style-type: none"> 6.1 canetas 6.2 sola de couro 6.3 sola de amu 			
7. Talus <ul style="list-style-type: none"> 7.1 plano 7.2 pé reacional 			
8. Frenclmamentos			
ASSINATURA:			

Anexo 11 - Ficha de Consolidação dos dados

Ficha nº _____

Data da notificação: ___/___/___ Data diagnóstico: ___/___/___ Iniciais: _____

Data nascimento: ___/___/___ Idade: ___ Prontoúario: ___ Sexo: ___ Cor: _____

Bairro: _____ Município: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____ Modo de detecção: _____

Convívio com doente: _____ Data dos 1º sintomas: ___/___/___

Forma clínica: _____ Classificação: _____ Baciloscopia: _____ Mitsuda: _____

Histopatológico: _____ Esquema terapêutico: _____ Data alta: _____

Tipo da alta: _____

AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADES NO DIAGNÓSTICO: Data: ___/___/___

Mãos (sinais e sintomas) _____

Grau atribuído: _____

Pés (sinais e sintomas) _____

Grau atribuído: _____

Olho (sinais e sintomas) _____

Grau atribuído: _____

AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADES NA ALTA: Data: ___/___/___

Mãos (sinais e sintomas) _____

Grau atribuído: _____

Pés (sinais e sintomas) _____

Grau atribuído: _____

Olho (sinais e sintomas) _____

Grau atribuído: _____

Reação Hansênica: _____ Quantas: _____

Tratamento da reação: _____

Anexo 12 - Ficha de Consolidação dos dados - Folha de respostas

1 - Data de notificação: ___/___/___

2 - Data diagnóstico: ___/___/___

3 - Iniciais: _____

4 - Data nascimento: ___/___/___

5 - Idade: _____

6 - Prontuário: _____

7 - Sexo: 1 = Masculino 2 = Feminino 9 = Indefinido

8 - Cor: 1 = Branco 2 = Negro 3 = Amarelo
4 = Pardo 5 = Mulato x = Não tem informação

9 - Bairro: _____

10 - Município: _____

11 - Ocupação: _____

12 - Escolaridade: 1 = Analfabeto 2a = 1^o grau completo 2b = 1^o incompleto
3a = 2^o grau completo 3b = 2^o incompleto
4a = Superior completo 4b = Superior incompleto
x = Não sabe informar13 - Modos de detecção: 1 = Encaminhamento 2 = Demanda espontânea
3 = Exame de coletividade 4 = Exames de contatos
5 = Outros modos x = Não tem informação

14 - Convívio com doente: 1 = Sim 2 = Não 3 = Não sabe x = Não sabe informar

15 - Data dos primeiros sintomas:

1 = 0 |— 1

2 = 1 |— 2

3 = 2 |— 3

4 = 3 |— 5

5 = 5 |— 6

6 = 6 |— 7

7 = 7 |— 10

8 = \geq 10 anos

x = Não sabe informar

16 - Forma clínica: 1 = I 2 = T 3 = D 4 = V
5 = Não classificadas

17 - Classificação: 1 = PB 2 = MB

18 - Baciloscopia: 1 = Positivo 2 = Negativo 3 = Não realizada

19 - Mitsuda: 1 = Positivo 2 = Negativo 3 = Não realizada

20 - Histopatológico: 1 = I 2 = T 3 = D 4 = V
5 = Outros resultados 6 = Não realizado

21 - Esquema terapêutico: 1 = PQT/OMS/PB 2 = PQT/OMS/MB
3 = Outros esquemas x = Sem resposta

22 - Data da alta: ___ / ___ / ___

22a - Tipo: 1 = Cura 2 = Estatística 3 = Transferência 4 = Outros
5 = Óbito x = Não tem informação N = Não recebeu alta

23 - AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADE NO DIAGNÓSTICO: Data ___ / ___ / ___

23a - Mãos (Sinais/Sintomas): Responder conforme quadro

23b - Grau atribuído: _____

23d - Pés (Sinais/Sintomas): Responder conforme quadro

23e - Grau atribuído: _____

23g - Olhos (Sinais/Sintomas): Responder conforme quadro

23h - Grau atribuído: _____

Obs.: Na seqüência acima - X = Não tem informação

24 - AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADE NA ALTA: Data ___ / ___ / ___

24a - Mãos (Sinais/Sintomas): Responder conforme quadro: _____

24b - Grau atribuído: _____

24d - Pés (Sinais/Sintomas): Responder conforme quadro: _____

24e - Grau atribuído: _____

24g - Olhos (Sinais/Sintomas): Responder conforme quadro: _____

24h - Grau atribuído: _____

Obs.: Na seqüência acima - X = Não tem informação

25 - Reação Hansênica: 1 = Sim 2 = Não t = Transferência

26 - Quantas: _____ x = Não tem informação t = Transferência

27 - Tratamento de reação: 1a = Medicamentoso Prednisona
1b = Medicamentoso Talidomida
1a e b = Medicamentosos Prednisona/Talidomida
2 = Acompanhamento na PI
3 = Acompanhamento Psicológico
4 = Acompanhamento Social
5 = Trabalho em Grupo
x = Não tem informação
t = Transferência

Anexo 13 - Regiões com respectivos bairros de Taubaté

1) Parte Baixa - B1:

- Quiririm	- 4	(1,2%)
- Bela Vista	- 1	(0,3%)
- Chácara Flórida	- 2	(0,6%)
- Jardim Santa Tereza	- 6	(1,8%)
- Fazenda Campo Grande	- 1	(0,3%)
- Pinheirinho	- 1	(0,3%)
Subtotal	- 15	(4,5%)

B2:

- Abaeté	- 1	(0,3%)
- Bonfim	- 4	(1,2%)
Subtotal	- 5	(1,5%)

B3:

- Parque Aeroporto	- 10	(3,1%)
- Parque Bandeirantes	- 4	(1,2%)
- Santa Fé	- 1	(0,3%)
- Jardim Santa Catarina	- 1	(0,3%)
- Vila Bela	- 3	(0,9%)
- Vila Elvira	- 1	(0,3%)
Subtotal	- 20	(6,1%)

B4:

- Chácara do Visconde	- 6	(1,8%)
- Esplanada Santa Terezinha	- 1	(0,3%)
- Estiva	- 24	(7,4%)
- Monção	- 1	(0,3%)
- Parque Ipanema	- 7	(2,1%)
- Parque Planalto	- 2	(0,6%)
- Parque São Cristóvão	- 5	(1,5%)
- Vila Prosperidade	- 7	(2,1%)
Subtotal	- 53	(16,1%)

B5:

- Água Quente	- 2	(0,6%)
- Areão	- 7	(2,1%)
- Jardim Canuto Borges	- 2	(0,6%)
- Jardim Garcez	- 3	(0,9%)
- Jardim Mourisco	- 11	(3,4%)
- Jardim Rezende	- 2	(0,6%)
- Jardim Morumbi	- 1	(0,3%)
- Parque Sabará	- 6	(1,8%)
- Parque Santo Antonio	- 4	(1,2%)
- Parque São Luiz	- 8	(2,5%)
- Parque Vera Cruz	- 3	(0,9%)
- Jardim Albina	- 4	(1,2%)
- Vila Aparecida	- 4	(1,2%)
- Vila Marly	- 4	(1,2%)
- Vila das Graças	- 1	(0,3%)
- Rancho Grande	- 1	(0,3%)
- Santa Cruz	- 1	(0,3%)
- Vila Nogueira	- 7	(2,1%)
Subtotal	- 71	(21,5%)

B6:

- Jair Freire	- 1	(0,3%)
- Jardim Califórnia	- 5	(1,5%)
- Jardim Jaraguá	- 3	(0,9%)
- Vila São Geraldo	- 4	(1,2%)
Subtotal	- 13	(3,9%)

TOTAL GERAL: - 177 CASOS NOVOS DE HANSENÍASE / 42 BAIROS

2) Parte Alta - A1:

- Estrada do Barreiro	- 3	(0,9%)
- Jardim Paulista	- 3	(0,9%)
- São Gonçalo	- 7	(2,1%)
- Água Grande	- 1	(0,3%)
- Caieiras	- 1	(0,3%)
- Sete Voltas	- 3	(0,9%)
- Estrada Taubaté Ubatuba	- 1	(0,3%)
Subtotal	- 19	(5,7%)

A2:

- Belém	- 4	(1,2%)
- Campos Elíseos	- 1	(0,3%)
- Cidade de Deus	- 5	(1,5%)
- Cidade Jardim	- 2	(0,6%)
- Jardim Baronesa	- 2	(0,6%)
- Jardim Bela Vista	- 2	(0,6%)
- Marlene Miranda	- 2	(0,6%)
- Itapecirica	- 1	(0,3%)
Subtotal	- 19	(5,7%)

A3:

- Alto do Cristo	- 2	(0,6%)
- Alto São Pedro	- 4	(1,2%)
- Bosque da Saúde	- 7	(2,1%)
- Imaculada	- 9	(2,8%)
- Jardim América	- 5	(1,5%)
- Jardim Ana Lúcia	- 2	(0,6%)
- Santa Ines	- 1	(0,3%)
Subtotal	- 30	(9,1%)

A4:

- Chácara Silvestre	- 1	(0,3%)
- Parque Três Marias	- 18	(5,5%)
- Una	- 2	(0,6%)
Subtotal	- 21	(6,4%)

TOTAL GERAL: - 89 CASOS NOVOS DE HANSENÍASE / 25 BAIROS

3) Parte Central - C1:		
- Conjunto Urupês	- 1	(0,3%)
- Independência	- 11	(3,3%)
Subtotal	- 12	(3,6%)
C2:		
- Centro	- 14	(4,3%)
- Chafariz	- 1	(0,3%)
- Jaboticabeira	- 1	(0,3%)
- Jardim das Nações	- 2	(0,6%)
- Jardim Russi	- 1	(0,3%)
- Santa Luzia	- 1	(0,3%)
Subtotal	- 20	(6,1%)
C3:		
- Jardim Maria Augusta	- 2	(0,6%)
- Jardim Santa Clara	- 3	(0,9%)
Subtotal	- 5	(1,5%)
C4:		
- Gurilândia	- 8	(2,5%)
- Jardim Ana Emília	- 2	(0,6%)
- Jardim Ana Rosa	- 2	(0,6%)
- Parque Paduan	- 1	(0,3%)
- Parque Urupês	- 3	(0,9%)
- Vila São José	- 6	(1,8%)
- Parque Taubate-Guassu	- 1	(0,3%)
Subtotal	- 23	(7,0%)

TOTAL GERAL: - 60 CASOS NOVOS DE HANSENÍASE / 17 BAIROS

Anexo 14 - Tipo de Ocupação / Categoria Profissional

- Trabalho Pesado**
- Pedreiro
 - Lavrador
 - Jardineiro
 - Soldador
 - Serralheiro
 - Trabalhador braçal (feirante, retireiro, leiteiro)
 - Carpinteiro
 - Marceneiro
 - Operador de britagem
 - Operador de fundição
 - Armador
- Trabalho Moderado**
- Do lar
 - Serviços gerais (faxineira, operário, servente)
 - Montador (operador de máquina, montador de produção, metalúrgico)
 - Motorista
 - Pintor
 - Empregada doméstica
 - Mecânico
 - Ajudante geral
 - Borracheiro
 - Costureira
 - Operador de produção
 - Funileiro
 - Industriário
 - Mestre de obras
 - Operador de processo químico
 - Pecuarista
 - Açougueiro
 - Ajustador mecânico
 - Atendente de enfermagem
 - Cozinheira
 - Encanador

Trabalho leve

- Estudante
- Vendedor
- Comerciante
- Segurança
- Secretária
- Autônomo
- Eletricista
- Funcionário público
- Advogado
- Projetista
- Administrador
- Inspetor de qualidade
- Bancário
- Engenheiro
- Técnico de comunicação
- Letrista
- Operador de processamento
- Professor
- Acertador de cantos
- Ambulante
- Cabeleireiro

Inativos

- Aposentado
- Desempregado
- Presidiário
- Pensionista