

***II - A HANSENIASE E A ENFERMAGEM***

Neste capítulo serão apresentadas algumas considerações a respeito da problemática da hanseníase e sua relação com as ações realizadas pelo pessoal de enfermagem no controle dessa endemia, destacando a prática desenvolvida por esses profissionais e ocupacionais, assim como a caracterização dos recursos humanos atuantes nesta área.

## 1 - A HANSENÍASE COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A doença denominada Hanseníase é considerada um problema de Saúde Pública, porque os indivíduos acometidos por ela estão expostos a intercorrências de natureza variada que podem afetar as suas necessidades bio-psico-sociais enquanto seres humanos, bem como de outras pessoas que convivem com os mesmos.

Doença infecto-contagiosa causada pelo *Mycobacterium leprae*, a hanseníase é de evolução crônica, sujeita a episódios de agudização. Sua transmissão se faz de pessoa para pessoa, necessitando, para tanto, de contatos diretos e freqüentes com doentes de formas contagiosas<sup>(22)</sup>.

LOMBARDI<sup>(32)</sup> afirma que "há estudos imunológicos que nos induzem supor que a transmissão pode resultar não apenas do contato íntimo; mas também do contato fortuito, desde que repetido e prolongado". Assim sendo, a família não pode ser mais considerada o único núcleo de controle, principalmente devido às características da urbanização que esta endemia, assim como as demais, vem apresentando de uma forma bastante acentuada.

Apesar de não ser uma doença mortal, a hanseníase atualmente é considerada problema de saúde pública por apresentar alta prevalência, por ser causa de incapacidades

físicas e pelos problemas sociais que acarreta, face aos preconceitos que ainda existem em relação à moléstia<sup>(22)</sup>.

Após um período de incubação médio de 3 a 5 anos, a infecção, na maioria das vezes, vencida espontaneamente, transforma-se em doença com as características que compõem o grupo Indiferenciado ou Indeterminado. Os casos que não regridem, ou não permanecem estacionários, lentamente evoluem para as denominadas formas bacilíferas (Virchoviana e Dimorfa) ou não bacilíferas (Tuberculóide). Esta última, de freqüente resolução espontânea, não apresenta significado sanitário<sup>(11)</sup>.

É importante destacar a significativa predominância da doença entre as classes menos favorecidas, carentes de alimentação e de conduta higiênica, revelando, desta forma, seu aspecto social, particularmente nos grandes aglomerados urbanos.

GONÇALVES<sup>(24)</sup> afirma que os países subdesenvolvidos apresentam as maiores taxas de prevalência dessa doença, estando reconhecido que uma melhoria nas condições de vida provoca um decréscimo do número de doentes<sup>(50)</sup>.

Ao analisar os dados estatísticos sobre a endemia da doença, ROMERO<sup>(47)</sup> assinala que as taxas de prevalência registradas se baseiam nos registros dos casos notificados e elaborados pelos órgãos especializados e gerais e, é evidente que os subregistros se devem, entre outros fatores, à baixa cobertura dos serviços e ao pequeno interesse do médico em notificar a ocorrência da mesma.

Relegada até há pouco tempo aos asilos e marcada pelo leproestigma, a hanseníase teve seu peso subestimado, durante muito tempo, no contexto da saúde pública brasilei-

ra. Como resultado, a incidência e a prevalência da doença experimentaram, na última década, um crescimento significativo devido, em parte, à ausência de barreiras médico-sanitárias a essa expansão<sup>(26)</sup>.

CRISTOFOLINI<sup>(18)</sup> explica que se a moléstia fosse só patologia cutânea, mesmo que contagiosa, não teria a importância social que tem; pelo fato de ser também neurológica, comprometendo nervos periféricos e levando a deformidades, faz com que sejam mantidos, até os dias atuais, os tabus e preconceitos que a envolvem.

Mais de um terço dos pacientes não tratados ou casos avançados da doença resultam em incapacidade física, que aumenta com o tempo, se não forem tomados os devidos cuidados. Essas incapacidades afetam principalmente as extremidades dos membros e a face, resultando em sérios prejuízos para a capacidade de trabalho e o rompimento da vida social do paciente.

O grau de ostracismo social resultante da atitude das pessoas de que a doença tem consequências incuráveis torna o paciente convencido de que sua exclusão da comunidade é justificável. Um semelhante sentimento de culpa tende a ser compartilhado por seus familiares<sup>(51)</sup>.

ROTBURG<sup>(48)</sup> diz que a grande maioria dos problemas dos doentes e conviventes é psico-social e não físico, e deverá estar resolvida assim que essa libertação se complete.

A hanseníase é uma doença endêmica em quase todos os países das Américas. Segundo notificações recebidas pela Organização Pan-Americana da Saúde, existem cerca de 257.000 casos registrados, porém estima-se que o total verdadeiro chegue a 450.000 casos<sup>(22)</sup>.

O Ministério da Saúde, através da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária<sup>(36)</sup>, apresentando os dados de 1981, mostra que cerca de 75% dos casos notificados no período são de formas avançadas da doença, o que permite deduzir que o diagnóstico está sendo feito tardiamente. Os casos iniciais representam apenas 25% das notificações.

No Estado de São Paulo, conforme estudo realizado por BELDA & LOMBARDI<sup>(12)</sup>, encontrou-se no ano de 1978 o registro de 2081 casos novos de hanseníase (o que resulta num coeficiente de incidência de 9,28 casos por cem mil habitantes); e que cerca de 70% dos casos diagnosticados apresentavam formas polarizadas (V, D.e T), tardias, da doença.

Este problema torna-se mais grave frente à confirmação de que os doentes virchovianos e dimorfos, que são bacilíferos, são responsáveis praticamente por metade dos casos novos a cada ano.

Frente aos dados disponíveis sobre a ocorrência dos casos no país, verifica-se que o coeficiente de incidência da doença duplicou nos últimos 12 anos, ou seja, a taxa em 1969 era de 6,18 por 100.000/habitantes, sendo que em 1981 atingiu a taxa correspondente a 13,81<sup>(26)</sup>.

O controle da hanseníase, devido a razões históricas, está envolto por obstáculos oriundos de preconceitos e estigmas, bem como por desacertos decorrentes de medidas político-sanitárias inadequadas, cujas conseqüências ainda estão presentes.

A evolução do controle da endemia foi muito influenciada pela descoberta de drogas efetivas e pela formação de uma nova visão social de analisar as doenças.

No Estado de São Paulo, a Secretaria de Estado da Saúde (S.E.S.) passou, em 1964, por uma reforma adminis-

trativa "que muda definitivamente a estrutura, trazendo as primeiras tentativas de horizontalização das políticas de controle e integração dos serviços"; no entanto, ainda "hoje existem centros de saúde onde o local de atendimento dos doentes de hanseníase é separado, mas isto é um resquício de políticas de controle adotadas anteriormente"<sup>(31)</sup>

Na década de 70, a assistência ao doente e a maior responsabilidade no controle da endemia foram transferidos para a rede de unidades sanitárias do estado, onde se preconizou o desenvolvimento de ações integradas de controle da hanseníase. Esses órgãos de saúde têm a característica de serem polivalentes e dinâmicos.

A característica de dinamicidade das unidades sanitárias deveria contribuir para a descoberta precoce da doença e, desta forma, inverter a realidade de casos tardios diagnosticados.

De acordo com esta proposta, em 1976, a Coordenadoria da Saúde da Comunidade (C.S.C.) da referida Secretaria, elaborou o Subprograma de Controle da Hanseníase (S.P.C.H.) permitindo, desta forma, a implantação de um programa integrado de controle da doença em todas as unidades sanitárias da rede estadual<sup>(54)</sup>.

Dentre os objetivos específicos apresentados no Subprograma, destacam-se<sup>(54)</sup>:

- . "Intensificar a descoberta das fontes de infecção por intermédio da dinamização das atividades de diagnóstico.
- . Assegurar o controle de tratamento para reduzir o número de fontes de infecção, aumentar o percentual de curas, diminuir o percentual de abandono de tratamento e prevenir a incapacidade física".

LOMBARDI<sup>(32)</sup> diz que a proporção de 80% dos casos serem diagnosticados nas formas avançadas leva a admitir que os serviços mobilizados no combate à hanseníase estejam trabalhando de maneira estática, com uma demanda passiva de doentes antigos, e que apenas 20% dos casos nas formas iniciais traduzem o fato de que as atividades de diagnóstico precoce estão bastante aquém do desejável, sugerindo que a endemia está fora de controle.

Atualmente, a política recomendada pelos Congressos Internacionais de Hansenologia e pelo Comitê de "Experts" em Hanseníase da Organização Mundial da Saúde se baseia na prevenção secundária da doença, ou seja, diagnóstico e localização dos casos, tratamento adequado e vigilância epidemiológica, para garantir a regularidade de administração dos medicamentos. A supervisão posterior dos casos inclui a prevenção e o tratamento das lesões incapacitantes<sup>(22)</sup>.

No Brasil, essa problemática vem preocupando as autoridades públicas, que têm procurado estabelecer diretrizes para o controle da hanseníase em todo o território nacional, prescrevendo os níveis de assistência à saúde a serem desenvolvidos no combate à endemia.

Nesse sentido, a Portaria Interministerial nº 3/78 propõe medidas de Prevenção Primária, com evidência em educação para saúde e vacinação com BCG; Prevenção Secundária através da vigilância dos contatos e tratamento ambulatorial dos doentes; e a Prevenção Terciária que prevê a reabilitação das incapacidades físicas do paciente a serem realizadas por meio de ações de complexidade crescente<sup>(37)</sup>.

## 2 - A ENFERMAGEM NO CONTROLE DA HANSENÍASE

Caracterizar a participação da enfermagem no controle da hanseníase no Brasil exige, no mínimo, a caracterização de dois componentes básicos que determinam as ações de enfermagem, um representado pela prática e o outro, pelos recursos humanos envolvidos na execução dessas ações.

Com o fim específico de apresentar as características inerentes a cada um dos componentes descritos acima e sua relação com a hanseníase, optou-se pela exposição deste item em duas partes, mesmo estando-se ciente da influência de um componente sobre o outro; esta divisão, portanto, constitui-se num recurso para facilitar a leitura, mas, em alguns momentos, a apresentação no texto será concomitante, devido ao próprio processo dinâmico que envolve os mesmos.

### 2.1 - A Prática da Enfermagem

A prática da enfermagem tem se constituído, nos últimos tempos, em objeto de questionamento e reflexão por parte dos profissionais e estudiosos da enfermagem<sup>(3,16,17,42,49)</sup>.

Neste estudo, fazer uma análise sobre a prática desta profissão de forma global, não atenderia aos objetivos propostos; no entanto, serão feitas algumas considerações gerais procurando se deter no exame da prática da enfermagem no controle da hanseníase.

Segundo CASTRO<sup>(17)</sup>, as atuais características da prática da enfermagem são conseqüências da prática de saúde vigente no país. Esta é, por sua vez, decorrente da estrutura econômica e dos meios de produção prevalentes. Assim, o desenvolvimento da prática da enfermagem tem sido influen-

ciado pelas variáveis sócio-político-econômicas de cada época.

Nessa mesma linha de pensamento CARVALHO & CASTRO<sup>(16)</sup> alertam para a necessidade de se "ter em mente que a grande maioria dos fatores que imprimem variações ao significado da prática profissional são extrínsecos ao âmbito da própria profissão"; e acrescentam que um outro agravado é a não percepção do problema, que na maioria das vezes é obscurecido pela alienação dos profissionais, no processo econômico e político do país.

OLIVEIRA<sup>(40)</sup>, analisando aspectos da prática da enfermagem no país, em relação à estrutura social, concluiu que o modelo de assistência à saúde vigente, concentrador de recursos para a assistência curativa, repercutiu desfavoravelmente no seu desenvolvimento.

OLIVI<sup>(42)</sup> relata que a "prática da enfermagem, entendida como atividade voltada para o atendimento de necessidades humanas básicas e para a melhoria do padrão sanitário da população, tem desta forma um caráter de prática social"; e, citando DONANGELO, afirma que "é também uma prática técnica, na medida que possibilita a manipulação de um conjunto de instrumentos técnicos e científicos para produzir uma ação transformadora sobre determinados objetos".

Analisando alguns aspectos da prática da enfermagem no país nota-se que ainda existe uma grande distância entre o saber teórico e o prático, afirmação esta que concorda com o estudo realizado por ALMEIDA e col.<sup>(4)</sup>, onde relatam que o cuidado direto, objeto da prática da enfermagem, encontra-se na mão de subalternos, e o domínio do saber, o controle, a supervisão e a administração estão na mão dos enfermeiros.

BOTURA e col., citados por ANGERAMI & ALMEIDA<sup>(7)</sup>, relatam que a maioria dos enfermeiros sente - se apenas parcialmente preparada para assumir suas atividades, pois o ensino está desvinculado da prática.

As características da prática de enfermagem destacadas por OLIVEIRA<sup>(41)</sup> mostram a existência da heterogeneidade quanto ao padrão da assistência prestada, devido aos desequilíbrios quantitativos dos recursos humanos e a falta de racionalidade na sua utilização. Ressalta também que é uma profissão sub-remunerada e sobrecarregada, levando-se em conta as peculiaridades do serviço de enfermagem.

Discutir sobre o desenvolvimento da prática da enfermagem nos remete a algumas considerações sobre Recursos Humanos, apesar deste item ser tratado a seguir; sendo assim, destaca-se o relato feito por VIEIRA & SILVA<sup>(57)</sup> onde afirmam que "quando se trata de recursos humanos em enfermagem, sua escassez, qualidade e distribuição inadequados têm sido sempre apontadas como problemas a serem confrontados pelo setor saúde para superar suas deficiências. Conseqüentemente, a própria prática de enfermagem é questionada na medida em que atendendo ao sistema, não vem satisfazendo às expectativas de saúde da população".

Esta colocação acima também é reforçada dentro da área de Dermatologia Sanitária - Hanseníase, e analisada neste presente trabalho, onde as ações previstas e desenvolvidas nem sempre atendem às reais necessidades da população em questão.

ADAMI<sup>(2)</sup>, em estudo realizado sobre as funções das enfermeiras nos Centros de Saúde da S.E.S., verificou que a menor participação da enfermeira se deu principalmente na assistência ao doente de hanseníase que seria, segun-

do a autora, "talvez, justificável em parte, pela fase de implantação da programação de saúde ainda não completada".

No entanto, D'ÁVILA<sup>(19)</sup> afirma que uma das metas principais para se conseguir controlar e prevenir o aparecimento de novos casos de hanseníase no Brasil é a participação ativa do enfermeiro, tanto na parte de supervisão, como na execução e avaliação dos programas e das atividades de controle".

Entretanto, a própria pesquisa bibliográfica realizada mostra que a participação do enfermeiro é praticamente inexistente nos serviços de saúde para o controle da endemia hanseníase.

Segundo PAIM<sup>(43)</sup> e JOHN<sup>(29)</sup>, os enfermeiros de vem se interessar em conhecer as últimas informações científicas sobre a doença, as quais os ajudarão a mudar suas atitudes em relação à mesma, devendo ainda estar ciente da política de controle e dos objetivos do serviço de saúde.

BEZERRA & SILVA<sup>(14)</sup> consideram que a prática preponderante do Serviço de Enfermagem, mediante uma atuação dinâmica junto ao paciente e seus familiares, poderá influir decisivamente no controle da endemia.

BROWNE<sup>(15)</sup> e JOHANSEN<sup>(28)</sup>, considerando a diversificação dos setores de atuação do enfermeiro, afirmam que este deve aproveitar a oportunidade de sua prática em diferentes áreas do serviço de saúde para oferecer à população o conhecimento sobre hanseníase, contribuindo, desta forma, para a prevenção e controle da endemia hanseníase.

Destes dados fornecidos pela literatura, vale ressaltar que a tradicional carência do enfermeiro nos serviços de saúde e sua pequena integração na equipe de Dermatologia Sanitária - Hanseníase constituem alguns dos fato-

res que têm dificultado a participação deste profissional no controle da endemia.

RIBEIRO<sup>(46)</sup> ressalta que falar eternamente no déficit de enfermeiros no país não vai ajudar muito. Há que encarar o outro lado do problema: a questão da qualidade dos quantitativos atuais, a utilização plena e adequada dos profissionais de enfermagem disponíveis e suas responsabilidades pelo próprio desempenho profissional.

Como já foi dito anteriormente, os enfermeiros, há alguns anos, vêm discutindo o desenvolvimento da sua prática profissional. No XXXI Congresso Brasileiro de Enfermagem, onde se debateu o tema "O enfermeiro e seu compromisso social", verifica-se que dentre as recomendações existentes destaca-se a de "que o ensino e a prática da enfermagem estejam voltados para a saúde da comunidade, de modo a atender as necessidades sociais da época atual"<sup>(9)</sup>

Portanto, repensar a prática de enfermagem, no sentido de buscar alternativas que a situem como um trabalho a ser realizado na sociedade, significa também repensar os serviços que são oferecidos à população e em particular ao doente, pois a insatisfação dos usuários com o atendimento recebido e a dos profissionais de saúde, com as condições de trabalho, abalam seriamente o modelo assistencial<sup>(52)</sup>.

## 2.2 - Recursos Humanos na Enfermagem

Vários autores, citados a seguir, discutem a importância do tratamento e controle da hanseníase sobre o ponto de vista da capacitação do pessoal que atua nessa área da Saúde Pública. Quanto a este aspecto, e de acordo

com o objetivo do presente trabalho, sentiu-se necessidade de uma revisão da literatura de enfermagem dentro da mesma abordagem.

GONÇALVES<sup>(24)</sup> afirma que, à medida em que se iniciou a desospitalização dos pacientes, diretriz técnica do Ministério da Saúde de 1976, os doentes perderam a assistência a que tinham direito e muitos técnicos, que trabalhavam com a hanseníase, foram remanejados para outras atividades.

Este autor diz ainda que a integração institucional trouxe uma expectativa de ação conjunta com outras áreas, mas, ao mesmo tempo, provocou uma desarticulação do que existia, pois "pulverizou os recursos humanos e diminuiu a eficácia do sistema de diagnóstico e tratamento" e também diminuiu a eficácia do controle; conta-se hoje com recursos humanos pouco qualificados e desarticulados e que vivemos num momento de rearticulação de tudo isto.

Verifica-se através da literatura que um dos aspectos que se destaca como grande obstáculo encontrado para o controle da endemia é a atual deficiência quantitativa e qualitativa do pessoal especializado e auxiliar atuante no programa de controle da hanseníase.

GONÇALVES & GONÇALVES<sup>(25)</sup>, trabalhando a proposta de fomento e desenvolvimento das ações de controle da endemia hanseníase no país, como conjunto de medidas sanitárias específicas dentro de um modelo hierarquizado e integrado de serviços de saúde, detectaram a intensa carência, qualitativa e quantitativa, de recursos humanos na área como um dos principais pontos de estrangulamento.

MACEDO<sup>(34)</sup> refere que a problemática de recursos humanos responde ao processo evolutivo e as características

do setor saúde. A composição profissional inadequada às necessidades da população e as tendências à sofisticação técnica e à especialização, em contradição com a simplicidade da maioria dos problemas de saúde, caracterizam, entre outros fatores, a realidade de recursos humanos para o setor saúde.

Quando são transportadas estas características para a área específica de hanseníase, observa-se que o quadro de recursos humanos não difere da situação global ou, talvez, esteja ainda mais deficitário.

Em estudo feito sobre a avaliação das atividades de enfermagem no Programa de Controle da Hanseníase<sup>(5)</sup>, verifica-se que, para a participação ativa no programa de controle da endemia hanseníase, foi necessária a organização dos recursos humanos de enfermagem, baseados na capacitação contínua e planejada da equipe de enfermagem, assim como a colaboração da assessoria permanente de órgãos oficiais e internacionais de saúde.

Em São Paulo, a S.E.S., tendo em vista a necessidade de implantação e implementação do S.P.C.H., organizou, a partir de 1980, treinamentos em hanseníase a nível distrital. Estes foram elaborados visando a criar condições para atualização e aquisição de conhecimento e formação de atitude favorável para o desempenho das atividades programadas.

A carência de pessoal de enfermagem, capacitado para a prestação de assistência à saúde, tem sido bastante comentada no meio científico e constitui motivo de grande preocupação por parte dos estudiosos do assunto.

Com a finalidade de caracterizar os membros da equipe de enfermagem, segundo as categorias profissionais encontradas nos C.S.I pesquisados, recorreu-se a dados que

fornecessem subsídios sobre a formação deste pessoal, visando a identificar os fatores que favorecem ou não sua qualificação profissional.

Em relação à formação do enfermeiro, verifica-se por um lado que, através dos programas de ensino dos cursos de Graduação em Enfermagem, muito pouco é oferecido em termos de preparo do aluno para atuar nesta área. Por outro lado, não existindo este preparo, não se pode esperar que os alunos formados, quando vão para os campos de trabalho, estejam atentos para a problemática de controle da endemia hanseníca.

ROMERO<sup>(47)</sup>, analisando a formação de pessoal, diz que é "inútil insistir na necessidade de reimplantar estudos específicos sobre hanseníase nas faculdades de Medicina, Enfermagem e outras" e acrescenta afirmando que "toda inclusão de áreas específicas deve responder as claras necessidades sociais, as quais deverão satisfazer-se através de uma ação integrada e coerente com as demais áreas do conhecimento".

BELLO<sup>(13)</sup> afirma que, com uma equipe treinada, poder-se-ia esperar um trabalho melhor, mais qualificado. Mais que isso, estimularia uma motivação necessária para melhor consecução dos objetivos, aliada à conscientização realística da situação.

BELDA<sup>(11)</sup>, dentro da mesma linha, sugere introduzir na legislação própria das diversas áreas da educação, com enfoque no ensino médico e de enfermagem, a obrigatoriedade do ensino de noções de hansenologia.

Refletindo sobre o ensino superior de enfermagem, verifica-se que a finalidade das escolas é a de formar profissionais preparados para desempenhar suas funções nos

serviços de saúde, junto à população. Para que seja atingido este propósito, pressupõe-se, fundamentalmente, o conhecimento prévio das funções específicas do enfermeiro e que essas funções estejam integradas às necessidades de assistência à saúde e às condições sócio-econômicas da comunidade. Percebe-se assim a importância do relacionamento do processo de formação do enfermeiro às condições da sociedade em geral.

Para que o sistema de saúde receba mão-de-obra de enfermagem preparada para assumir as funções requeridas por uma prática adequada nos serviços de saúde, é fator básico a existência de um efetivo inter-relacionamento do sistema de saúde com o educacional<sup>(6)</sup>

Atualmente, a preocupação constante com os padrões de assistência, prestada a nível de unidades sanitárias, tem sido a base para novas alternativas e novas propostas de atuação junto aos serviços de saúde.

Esta preocupação está presente nas várias categorias profissionais ligadas ao setor saúde; no entanto, optou-se pela análise mais detalhada da equipe de enfermagem, que atua na rede de Centros de Saúde da S.E.S.

ANGERAMI & ALMEIDA<sup>(7)</sup>, discutindo sobre a competência do enfermeiro, afirmam que a mesma inicia-se no ensino formal da enfermagem e que esta vem sendo "discutida e questionada, especialmente no que diz respeito à adequação do ensino à realidade, ficando o aparelho formador dividido entre a formação de pessoal para atender às necessidades da população e/ou mercado de trabalho da saúde, que é especializado e centrado nos aspectos curativos".

Na equipe de enfermagem, depois do enfermeiro, encontra-se dentro da escala hierárquica, em ordem decres-

cente, o técnico de enfermagem. Mas devido ao fato desta categoria não fazer parte do quadro de pessoal da referida Secretaria, não será objeto na discussão deste trabalho.

As demais categorias encontradas na equipe de enfermagem são as de auxiliar de enfermagem, visitador sanitário e atendente.

Neste momento cabe caracterizar o auxiliar de enfermagem no sentido de identificar a sua capacitação para o desenvolvimento das atividades numa unidade sanitária e, em particular, na área de Dermatologia Sanitária - Hanseníase.

O auxiliar de enfermagem é categoria tradicional, com exercício profissional regulamentado, que vem sendo formado por estabelecimentos de ensino nas formas regular e supletiva. Tem atuado preponderantemente em serviços de internação, emergência e ambulatórios especializados<sup>( 38 )</sup>.

OGUISSO<sup>(39)</sup>, analisando a enfermagem e as habilitações a nível de 29 grau, relata que enquanto permanecia indefinido o nível de escolaridade do auxiliar de enfermagem por falta de diretriz legal específica, os reflexos eram sentidos não só na área de ensino, como também no exercício profissional. Diz ainda que com a "recente definição dada pelo Conselho Federal de Educação, através das resoluções nº 7 e 8/77, aparentemente parece ter sido solucionado o problema".

Estas resoluções acima citadas ratificam a colocação do auxiliar de enfermagem que deve ficar, via de regra, a nível de 29 grau; no entanto, em caráter emergencial, pode ser dada a sua formação a nível de ensino de 1º grau mantendo a carga horária prevista anteriormente (Parecer C.F.E. nº 3.814/76) com um total de 2.200 horas, sendo

1.090 horas, para educação geral, 1.110 para formação especial sendo que, desta, no mínimo 400 horas para estágio supervisionado<sup>(39)</sup>.

OLIVI<sup>(42)</sup>, analisando a participação do auxiliar de enfermagem na prestação da assistência de enfermagem pré natal, nas diferentes modalidades de serviços de saúde, em uma cidade brasileira de porte médio, verificou que há uma "total inadequação do preparo deste pessoal para exercer a ocupação", e acrescenta afirmando que "resta ainda mencionar o fato do curso de auxiliar de enfermagem ser, essencialmente, dirigido para as atividades curativas".

Tendo por base estas afirmações, confirmadas pela prática, a formação do auxiliar de enfermagem para atuar na área de saúde pública só é obtida através de treinamento em serviço, onde é desenvolvido o ensino do funcionário, realizado dentro da própria instituição e durante o horário de serviço, devendo ser uma atividade contínua e dinâmica.

Esses treinamentos geralmente têm o objetivo de introduzir os conhecimentos básicos de saúde pública, de acordo com os programas e subprogramas das unidades de saúde sem, no entanto, dar destaque para qualquer das programações em particular.

O treinamento tem por finalidade aperfeiçoar a competência do profissional com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência prestada ao cliente.

Desta forma, observa-se que para atuar na área de Dermatologia Sanitária-Hanseníase este pessoal conta somente com os conhecimentos mínimos que, segundo o responsável pela sua formação - no caso presente, o enfermeiro - acredita ser necessário para sua atuação; pode-se, sem dúvida, adquirir novos conhecimentos com o desenvolvimento da pra-

tica, e também pelo fato de se trabalhar com funcionários mais antigos, o que, entretanto, nem sempre contribui de forma positiva.

O Grupo Assessor de Recursos Humanos do Ministério da Saúde<sup>(38)</sup>, em documento apresentado sobre a formação de pessoal de níveis médio e elementar, afirma que, como princípio, a capacitação inicial deve considerar dois importantes requisitos:

- a) "adequação aos serviços, proporcionando pessoal suficiente em número, diversidade de categorias e qualificação, para lidar com os problemas peculiares a cada nível de atenção;
- b) promoção profissional e intelectual, fornecendo títulos válidos para todas as instituições do mercado de trabalho, que permitam também o acesso a estudos mais complexos e tenham uma correspondência na estrutura de cargos e salários".

No entanto, este último requisito nem sempre é possível ser atingido, frente as características dos atuais sistemas de treinamento de pessoal auxiliar.

Analisando, agora, as características do visitador sanitário, verifica-se ser este um ocupacional de ação polivalente que exerce funções tanto internas como externas na unidade sanitária.

A respeito da formação do visitador sanitário, OLIVI(42) afirma que os mesmos "recebem treinamento no serviço em que são contratados, exigindo-se, geralmente, um nível educacional pouco acima do elementar, que, dependendo da área geográfica do país em que são recrutados, corresponde ao nível primário ou ao nível médio".

Os treinamentos geralmente apresentam características diferentes de acordo com a instituição onde os mesmos se desenvolvem. A discrepância maior é em relação à carga horária utilizada para a sua realização. Em relação ao conteúdo, o enfoque dado é sempre dentro das características da unidade sanitária em questão, sendo mais ou menos desenvolvido o assunto, conforme o tempo disponível para tal.

A S.E.S. realiza seus treinamentos contando com a participação de um grupo multiprofissional da própria instituição, podendo pertencer ao nível central, regional, distrital e também local. Geralmente o treinamento é de responsabilidade da equipe distrital, e com a supervisão a cargo da enfermeira do C.S. local ou do Distrito Sanitário (D.S.), quando o C.S. não conta com enfermeiro no seu quadro de pessoal.

Como já foi dito nos parágrafos anteriores, o visitador sanitário é o funcionário que, além das atividades internas de prestação de assistência nas unidades, desenvolve também as atividades externas - por exemplo, a visita domiciliária e convocação - e, desta forma, suas atividades exigem um conhecimento um pouco mais amplo quando tem que atuar em situações mais complexas e extra-muros da unidade sanitária.

Quando se procura analisar a atuação deste agente na área de Dermatologia Sanitária-Hanseníase, verifica-se que nenhum estudo tem sido realizado com tal finalidade. No entanto, é um funcionário de grande importância para o controle da doença, principalmente por se considerar que a mesma exige o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica. Esta é, em grande parte, realizada por estes ocupacionais que, portanto, tem uma atuação relevante den-

tro do programa de controle da endemia.

O atendente é o ocupacional que existe em maior número dentro da equipe de enfermagem, que também aparece em todos os serviços de saúde, e, conforme afirma OLIVI<sup>(42)</sup> está à margem do sistema de ensino e poucos recebem treinamento em serviço; aprendem observando o trabalho de outras pessoas que estão há mais tempo na área de enfermagem e, portanto, o seu desempenho vai depender da sua auto-aprendizagem e do seu próprio interesse.

O atendente é também caracterizado como "profissional de nível de instrução variável, do qual se tem exigido, pelo menos, a competência de ler, escrever e efetuar as quatro operações aritméticas fundamentais"<sup>(38)</sup>.

"Em qualquer nível de assistência o desempenho de atividades de natureza mais ou menos complexa requer o domínio de determinados conhecimentos científicos, requerendo portanto a utilização de pessoal profissional mais ou menos qualificado, proveniente seja de cursos de formação profissional, ou de programas de educação continuada"<sup>(42)</sup>

Considerando-se este pressuposto, o atendente de unidade sanitária, "deve receber preparação polivalente para prestar cuidados primários ou participar de sua realização, com base na identificação de problemas de saúde e de saneamento ambiental"<sup>(38)</sup>.

Atualmente nos C.S. da D.R.S.6 da S.E.S. têm sido desenvolvidos programas de treinamento específico sobre hanseníase praticamente para todos os funcionários da equipe de enfermagem admitidos, dentre estes, os atendentes.

Para esses ocupacionais, as características dos treinamentos são as mesmas que para os demais profissionais da equipe; no entanto, um aspecto que possivelmente sofre

maior variação é o relativo à carga horária que, no caso dos atendentes, é menor do que para os outros exercentes.

Uma característica que é comum para todos os integrantes da equipe é a inexistência de um preparo formal para atuar na área de Dermatologia Sanitária-Hanseníase.

Outra particularidade de algumas pessoas da equipe, no caso, o auxiliar de enfermagem, o visitador sanitário e o atendente, é a de trabalharem de uma forma razoavelmente fixa, ou seja, sem rotatividade pelas demais áreas de atendimento no C.S., fato este que ocorre com grande frequência. Por um lado, isto pode contribuir para o estabelecimento de relação mais fixa entre o membro da equipe e o paciente e/ou família, uma vez que este deve retornar por períodos relativamente longos na unidade sanitária mas, por outro lado, pode contribuir para que sejam estabelecidos alguns "vícios" na prestação de assistência à clientela, o que pode trazer resultados negativos para o controle da doença.

A problemática apresentada - a hanseníase como um problema de saúde pública - e a existência de pessoal de enfermagem com preparo deficiente para atuar na área de Dermatologia Sanitária-Hanseníase, nos Centros de Saúde, foi o que estimulou a elaboração do presente trabalho. Em outras palavras, identificar e caracterizar como se encontra o atendimento prestado ao paciente hanseniano, pela equipe de enfermagem, dentro de alguns C.S. da rede oficial de saúde do Estado de São Paulo, foi uma das propostas do presente estudo.