

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

O ENSINO E A PRÁTICA DO ENFERMEIRO EM HANSENÍASE

Elisete Silva Pedrazzani

São Paulo
1990

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

O ENSINO E A PRÁTICA DO ENFERMEIRO EM HANSENÍASE

Elisete Silva Pedrazzani

Tese de Doutorado apresentada
à Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo,
Departamento de Epidemiologia,
para obtenção do título de
Doutor em Saúde Pública.

Orientador:

Prof. Dr. Clóvis Lombardi

São Paulo
1990

Ao João, meu companheiro, que soube
dar o apoio nas horas difíceis.

Ao Gabriel e Daniela, nossos filhos,
que conseguiram dar força para
continuar a caminhada.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é o resultado de discussão e de idéias de pessoas com quem cruzamos nessa caminhada de reflexão sobre o ensino e a prática da enfermagem em Hanseníase. Dessa forma expresso meus agradecimentos:

- ao prof. Clóvis que contribuiu com a sua orientação, apoio e conhecimento, tornando possível a conclusão deste trabalho.
- ao João, também professor, colega de trabalho e meu companheiro que, com seu permanente incentivo, sugestões e apoio na difícil caminhada, permitiu o avanço em mais ma etapa da nossa vida.
- à Profa Maria de Lurdes que ajudou a trilhar os primeiros caminhos desta Tese, como primeira orientadora
- às Profas Maria Jacyra, Nilce e Marie pelo incentivo constante, oferecendo .sugestões valiosas que muito contribuíram para a superação das dificuldades.
- à Eliete, também professora, porém irmã, que com suas sugestões trouxe um aprimoramento ao trabalho.
- às Profas Bárbara e Lúcia, pelo continuo apoio ao processamento estatístico dos dados.
- às Profas da Unidade de Saúde Coletiva do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, em particular à Elza, que apoiou mais de perto a realização do mesmo.

- à Onestino, in memoriam, e Natalina, pais e professores na escola da vida, pelo incentivo e carinho que proporcionaram a minha vida.
- aos enfermeiros das unidades ambulatoriais de Saúde Pública da Secretaria de Estado da Saúde e aos docentes (também enfermeiros) dos Cursos de Graduação em Enfermagem do Estado de São Paulo, responsáveis pelo ensino da hanseníase, que dedicaram tempo e atenção no preenchimento do questionário, tornando possível a realização deste trabalho.
- Luciene, aluna de enfermagem e estagiária, pela ajuda no processamento: dos dados.

ÍNDICE

LISTA DAS SIGLAS USADAS

ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS

ÍNDICE DE TABELAS

RESUMO

SUMMARY

1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 - A Questão da Saúde no Brasil	1
1.1.1- O Sistema de Saúde em São Paulo e a Hanseníase	10
1.2 - Situação Epidemiológica da Hanseníase	18
1.3 - A Formação e a Prática do Enfermeiro em Hanse níase	24
2. OBJETIVOS	45
3. MATERIAL E MÉTODO.....	46
3.1- Local de Estudo.....	46
3.2- População	46
3.3- Instrumento	46
3.4- Procedimento	47
3.5- Processamento de Dados	49
4. RESULTADOS E DISCUSSAO.....	50
4.1- Caracterização da População em Estudo.....	50
4.1.1- Caracterização dos Cursos de Graduação em Enfermagem e dós docentes envolvidos com o ensino da hanseníase.....	50

4.1.2- Caracterização das unidades ambulatoriais da rede de serviços públicos de saúde e dos enfermeiros que neles atuam junto ao PCH	52
4.2- Preparo específico dos docentes e dos enfermeiros que atuam no Programa de Controle da Hanseníase	60
4.2.1 - Fontes de conhecimento sobre hanseníase dos docentes e dos enfermeiros.....	61
4.2.2 - Opinião dos docentes e dos enfermeiros sobre o controle da endemia.....	63
4.2.3- Opinião dos docentes e dos enfermeiros sobre o papel do enfermeiro no Programa de Controle da Hanseníase	78
4.2.4- A prática dos docentes e dos enfermeiros frente a possíveis situações que necessitam de atuação, profissional	91
4.2.5- Participação atual do enfermeiro no Programa de Controle da Hanseníase	98
4.3- Ensino da Hanseníase e da Assistência de Enfermagem ao Hanseniano.....	108
5. CONCLUSOES.....	121
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	125

ANEXOS:

Anexo 1 - Questionário para os docentes	A-1
Anexo 2 - Questionário para os enfermeiros dos serviços de saúde	A-5

LISTA DAS SIGLAS USADAS

- ERSA - Escritório Regional de Saúde.
- CRS - Coordenação de Regiões de Saúde.
- DNDS - Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária.
- GEPRO - Grupo Especial de Programa.
- INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social.
- MS - Ministério da Saúde.
- OMS - Organização Mundial da Saúde.
- PCH - Programa de Controle da Hanseníase.
- PI - Prevenção de -Incapacidades.
- PQT - Poliquimioterapia.
- SES - Secretaria de Estado da Saúde.
- SPCH - Subprograma de Controle da Hanseníase.
- SUS - Sistema Único de Saúde.
- SUDS - Sistema Unificado e Descentralização de Saúde.
- SUDS-R - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde Regional.
- SUDS-SP- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde de São Paulo.

ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS

- FIGURA 1 - Distribuição dos Escritórios Regionais de Saúde, segundo sua localização nas Coordenações de Regiões de Saúde no Estado de São Paulo, abril/1989 12
- FIGURA 2 - Distribuição dos Cursos de Graduação em Enfermagem, segundo sua localização nas cidades e nas Coordenações de Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, abril/1989..... 50
- QUADRO 1 - Distribuição das justificativas das respostas sobre a opinião dos enfermeiros em relação ao "monopólio" do setor público esta dual no controle da hanseníase..... 75
- QUADRO 2 - Distribuição das respostas sobre os aspectos importantes da atuação do enfermeiro (o real), e o papel desse profissional (o ideal) junto ao PCH, segundo a opinião dos docentes e enfermeiros..... 89

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - Distribuição das Unidades de Saúde e dos Enfermeiros nas unidades com PCH, segundo a CRS e o ERSA a que pertencem.....	53
TABELA 2 - Distribuição dos enfermeiros segundo o cargo ocupado nos serviços de saúde	58
TABELA 3 - Distribuição das instituições de ensino em que os enfermeiros pesquisados se graduaram	59
TABELA 4 - Distribuição das respostas dos docentes sobre a fonte de conhecimento em hanseníase, segundo a instituição em que trabalha	61
TABELA 5 - Distribuição das respostas dos enfermeiros segundo a fonte de conhecimento sobre hanseníase	62
TABELA 6 - Distribuição das respostas dos docentes e enfermeiros sobre a tendência da endemia hanseníase na sua região	64
TABELA 7-- Coeficientes de detecção de casos novos de • hanseníase, por CRS, Estado de São Paulo. Taxa por 100.000 hab	65
TABELA 8 - Distribuição das respostas sobre a qualidade do atendimento na opinião dos enfermeiros e suas justificativas.....	70
TABELA 9 - Distribuição das respostas dos enfermeiros em relação à cobertura dos serviços à popu	

lação e sua justificativa	72
TABELA 10 - Distribuição das respostas dos docentes sobre os aspectos importantes da atuação do enfermeiro em hanseníase	79
TABELA 11 - Distribuição das respostas dos enfermeiros sobre os aspectos importantes de sua atuação no controle da hanseníase ...	80
TABELA 12 - Distribuição das respostas dos docentes sobre o papel do enfermeiro, segundo as áreas de atuação	85
TABELA 13 - Distribuição das respostas dos enfermeiros sobre o papel desse profissional, segundo as áreas de atuação	88
TABELA 14 - Distribuição das respostas dos docentes e enfermeiros na situação "indivíduo com mal perfurante plantar", segundo as áreas de atuação	92
TABELA 15 - Distribuição das respostas dos docentes e enfermeiros na situação "indivíduo com mal perfurante plantar", segundo as áreas de atuação	95
TABELA 16 - Distribuição das respostas dos docentes e enfermeiros na situação "esposa supõe que seu marido esteja doente", segundo as áreas de atuação	97
TABELA 17 - Distribuição dos motivos da participação do enfermeiro no PCH.....	100

TABELA 18	- Distribuição dos motivos que levam o enfermeiro a não participar efetivamente do PCH.....	101
TABELA 19	- Distribuição das respostas sobre as atividades que o enfermeiro executa no serviço de saúde.....	102
TABELA 20	- Distribuição das justificativas dos enfermeiros sobre as dificuldades na execução das atividades no serviço de saúde	104
TABELA 21	- Distribuição das respostas sobre os obstáculos observados pelos enfermeiros para o desenvolvimento de sua prática nas unidades de saúde.....	105
TABELA 22	- Distribuição das respostas dos enfermeiros sobre suas propostas de solução para superar os obstáculos encontrados no desenvolvimento de sua prática nas unidades de saúde.....	107
TABELA 23	- Distribuição das respostas dos docentes sobre os conteúdos técnicos importantes de serem ensinados nos cursos de Graduação em Enfermagem.....	110
TABELA 24	- Distribuição das respostas dos docentes sobre os conteúdos importantes de serem ensinados na prática nos cursos de Graduação em Enfermagem.....	111
TABELA 25	- Distribuição das respostas dos docentes	

sobre os conteúdos ensinados teóricamente
nos cursos de Graduação em Enfermagem 113

TABELA 26 - Distribuição das respostas dos docentes
sobre os conteúdos ensinados na prática nos
cursos de Graduação em Enfermagem..... 114

TABELA 27 - Distribuição das opiniões dos docentes sobre
a necessidade de reformulação do ensino de
hanseníase nos cursos de Graduação em
Enfermagem..... 117

TABELA 28 - Distribuição das respostas dos enfermeiros
sobre o preparo do aluno em hanseníase nos
cursos de Graduação em Enfermagem e suas
justificativas..... 121

RESUMO

Este estudo focaliza como o enfermeiro está sendo formado para atuar na área de hanseníase e como se dá a realidade concreta de sua prática nos serviços públicos de saúde junto ao programa de controle da endemia.

Partiu-se do referencial teórico sobre a questão da saúde no Brasil, com enfoque histórico-social da mesma, sem perder de vista o componente biológico do processo saúde-doença. Fez-se uma análise do sistema de saúde vigente com ênfase na política atual, e a inserção do Programa de Controle da Hanseníase nesse contexto. Buscou-se, ainda, registrar a situação epidemiológica da hanseníase, caracterizando-a como um problema de saúde pública.

A formação do enfermeiro foi, verificada junto aos docentes responsáveis pelo ensino da hanseníase em todos os Cursos de Graduação em Enfermagem no Estado de São Paulo. As informações sobre o desenvolvimento de sua prática na área de hanseníase foram obtidas através dos próprios enfermeiros nas unidades ambulatoriais da rede de serviços públicos do Estado; o levantamento de dados ocorreu durante o primeiro semestre de 1989.

Os resultados obtidos apontam para uma deficiência no ensino da hanseníase, sendo necessário dar maior importância ao tema, através de uma reformulação do mesmo nos currículos dos Cursos de Graduação em Enfermagem.

Foram identificadas como sendo papel do enfermeiro em hanseníase as seguintes funções: educação em

saúde, assistência de enfermagem, administração de serviços e vigilância epidemiológica.

A prevenção de incapacidade foi à atividade que apresentou a maior frequência de respostas nas questões relacionadas ao ensino assim como naquelas vinculadas ao papel do enfermeiro no programa de controle da hanseníase.

SUMMARY

This study is about how the nurses has been trained to work with hanseniasis and how the concrete reality of that practice is related to the public health services within the control program of that endemic disease.

A social historical approach of the health issues in Brazil has been used as a theoretical framework, without loosing_ the biological component of the health-sickness process. The present health system has been analysed emphasizing the political system in course, and the insertion of a Haneniasis Program in the context. The epidemiological situation of Hansen's disease was also registered, been characterized as a public health problem.

The nurse's training was verified in all graduation nursing training schools of the state of São Paulo, together with the lecturers responsible for the teaching of hanseniasis subjects. the informations about the development of the practice in this field was obtained from nurses working in the outpatients chinics of the public health system of the state. Data was collected during the first semester of 1989.

The results obtained showed a poor Hansen's disease education, being necessary an emphasis on the subject, through a curriculum reformulation.

The following functions have been identified as being the nurse's role in hanseniasis; health education, nursing assistance, administration services and epidemiological control.

The prevention of disabilities was the activity that appeared with a higher frequency in the answers to questions related to teaching as well as those related to the nursing role in the Hansen's disease Control Program.

1. INTRODUÇÃO

1.1- A Questão da Saúde no Brasil.

A polêmica sobre o caráter predominantemente biológico ou social da doença tem conduzido a um questionamento profundo do modelo dominante da doença que a conceitua como um fenômeno biológico individual. LAURELL³⁹ afirma que a natureza social da doença se verifica através do modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos ... "e que as sociedades que diferem em seu grau de desenvolvimento e organização social devem apresentar uma patologia coletiva diferente"; portanto, dentro de uma mesma sociedade, as classes que a compõem mostrarão condições de saúde distintas.

Ainda, segundo essa autora, para se demonstrar o caráter social da doença é necessário estudar o tipo, a frequência e a distribuição da mesma nos diversos grupos sociais que compõem a sociedade. Existindo uma articulação entre o processo social e o processo saúde e doença, este deve assumir características distintas conforme o modo particular com que cada um dos grupos se insere na produção e se relaciona com os grupos sociais restantes.

Na retomada do processo de democratização do setor, a questão da saúde emerge como questão social prioritária. Problemas que afetam de forma cruel e injusta a maioria dos brasileiros, como as elevadas taxas de mortalidade, a morbidade elevada por doenças transmissíveis, as doenças mentais, as doenças crônicas - degenerativas, entre outros, requerem agora uma definição política do conceito de saúde.

A saúde, portanto, não é um conceito abstrato, define-se dentro do contexto histórico de uma determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Esse entendimento é o resultado de todo um processo evolutivo e dinâmico na sociedade, particularmente na área da saúde, e que culminou com uma reformulação e conseqüente ampliação do conceito de saúde. Em seu sentido mais abrangente, "a saúde é o resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde"¹⁶. 2 assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

Da percepção da saúde em seu sentido mais amplo, como algo que resulta de condições dignas de vida e trabalho, não se restringindo simplesmente à prestação de serviços assistenciais, resulta a recuperação da dimensão política do conceito de saúde, ampliando-se com isso a consciência sanitária da população.¹⁵

A análise do entendimento da questão saúde, acrescida do reconhecimento da necessidade de mudanças profundas no nível institucional, envolvendo uma reforma administrativa e financeira, assim como uma reformulação da legislação no que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, registra o momento por que vem

passando o setor saúde, especialmente na década de 80*.

É importante ressaltar que à reforma sanitária brasileira, diferentemente das reformas previdenciária, tributária, administrativa e do ensino universitário, não teve origem em uma proposta governamental e sua trajetória foi distinta em suas bases sociais e em sua condução política. Entretanto, atualmente existe um consenso quanto à incapacidade de as medidas reformistas adotadas alterarem o conteúdo da prática dos profissionais de saúde, em particular, do médico. Isto se deve, em parte, a interesses corporativos que procuram inviabilizar mudanças que envolvam uma redemocratização do setor saúde, procurando garantir os princípios defendidos pelo movimento sanitário.

O avanço na mobilização social pela definição de um programa detalhado e aprofundado para a Reforma Sanitária apontado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde se reproduziu durante os trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte.

Após a conclusão dos trabalhos da 8ª Conferência, foi constituída a Comissão Nacional da Reforma Sanitária com a finalidade de fornecer subsídios aos trabalhos constituintes, procurando garantir os princípios defendidos pelo movimento sanitário aprovados na referida Conferência, o que conduziria à concretização legal dos anseios que norteiam a Reforma Sanitária no país. No

* A respeito deste tema, ver ainda:

FLEURY TEIXEIRA, S.M. et al. **Antecedentes da Reforma Sanitária**. Esc. Nac. S. Publica. Rio de Janeiro, 1988.

BERLINGUER, G.; FLEURY TEIXEIRA, S.M.; CAMPOS, G.W.S. **Reforma sanitária: Itália e Brasil**. HUCITEC/CEBES. São Paulo, 1989.

âmbito da elaboração da Constituição, mais uma vez ocorreu o enfrentamento dos interesses que incidem no setor saúde, basicamente entre os grupos ligados ao setor privado empresarial (nacional e multinacional) e as forças renovadoras que se congregaram na Plenária das Entidades de Saúde em torno da defesa de uma emenda popular.

Com o objetivo de promover a Reforma Sanitária, dentro de um plano de alteração das práticas institucionais, surgiu em 1987 a proposta do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)²⁷. Essa medida apóia-se na organização descentralizada do Sistema de Saúde tendo como gerente da política de saúde o setor público. A proposta privilegia ainda a utilização de instrumentos de planejamento na administração de serviços, objetivando a distribuição mais equânime dos recursos de saúde, participação da população e dos profissionais na gestão e controle orçamentário e de qualidade dos serviços de saúde. O SUDS desencadeou a descentralização administrativa do quadro institucional da Assistência Médica da Previdência Social. Esse programa transferia para os Estados e Municípios atribuições do Ministério da Previdência e Assistência Social e do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) através da abertura às unidades assistenciais para elaboração de seus próprios programas e orçamentos, e da estimulação da unificação institucional para elaboração de projetos de estadualização e municipalização dos serviços.³³

A exposição de motivos apresentada no documento oficial do SUDS estabelece diretrizes para que, através da criação desses sistemas nos Estados, seja consolidado o

desenvolvimento qualitativo das ações integradas de saúde, as quais devem passar a significar um movimento de reorganização setorial, uma Reforma Sanitária que permita caminhar gradativamente para a superação da atual organização sanitária, centralizada e desordenada, em busca de novas formas de organização descentralizada, integrada e democratizada, com uma gestão colegiada no sentido de darem respostas às necessidades da população.

Posteriormente, com a promulgação da nova Carta Constitucional, em 5 de outubro de 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) que garante ao cidadão o direito à saúde e amplia a responsabilidade do Estado no que diz respeito ao fiel cumprimento desse direito.

Do ponto de vista organizativo no Ante-projeto da Lei Orgânica da Saúde¹², o SUS caracteriza-se por um binômio indissociável: uma radical descentralização para Estados, Distrito Federal e Municípios, quanto à responsabilidade efetiva do sistema, e uma integração institucional com um comando único em cada esfera de governo que garanta a sua unidade em termos nacionais.

Sob o aspecto doutrinário, busca-se maior integralidade e globalidade das ações de saúde, orientando-se para a resolução efetiva dos problemas de saúde individuais e coletivos, transcendendo ao âmbito puramente setorial.

Por último, há a dimensão da participação entendida como controle social da população sobre a formulação e execução das políticas de saúde, na perspectiva dos direitos constitucionais de universalidade e equidade, assim como do dever do Estado de assegurá-los.

Apesar da promulgação da Constituição, as leis

ordinárias, que regulamentariam a mesma, ainda se encontram em tramitação no Congresso, e o que efetivamente se tem de política de saúde vigorando é a proposta do SUDS; observa-se que o processo da sua implantação a que se está assistindo, ao que tudo indica, se resumirá, de fato, a mais um programa racionalizador sem realizar uma ruptura estrutural no setor.

Decorridos um ano e meio da criação do SUDS, CORDEIRO²⁰ aponta três tipos de críticas que são atribuídas a esse sistema. A primeira deve-se a uma falta de entrosamento entre os escritórios regionais do INAMPS e as Secretarias Estaduais de Saúde e que do ponto de vista do autor, é o resultado de projetos políticos distintos, onde de um lado a Reforma Sanitária é colocada em prática pelas Secretarias Estaduais e de outro, o esforço da preservação das antigas estruturas federais, competindo por prestígio e poder com estados e municípios.

Outro tipo de crítica é o "açodamento" da implantação do SUDS com a mera intenção de cumprir finalidades políticas no atendimento aos interesses dos governos estaduais.

Por fim, a terceira classe de críticas contrárias ao SUDS é o argumento da inexistência de isonomia salarial entre os profissionais de saúde federais, estaduais e municipais. Salários, horários e planos de carreiras tão dispares e injustos teriam impedido a unificação. O que na verdade é o resultado da descoordenação, do sistema caótico, que não tem valorizado o profissional. Na área social, onde a qualidade do serviço depende, mais do que em qualquer outro setor, de pessoas bem treinadas e bem remuneradas, o gasto em recursos humanos é investimento.

Este tipo de argumento tende a imobilizar decisões para a transferência dos recursos humanos disponíveis de uma unidade para outra. Perpetua-se, a centralização, criando resistências institucionais à Reforma.

Dessa forma, o SUDS vem sendo gradativamente implantado nos diversos Estados, dependendo mais dos interesses políticos da região e conseqüentemente da hegemonia de determinados setores que atuam na área da saúde e que defendem interesses clientelistas e corporativos.

Essa análise mais global da questão saúde e das políticas adotadas no setor, de uma forma geral, não reflete a dimensão social que um dado fenômeno assume numa dada sociedade. Um exemplo dessa situação é a hanseníase, que, apesar das suas características enquanto doença bio-psico-social, não é definida como um problema de saúde prioritário no país.

A caracterização da hanseníase como prioridade no atual quadro de saúde pública brasileira leva em conta o impacto dos números apresentados pelas estatísticas recentes, assim como a enorme repercussão psicológica, social e econômica, gerada pelas incapacidades físicas que a doença, diagnosticada tardiamente e não tratada convenientemente, pode provocar. Outro ponto a ser considerado, que é de fundamental importância, é a existência de drogas e esquemas de tratamento atuais que são sabidamente eficazes e que tornam a hanseníase uma doença curável sem qualquer seqüela, se diagnosticada e tratada precocemente.⁴⁵

Vale ressaltar a significativa predominância da doença entre as classes menos favorecidas, carentes de

alimentação e de conduta higiênica, revelando, dessa forma, seu componente social, particularmente nos grandes aglomerados urbanos.

Relegada até há pouco tempo aos asilos é marcada pelo "leproestigma", a hanseníase teve seu peso subestimado, durante muito tempo, no contexto da saúde pública nacional. Resulta dessa situação a luta atual pela definição de uma política de saúde que contemple essas questões pela incorporação dos avanços tecnológicos da área, sem entretanto deixar de considerar os aspectos psico-sociais, pois não é a palavra que traz o estigma, mas sim o imaginário social.⁸¹

OLIVEIRA⁶⁶, examinando as políticas de controle da endemia no país, comenta que o processo de descentralização do programa de controle já dura 20 anos; entretanto o desempenho é precário e as razões encontradas para explicar essa realidade vão desde as características próprias da doença, tais como a complexidade da assistência requerida, aspectos culturais como o estigma, até os determinantes político-administrativos; em resumo: falta de uma política nacional de saúde e de gerenciamento eficiente.

A partir de 1985 a Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária (DNDS) passa por um processo de reformulação, reativando o seu papel enquanto gestora da política de controle a nível do país. E ainda de fundamental importância o espaço reivindicado e obtido pelo Movimento de Reintegração do Hanseniano junto à DNDS, assim como a participação nos debates da 8ª Conferência Nacional de Saúde, e a conseqüente inclusão do tema Hanseníase dentre os temas oficiais a serem debatidos e o

seu reconhecimento enquanto um problema de saúde pública.

Em 1987, a DNDS cria Coordenadorias para as regiões administrativas do país, que passam a promover encontros de avaliação, estabelecer programas de treinamentos e de pesquisas e editam novas formas legais para o controle da hanseníase a nível nacional, como forma de sistematizar a programação a ser desenvolvida nessa área.

No atual governo, a DNDS foi extinta, estando o Programa de Controle da Hanseníase adstrito à Fundação Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

OLIVEIRA⁶² analisando as perspectivas da assistência à área de Dermatologia Sanitária no Sistema Único de Saúde, afirma que não foi suficiente a caracterização da doença como um dos problemas prioritários de saúde pública, tomando-se critérios de magnitude, transcendência e vulnerabilidade, isoladamente, para a intervenção no cenário político-administrativo, e especialmente para garantir a tomada de decisão visando a mudanças que se faziam necessárias para a obtenção do impacto esperado. Observa-se, então, uma enorme diferença entre o que foi proposto, o que foi aplicado, e os resultados obtidos. A viabilidade técnica das ações programadas na área específica não correspondeu à viabilidade política nos diferentes níveis de decisão do planejamento em saúde.

Dessa forma, faz-se necessário a inclusão das ações para o controle da hanseníase na programação local, de acordo com os princípios explicitados no SUS, procurando-se fazer uso das informações disponíveis em relação à situação da endemia hanseníase a nível de

Município, Distrito, Estado e País. E, de acordo com cada realidade e as necessidades locais de saúde, promover as interações técnicas e político-administrativas visando ao maior aproveitamento de oportunidades para a implementação das medidas essenciais.

1.1.1- O Sistema de Saúde em São Paulo e a Hanseníase

A atual reorganização da Secretaria de Estado da Saúde (SES) caracteriza-se pela redefinição do papel das unidades prestadoras de serviços, pela preocupação com sua eficácia e eficiência, e com um acesso rápido e desburocratizado às mesmas. Os princípios que nortearam essa mudança foram: "a integração dos serviços de saúde a nível local, a descentralização das estruturas, tornando mais próximo o nível de decisão das necessidades locais e regionais e a hierarquização da assistência".⁸⁹

Com essa reestruturação iniciada no ano de 1986, foi descentralizado, a nível regional, o poder de decisão nas áreas administrativas e, dessa forma, a política de saúde de cada região passou a ser discutida com os prefeitos, os representantes do poder legislativo e de outras instituições de saúde. Nesse período, o INAMPS, sendo a instituição com maior responsabilidade pela assistência médica à população, passou a integrar suas ações com as da Secretaria da Saúde, e esse foi o passo mais importante para a consolidação da assistência médica à rede de Centros de Saúde.

Dentro dessa proposta de reorganização do setor

saúde, foram criadas as Coordenações Regionais de Saúde (CRS) Figura 1, num total de cinco, sendo que a CRS-1 corresponde à região do município de São Paulo e Grande São Paulo; a CRS-2 à região Oeste do Estado; a CRS-3, à Região Norte; a CRS-4, ao Vale do Paraíba e a CRS-5, à Região Sudeste. Foram ainda criados os Escritórios Regionais de Saúde (ERSA), num total de 62, que correspondem às mesmas divisões administrativas do governo do Estado, cabendo aos mesmos definirem os objetivos e metas de saúde, a nível regional, promovendo, para isso, a identificação e a avaliação das necessidades de saúde da população de sua área de abrangência.^{25,26}

Os pontos importantes que marcaram essa evolução institucional do setor saúde foram a unificação e integração dos sistemas previdenciário, filantrópico e de assistência pública, sob o comando da Secretaria da Saúde, e a inserção de uma política de regionalização e municipalização executiva das ações de saúde.

A municipalização constituiu-se em um processo de implantação de sistemas locais de saúde junto aos Municípios. Esses sistemas locais permitem a unificação dos recursos destinados à saúde, oriundos do governo federal, estadual e municipal, colocando-os sob uma gerência única, a nível de município e portanto, próximo do local em que são oferecidas as ações de saúde à população. Dessa forma a municipalização implica em uma maior eficiência do sistema de saúde, através de um processo de aprimoramento do setor e com controle social visando a uma melhoria da qualidade de vida.

SANTOS⁸⁷, analisando a situação da saúde antes e depois da implantação do SUDS no Estado de São Paulo,

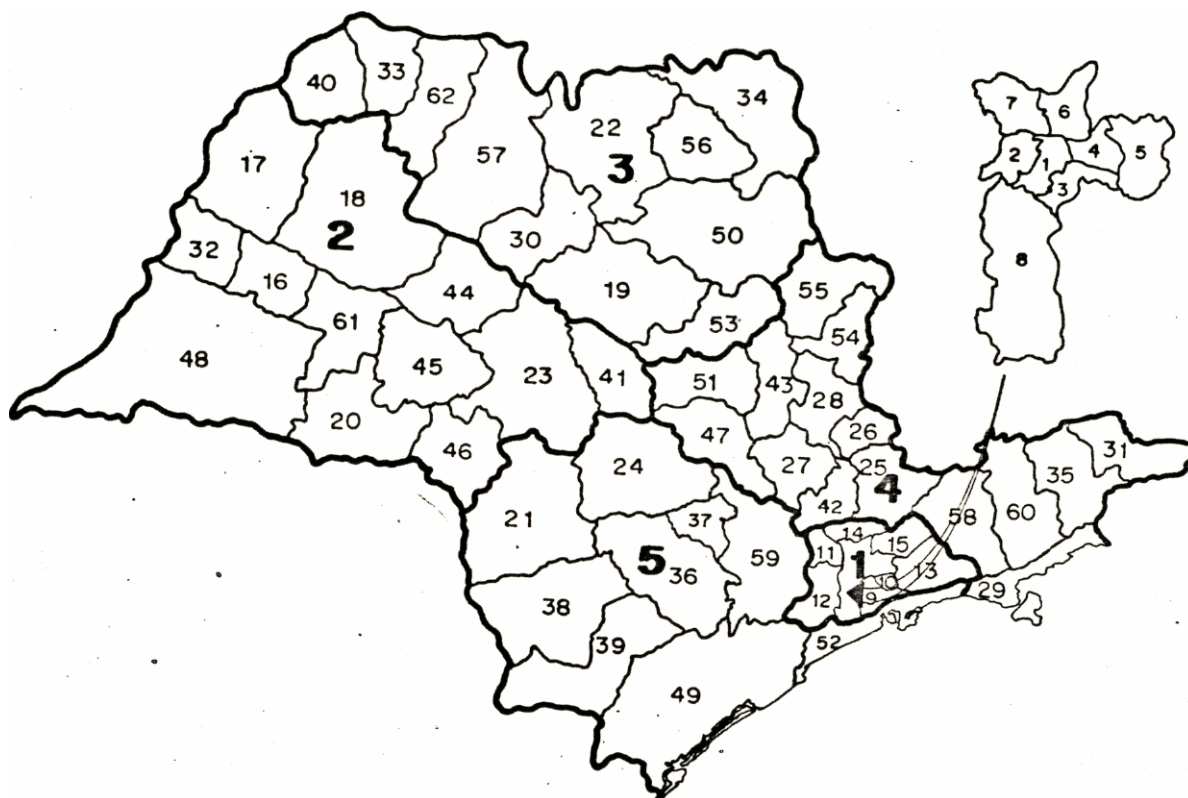


Figura 1 - Distribuição dos Escritórios Regionais de Saúde, segundo sua localização nas Coordenações de Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, abril/1989.

CRS-1 São Paulo e Grande São Paulo	CRS-2 Região Oeste	CRS-3 Região Norte	CRS-4 Vale do Paraíba	CRS-5 Região Sudeste
ERSA 1 - Centro	ERSA 16 - Adamantina	ERSA 19 - Araraquara	ERSA 25 - Bragança Paulista	ERSA 21 - Avaré
ERSA 2 - Butantã	ERSA 17 - Andradina	ERSA 22 - Barretos	ERSA 26 - Amparo	ERSA 24 - Botucatu
ERSA 3 - Vila Prudente	ERSA 18 - Araraquara	ERSA 30 - Catanduva	ERSA 27 - Campinas	ERSA 36 - Itapetininga
ERSA 4 - Penha	ERSA 20 - Assis	ERSA 33 - Fernandópolis	ERSA 28 - Mogi Mirim	ERSA 37 - Itatuf
ERSA 5 - Itaquera	ERSA 23 - Bauru	ERSA 34 - Franca	ERSA 29 - Caraguatatuba	ERSA 38 - Itapeva
ERSA 6 - Mandaqui	ERSA 32 - Dracena	ERSA 40 - Jales	ERSA 31 - Cruzeiro	ERSA 39 - Capão Bonito
ERSA 7 - Pirituba	ERSA 41 - Jaú	ERSA 50 - Ribeirão Preto	ERSA 35 - Guaratinguetá	ERSA 49 - Registro
ERSA 8 - Santo Amaro	ERSA 44 - Lins	ERSA 53 - São Carlos	ERSA 42 - Jundiá	ERSA 52 - Santos
ERSA 9 - Santo André	ERSA 45 - Marília	ERSA 56 - São Joaquim da Barra	ERSA 43 - Limeira	ERSA 59 - Sorocaba
ERSA 10 - Mauá	ERSA 46 - Ourinhos	ERSA 57 - São José do Rio Preto	ERSA 47 - Piracicaba	
ERSA 11 - Osasco	ERSA 48 - Presidente Prudente	ERSA 62 - Votuporanga	ERSA 51 - Rio Claro	
ERSA 12 - Itapeirica da Serra	ERSA 61 - Tupã		ERSA 54 - São João da Boa Vista	
ERSA 13 - Mogi das Cruzes			ERSA 55 - Casa Branca	
ERSA 14 - Caieiras			ERSA 58 - São José dos Campos	
ERSA 15 - Guarulhos			ERSA 60 - Taubaté	

Fonte: SUDS-SP. Plantão de Saúde 1(1): 8-9, 1989.

afirma que os ERSAs passaram a ser fortalecidos enquanto órgãos regionais de forma a atender ao processo de descentralização que engloba: supervisão e controle do atendimento ambulatorial e hospitalar da região, diagnóstico das necessidades regionais, a nível ambulatorial e hospitalar da população, assim como planejamento da oferta de serviços e finalmente articulação com as prefeituras municipais para elaboração de planos municipais, de saúde de acordo com os princípios de hierarquização e regionalização.

No caso da hanseníase, essa evolução representa um marco e um desafio histórico: superar o "monopólio"* da Secretaria Estadual da Saúde no setor e integrar as ações de controle dirigidas ao doente, família e comunidade ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde. Esse "monopólio" se traduz pela hegemonia das unidades ambulatoriais da Secretaria no desenvolvimento das ações dentro do programa de controle da doença. Essa situação decorrente da não integração e do desinteresse dos outros subsistemas públicos de saúde (previdenciário e municipal) e do privado, em relação ao problema, o qual tem origens complexas em relação à formação dos profissionais e ao estigma. Outro ponto importante é o reconhecimento da hanseníase como parte do elenco de problemas de saúde pública contemplados com a criação de um Grupo Especial de Programa (GEPRO) bem como de uma Comissão Científica, cuja função é a de orientar e apoiar, do ponto de vista técnico-científico, as ações do

* O uso desse termo no decorrer do texto, será utilizado dentro o contexto aqui apresentado.

GEPRO.^{91,92}

O GEPRO de Hanseníase, no início de suas atividades, no ano de 1987, em articulação com a Comissão Científica, estabeleceu uma proposta preliminar para o controle da endemia, com cinco pontos:^{42,96}

a) Efetiva integração do Programa de Controle da Hanseníase ao SUDS

Através da integração das unidades de saúde do INAMPS e das Prefeituras ao Programa de Controle da Hanseníase (PCH) pretende-se estender a cobertura e uma maior resolubilidade do SUDS, desfazendo o atual predomínio da rede de unidades de saúde da Secretaria Estadual na atenção aos doentes e aos comunicantes dos doentes, tradicionalmente sem acesso ao sistema global de saúde .

b) Implementação de Programa de Prevenção de Incapacidades (PI) por técnicas simples e reabilitação

O comprometimento neurológico e a conseqüente incapacidade física gerada pela hanseníase constituem os principais fatores causadores do complexo psicossocial da estigmatização, dessa forma a implementação deste programa de prevenção de incapacidades, aliada a um diagnóstico precoce dos casos deverá reverter a atual situação epidemiológica. Sabe-se que apenas cerca de 55% dos casos novos diagnosticados no Estado têm seu grau de incapacidade avaliado e, destes, aproximadamente 30% apresentam algum grau de incapacidade a nível de mãos ou pés.

Nesse sentido pode-se contar com a participação

de outros profissionais que com tecnologia apropriada, contribuam para melhorar a qualidade da assistência à saúde do doente de hanseníase. Dentre esses profissionais merece destaque o Fisioterapeuta e o Terapeuta Ocupacional que, nos últimos anos, vêm integrando a equipe multiprofissional nas unidades ambulatoriais da rede de serviços públicos, estando assim envolvidos e integrados numa proposta que tem como base um trabalho de formação e supervisão do pessoal auxiliar, em prevenção de incapacidades por técnicas simples.

c) Implantação dos esquemas terapêuticos de Poliquimioterapia (PQT)

Novos esquemas de tratamentos mais curtos, recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e que combinam, de acordo com a forma clínica da doença, as três drogas básicas (diaminodifenilsulfona, rifampicina e clofazimina), vêm sendo testados em projetos-piloto, através da análise dos resultados da sua efetividade e operacionalidade, visando à implantação dos mesmos em todas as unidades de saúde.

Para essa implantação faz-se necessário a capacitação de pessoal tanto na área de atendimento direto quanto da rede de laboratórios, assim como uma definição conjunta com os órgãos responsáveis, visando ao estabelecimento de uma política de produção e abastecimento de medicamentos específicos que venha corrigir as carências e distorções atualmente existentes na rede de serviços.

d) Recuperação dos hospitais de Dermatologia Sanitária
Procurar equacionar, em conjunto com os órgãos

responsáveis pela Política Hospitalar do SUDS, a assistência propriamente hospitalar, assim como envidar esforços para uma efetiva integração da rede de hospitais gerais para o atendimento ao paciente de hanseníase. Através da colaboração com outras áreas, (Promoção Social, Agricultura etc.) encontrar medidas no equacionamento da problemática asilar, buscando uma integração dos hansenianos albergados e irreversivelmente incapacitados.

e) Criação do Instituto "Lauro Souza Lima"

Consolidar a criação desse Instituto como centro de excelência em Hansenologia e Dermatologia Sanitária para o Estado de São Paulo, onde deverá se desenvolver a coordenação das atividades de pesquisa e de formação de recursos humanos para o setor.

Esses itens acima especificados refletem a realidade institucional; assim como a adoção de uma proposta oficial no sentido de equacionar as problemas de forma a encontrar soluções que visem a uma melhoria do Programa de Controle da Hanseníase.

A coordenação do programa a nível estadual tem envidado esforços para atingir os objetivos definidos no início de seus trabalhos e para isso adotou como estratégia básica o programa de treinamento dos profissionais que atuam na área de hanseníase, visando com isso a melhoria de seu desempenho no desenvolvimento das atividades específicas.

Por outro lado é importante ressaltar alguns aspectos que se consideram relevantes na adoção da nova estratégia para o programa que vem sendo adotado⁹⁷: o

estímulo à formação e capacitação de recursos humanos, participando da reformulação dos currículos de hansenologia no aparelho formador; a adoção da Portaria no 01 de 31/8/88 da DNDS para todas as ações relacionadas com o controle da endemia hansênica; e ainda o estabelecimento de diretrizes visando á integração real e concreta no SUDS, definindo os diferentes níveis de assistência ambulatorial e hospitalar assim como provendo o nível operacional dos recursos necessários à implementação do Programa.

A necessidade real e concreta de novas diretrizes para o controle da hanseníase, adequadas à nova realidade sanitária, assim como os subsídios oriundos de avaliações dos programas desenvolvidos, aliados aos avanços científicos ocorridos no setor, permitiram uma revisão do antigo Subprograma de Controle da Hanseníase e a conseqüente elaboração da atual Norma Técnica Especial sobre as Diretrizes e Estratégias para as Ações de Controle da Hanseníase.^{90,98}

Todo esse processo dinâmico, ocorrido nos últimos anos na tentativa de reorganizar o sistema de saúde e conseqüentemente as áreas específicas, como é o caso da hanseníase, permite identificar os dados epidemiológicos que refletem a situação real e concreta da saúde da população, como um instrumento importante tanto no planejamento das ações de saúde, como na formação de recursos humanos. Na tentativa de fundamentar essa questão, apresenta-se a seguir a situação epidemiológica da hanseníase.

1.2- Situação Epidemiológica da Hanseníase

A situação mundial da endemia hansênica é caracterizada pela dificuldade em se calcular exatamente quantos casos da doença existem nos dias atuais, o que se deve à adoção de diferentes critérios e definições para diagnosticar a mesma. A Organização Mundial da Saúde⁷⁰ (OMS) estimou uma prevalência de 10 a 12 milhões de casos no ano de 1988, sendo que o número total de casos em registro ativo em 1987 foi de aproximadamente 5.100.000. Vale ressaltar que mais de 1.600 milhões de pessoas vivem em países onde a prevalência estimada da doença é maior que 1 caso por 1.000 habitantes.

A definição da prevalência de um país para posteriores estimativas e comparações com outras regiões, assim como a obtenção de um dado estatístico correto e necessário ao planejamento e organização dos programas de controle da doença, conduziram a OMS⁷⁰ à definição de "caso de hanseníase" como sendo aquela pessoa que mostra sinais clínicos da doença, com ou sem confirmação bacteriológica do diagnóstico é que requer quimioterapia; visando com isto uma interpretação homogênea sobre a prevalência da mesma.

O Comitê de Peritos da OMS em hanseníase⁷⁰ em seu sexto informe afirma que os "resultados preliminares dos últimos dois anos indicam o começo de uma diminuição do número de casos registrados", fato este associado à introdução do uso da poliquimioterapia.

Na América Latina, cerca de 126 milhões de pessoas (31% da população) vivem em áreas com taxa de prevalência da doença superior a 1 por mil, o que é

considerado alto, segundo os parâmetros* nesses indicadores estabelecidos pela OMS¹¹. Além disso, a hanseníase atualmente parece ser uma endemia com maior incidência rural e prevalência urbana.

A análise retrospectiva de uma série temporal (de 1950 a 80) das taxas de detecção da doença nos países da América Latina indica que em vários deles a endemia parece estar declinando ou permanece estacionária. Entretanto, o Brasil constitui-se puma exceção, visto que a situação é inversa, pois a linha de tendência para os últimos treze anos analisados (1970-83) é ascendente.¹¹

LOMBARDI⁴³, em um estudo realizado para avaliar a situação epidemiológica da hanseníase, no período de 1980 a 1983, em doze países da América Latina e Caribe, através de um conjunto de indicadores específicos (prevalência, detecção de casos, detecção de casos em menores de 14 anos e proporção de incapacitados entre os casos registrados) e indicadores gerais (esperança de vida ao nascer, taxa de mortalidade infantil, mortalidade proporcional por doenças transmissíveis e proporção de menores 1 ano vacinados com 3 doses da vacina tríplice), obteve valores que indicam três diferentes situações nos países estudados: a existência de países com a endemia em situação regressiva (Argentina, Costa Rica, Cuba, Venezuela e Trinidad e Tobago); países com situação estacionária (Paraguai, Equador, México, Guiana) e finalmente aqueles com a

* A esse respeito consultar:

FERREIRA, J. Vigilância epidemiológica da hanseníase. In: Lombardi, C. et al. **Hanseníase: epidemiologia e controle** São Paulo, Imprensa Oficial do Estado, 1990. p. 33-61.

endemia em situação progressiva (Brasil, Colômbia e República Dominicana).

A doença está ligada, na grande maioria dos casos, às classes marginalizadas da sociedade. Observa-se que a sua fixação geográfica tem-se dado de acordo com o meio físico, situação demográfica, sócio-econômica e cultural característica de cada região⁴³. Dessa forma, a realidade epidemiológica, que se caracteriza por áreas de alta endemicidade em cada país, deveria ser prioridade para que fossem estabelecidos programas concretos que permitissem uma ação efetiva sobre o problema, visto as pessoas correrem um grande risco de contrair a doença.

No Brasil a distribuição dos casos não uniforme, variando de taxas de prevalência (por 1.000 hab.) de 0,7 (Região Nordeste) a 4,5 (Região Norte). Em 1988, foram detectados 26.578 casos novos, o que corresponde a uma taxa de incidência de 18,4 por 100.000 hab., com um total de 256.979 casos registrados, apresentando uma taxa de prevalência de 1,8 por 1.000 habitantes. Dos casos novos detectados, 9,7% correspondem a menores de 5 anos e 32,0% correspondem à forma tuberculóide da doença. A tendência de crescimento anual no período de 1973 a 1988 é de 5,38% para o país como um todo.^{10,11,45}

As taxas de prevalência vem mostrando, desde a década de 50, valores constantes que refletem a alta endemicidade da doença no país. É importante salientar que atualmente o Brasil conta com 70% do total de casos registrados das Américas e com 80% da detecção de casos novos dessa região.^{11,45}

Os estudos sobre a história das práticas de

intervenção sobre a hanseníase apontam diferentes momentos por que passou o programa de controle, dividindo-a em duas fases seqüenciais a do isolamento e a da quimioterapia⁶³, sendo a década de 1940 um marco importante que introduziu o uso da sulfona no tratamento - da doença. A partir dos anos 70, o programa de controle passou, a ser integrado aos serviços gerais de saúde o que contribuiu para um incremento na taxa de detecção.

ROTBERG⁸³ afirma que as tentativas de fazer declinar o número de pacientes e eventualmente erradicar a doença podem ser divididas em três fases: a primeira se caracteriza pelo isolamento compulsório que foi proposto em fins do século passado e se desenvolveu amplamente até a metade deste; na fase seguinte a ênfase dada foi ao tratamento ambulatorial da doença, com a integração dos Centros de Saúde e o advento das sulfonas contribuindo para fazer da "lepra" uma doença igual às outras; na última fase, em meados da década de 70, propõe-se que a medida básica é eliminar a "corrente" psico-social da "lepra". Em 1976, foi realizada a Conferência Nacional para Avaliação da Política de Controle da Hanseníase que lançou as bases de uma profilaxia voltada à solução do problema psico-social.¹⁷

Desde 1985, o Ministério da Saúde, através da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, vem realizando uma série de revisões nacionais para avaliar a situação do programa em desenvolvimento, e os grupos de estudos chegaram às seguintes conclusões⁵³:

a) os dados disponíveis não permitem avaliar a cobertura do programa;

- b)** a tendência da endemia é ascendente, particularmente na região Amazônica onde se localizam focos de hiperendemia;
- c)** a elevada prevalência alcançada cria importantes problemas operacionais para o tratamento adequado dos enfermos, o controle dos contatos e a prevenção dos incapacitados;
- d)** a hanseníase constitui um sério problema de saúde "pública no Brasil;
- e)** não existem dados disponíveis para avaliar o esquema terapêutico atualmente aplicado no país;
- f)** não se pode avaliar a magnitude, a resistência e persistência do *Mycobacterium leprae* no país, por falta de dados concludentes;
- g)** foram detectados bloqueios operacionais que impedem a aplicação correta da poliquimioterapia;
- h)** os doentes portadores de hanseníase ou de suas sequelas, não são atendidos nos hospitais gerais, com excesso de alguns municípios, para tratamento das intercorrências clínicas ou cirúrgicas relacionadas ou não com a hanseníase, fato que impede a real integração física e social do paciente;
- i)** os atuais hospitais especializados (antigos "leprosários") não correspondem às necessidades pertinentes ao programa de controle;
- j)** existe uma falta de pessoal capacitado para desenvolver as atividades de controle;
- k)** o programa não conhece a magnitude da colaboração das

agências internacionais, apesar do reconhecimento de sua importância.

Os aspectos acima relacionados registram uma realidade nacional de baixo grau de controle da endemia, onde o estado vem mantendo a hegemonia no desenvolvimento das ações, no setor público, o que se constitui em dificuldade para a real integração multi-institucional do programa.

O Estado de São Paulo representa, a nível nacional, a área com maior número absoluto de casos, cerca de 40.000 doentes. Estes dados acompanham os do país, onde 72,5% dos diagnósticos são feitos já nas formas polarizadas; 41,2% dos casos apresentaram incapacidades Grau 2, segundo a OMS, no ano de 1987.

A prevalência no Estado em 1989 foi de 1,02 por 1.000 habitantes sendo que as taxas segundo as Coordenações Regionais de Saúde variaram, no ano de 1986, para valores de média endemicidade ($0,2 \leq 1,0/1.000$ hab.) aos de alta endemicidade ($1,0 \leq 10,0/1.000$ hab.), de acordo com os critérios preconizados pela OMS.

A incidência da hanseníase vem sendo medida através do coeficiente de detecção de casos; apesar de constituir-se num indicador de grande utilidade na análise de tendência secular, é influenciado por fatores operacionais, ou seja, pela cobertura da população pelos serviços de saúde e ainda pela qualidade da assistência prestada^{44,95}. Esse indicador pode ser classificado como situação de baixa detecção ($<2,0/100.000$ hab.), média (2,0 a $20,0/100.000$ hab.) ou alta ($10,0/100.000$ hab.).

No Estado de São Paulo o coeficiente de detecção apresentado no ano de 1986 foi de 8,56, em 1987 de 8,80, em 1988 era de 10,59 e em 1989 apresentou um valor de 10,09.

1.3- A Formação e a Prática do Enfermeiro em Hanseníase

O ensino dá Enfermagem reflete a situação atual por que passa o setor educacional no país, em particular o ensino superior, assim como o setor saúde, que atravessa hoje um inegável período de amplas e profundas transformações tanto no campo doutrinário como na esfera da organização e administração de seus recursos.

XAVIER¹⁰² afirma que o trabalho em saúde se caracteriza como um processo coletivo composto de áreas técnicas específicas como a medicina, odontologia, farmácia, enfermagem etc. e que a enfermagem enquanto trabalho faz parte desse coletivo, compartilhando parcelas do mesmo de forma a compor um conjunto complementar e interdependente ao todo, visando a integralidade da assistência à saúde.¹³

Ao analisar a situação de recursos humanos no SUS, destaca-se, entre outras tendências, a bipolarização da força de trabalho do setor, historicamente representada pela concentração nas categorias de médico e atendente, correspondendo a aproximadamente dois terços do contingente de trabalhadores empregados na área, situação que se reflete na qualidade e integralidade das ações de saúde. MACEDO⁴⁷, quando se refere ao processo do

desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, afirma que esse processo começa na identificação das necessidades de saúde e compreende a determinação dos serviços adequados a seu atendimento, e da organização e funcionamento dos sistemas para sua prestação, que se constituem como aspectos centrais da política de saúde global. Dessa forma, o desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde constitui-se, em grande medida, "num processo supra-estrutural, condicionado em suas características pelos determinantes que definem as práticas de saúde numa dada sociedade, e as formas como essas práticas estão socialmente organizadas".

O recurso humano tem sido visto e tratado como um recurso instrumental a mais, na qualidade de mero insumo de um sistema ou processo produtor da assistência à saúde⁶¹. Entretanto Di Lascio, em um debate com VERDERESE¹⁰⁰ e OLIVEIRA JÚNIOR⁶⁸ afirmam que encarar os recursos humanos somente como mão-de-obra, como força de trabalho, em que pese sua importância enquanto fator de produção, é deixar de considerara dimensão social global que o trabalho em saúde adquire num determinado contexto social e numa organização de serviços de saúde, como parte de um processo histórico onde as soluções são propostas em forma de participação na qualidade de agentes de mudança nesse processo. Relatam ainda que o trabalhador de saúde socialmente responsável pelo produto do seu trabalho, ou seja, pelo valor que este possa ter para a sociedade, estando implícito, aí, o seu compromisso social com a mudança.

A questão da distribuição dos recursos humanos com uma concentração maior a nível estadual e federal é um

problema grave e a permanência desse padrão acaba por inviabilizar qualquer proposição de reorganização dos serviços de saúde. É preciso que essa situação se inverta, privilegiando-se, em termos quantitativos e qualitativos, as esferas mais descentralizadas do setor público, ou seja, as esferas municipais do sistema.

As proposições apresentadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde e aprofundadas na Conferência Nacional sobre Recursos Humanos visando ao equacionamento e ao enfrentamento da questão referente à formação e/ou preparação desses recursos repousam em dois princípios básicos, quais sejam¹⁴

- o da responsabilidade estatal para com a educação e o da gratuidade do ensino em todos os níveis, garantindo-se o seu acesso indiscriminado a todos os segmentos populacionais;
- o da integração ensino-serviço como única forma capaz de promover a necessária interação entre teoria e prática, ou seja, de compatibilizar a formação às necessidades do novo serviço, compreendidos como necessidades de enfrentamento das demandas epidemiológicas e sociais.

No documento "Sistema Único de Saúde: diretrizes para formulação de política de recursos humanos"⁶¹ dentre os principais problemas detectados, encontram-se aqueles relacionados ao campo da preparação de recursos humanos e os relativos à qualificação do pessoal engajado na rede de serviços.

Em relação à questão de preparação destacaram-se os seguintes itens:

- inexistência de metodologia adequada para uma efetiva integração ensino-serviço;
- desqualificação dos serviços, dificultando-o processo de ensino e desqualificação dos docentes para atuação nos serviços;
- desconsideração do trabalho como princípio pedagógico;
- descompromisso da Universidade com o novo modelo assistencial e com a Reforma Sanitária Brasileira;
- compartimentação do ensino;
- projeto pedagógico pautado no espontaneísmo e no empirismo.

Quanto aos problemas relativos à qualificação do pessoal na rede de serviços foram ressaltados os itens a seguir:

- políticas e práticas de capacitação em programas verticais, o que fortalece a polarização e a fragmentação do trabalho em saúde;
- inexistência de programas de capacitação permanente para pessoal da rede de serviços;
- multiplicidade de treinamentos e de cursos sem uma coordenação que garanta a implementação de um projeto global de desenvolvimento de recursos humanos.

Esses problemas acima identificados em relação à questão do recursos humanos em saúde enquadram-se de forma integral na categoria enfermagem onde se verifica uma formação com enfoque quase que estritamente biológico, voltada prioritariamente para o indivíduo, sem a

preocupação de fundamentar tal formação num conceito do processo saúde-doença que abarque suas determinações históricas e sociais, ampliando a percepção da saúde enquanto fenômeno necessária e imediatamente coletivo.

SADALA⁸⁴ refletindo sobre o ensino superior de enfermagem, afirma que a finalidade das escolas é a de formar profissionais preparados para desempenhar suas funções nos serviços de saúde, junto à população. Dessa forma, as funções específicas do enfermeiro devem estar integradas às necessidades de assistência à saúde e às condições sócio-econômicas da comunidade.

RIBEIRO⁸², analisando as tendências no ensino e na prática de enfermagem, diz que "a grande queixa de nossos enfermeiros é que a teoria nem sempre se aplica na prática profissional: os docentes de enfermagem são rotulados de teóricos, fora da realidade, e não são capazes de executar aquilo que ensinam. Por outro lado, o trabalho dos enfermeiros de campo é classificado de rotineiro, e a queixa dos docentes é que não é possível melhorar o ensino sem boa qualidade no cuidado de enfermagem".

O ensino superior de enfermagem vem sendo questionado e discutido sobre as suas características, qualidade e pertinência técnica, política, social, tecnológica e científica pelo grupo da comunidade acadêmica. Dessa discussão fazem parte, de um lado, os docentes e alunos e de outro, as instituições de saúde como utilizadoras desses profissionais. Entre as instituições formadoras e utilizadoras situa-se a população que necessita dos conhecimentos técnicos nos diversos níveis do sistema de saúde e que por sua vez.

difícilmente participa desse processo de discussão, porque tem basicamente o papel de usuária do serviço, constituindo-se em um agente passivo do processo de formação e da integração ensino-serviço.

A atual estrutura curricular dos cursos de Enfermagem no Brasil, expressa no Parecer 163/72 e regulamentada pela Resolução nº 04/72, do Conselho Federal de Educação, fragmenta o eixo de formação compartimentalizando-o em três partes: pré-profissional, tronco profissional comum e habilitações, assim como privilegia o ensino centrado no modelo médico de assistência hospitalar vigente. É comum denominar-se a parte pré-profissional de área básica; o tronco profissional, de área profissionalizante e a habilitação de especialização precoce nas áreas de médico-cirúrgica, obstetrícia e saúde pública; isto se deve à afinidade das matérias que compõem cada área.

A Resolução do Conselho Federal de Educação nº 04/72 define como conhecimento a ser ministrado no ciclo básico noções gerais dos conteúdos e matérias nele contidas, não prevendo a articulação das disciplinas básicas com a especificidade da prática de enfermagem. "No tronco profissional comum, a capacitação do enfermeiro para intervenção em 'saúde pública' se resume a uma abordagem preliminar e insuficiente. Privilegia também o enfoque tecnicista, funcionalista e o da assistência ao indivíduo hospitalizado. Nesse sentido, o currículo favorece a compreensão dicotomizada de saúde/doença, prevenção/cura, assistência hospitalar/saúde pública"⁶. Essa fragmentação estrutural da formação do enfermeiro se reflete no desenvolvimento de sua prática, e se evidencia

sobretudo na determinação das habilitações que deslocam da formação do enfermeiro conteúdos essenciais à formação de generalista que esse profissional deveria ter.

FERRAZ & ARAÚJO & RAMOS²⁸ analisando as tendências, semelhanças e divergências do ensino superior de enfermagem nas cinco regiões do país, afirmam que o currículo não é um elemento estático e sim um processo e, como tal, dinâmico, sujeito às influências do contexto no qual está inserido, das tendências técnico-científicas e didático-pedagógicas surgidas, da qualidade e 'quantidade de recursos' destinados, bem como das tendências do mercado de trabalho. Carece, portanto, de uma avaliação contínua e sistemática que garanta -sua eficiência e eficácia. Vale ressaltar a importância do conhecimento da realidade epidemiológica e social, assim como das necessidades da população, como forma de subsidiar qualquer análise relacionada ao currículo do curso de graduação.

ALMEIDA³, em sua tese sobre o estudo do saber da enfermagem e sua dimensão prática, afirma que o saber deve ser entendido como resultado da própria prática e que a proposta de construção de um corpo de conhecimentos específicos para a enfermagem tem que ser agregada a uma alternativa que leve em conta os modelos de assistência em saúde. Dessa forma a escola de enfermagem, enquanto instituição que legitima, reproduz e transmite o saber de enfermagem, precisa repensá-lo no direcionamento de sua aderência à prática. E é no interior da própria prática, onde as contradições estão presentes, que se pode vislumbrar as possibilidades de mudanças, pois é um espaço social que permite a alternativa de práticas transformadoras.

Nessa mesma direção, PEIXOTO & SILVA⁸⁰ afirmam que a escola deve, através de sua proposta curricular, possibilitar e/ou facilitar a produção do conhecimento científico, que permita a contribuição ao processo de transformar a realidade, o que, sob o ponto de vista de SANTOS⁸⁶, seria obtido através do reconhecimento da realidade social onde o profissional vai atuar, assim como pela proposição de objetivos de ensino das ações de saúde visando à superação, das dificuldades ao enfrentar situações que transformariam essa dada realidade.

Formar alguém que trabalhe com a realidade brasileira é formá-lo com consciência dos determinantes sócio-históricos que a condicionam e, ao mesmo tempo, com uma formação técnico-científica que permita enfrentar competentemente essa mesma realidade^{21,73}. BARBOSA⁸ afirma que não é tarefa da escola oferecer soluções- prontas para todos os problemas, mas oferecer condições para que seus alunos enfrentem os problemas da vida inteligentemente e efetivamente. O conhecimento precisa sempre constituir-se num dos objetivos da educação. E, visando superar a simples capacitação técnica, deve-se ainda educar para o compromisso social e para a mudança social.

Em estudo desenvolvido por SADALA⁸⁴ sobre o ensino superior de enfermagem e a realidade prática do enfermeiro, verificou-se que, no que concerne à formação do enfermeiro, a orientação do ensino tem se dirigido no sentido do atendimento à área curativa: prepara-se o enfermeiro para trabalhar nos hospitais, exclusivamente para os cuidados curativos. A assistência à prevenção de doenças e a promoção da saúde tem sido relegadas a um segundo plano "as ligações desse ensino com as

necessidades de saúde da população parecem ser feitas exclusivamente através da disciplina de enfermagem de saúde pública".

NOGUEIRA⁶⁴ afirma que a maior parcela de ensino dos cursos de graduação em enfermagem é reservada para disciplinas cujo conteúdo é muito semelhante – a não ser pelo seu caráter superficial e resumido – ao conteúdo das matérias lecionadas nos cursos de medicina, o que contribui para uma formação exclusivamente curativa e centrada no hospital.

SAUL⁸⁸ e ALMEIDA⁴ analisando a formação como determinante da competência profissional comentam que, dentro dessa ótica, a formação científica e técnica que se deve fazer rigorosa, passa necessariamente pela reflexão crítica das questões sociais onde este profissional é formado. E impossível pensar a questão da competência profissional sem uma compreensão política da saúde na sociedade e é nesse contexto que deve ser inserida a formação do enfermeiro.

Dentre as propostas que vêm surgindo relativas ao ensino de graduação dos profissionais de saúde, incluída aí a enfermagem, está a necessidade de repensar as propostas pedagógicas com base nos princípios da integralização do conhecimento, da valorização da integração ensino/serviço e ainda à introdução de novos conhecimentos nos currículos de graduação que incorporem áreas descobertas e necessárias, permitindo a compreensão dos determinantes do processo saúde-doença.^{61,85}

No processo de discussão do currículo de graduação em enfermagem desenvolvido a nível nacional, foram identificados alguns pontos relevantes a serem

considerados na formação de enfermeiros e que são apresentados a seguir⁶:

- "que se tenha como referência a compreensão conjuntural do país e, nesta, o contexto da saúde;
- que se considere o processo de formação do enfermeiro e sua prática frente às necessidades de saúde da população, às políticas de saúde e aos princípios de universalidade, eqüanimidade, hierarquização, integralidade e resolubilidade das ações de saúde, em todos os níveis de assistência;
- que se considere a Lei do Exercício Profissional;
- que o Currículo Mínimo não inclua habilitações, ou seja, que o mesmo assegure a integralidade e a terminalidade da graduação sem incluir falsas e precoces especializações;
- que se redimensionem, no rol das matérias, as áreas de ciências humanas, biológicas e de saúde pública".

Em relação a esses pontos levantados, vale ressaltar que as habilitações tendem a ser eliminadas da estrutura curricular de vários cursos, restando a oficialização por parte do órgão competente. Outro ponto importante é que compete ao Conselho Federal de Educação a determinação das matérias integrantes do currículo. Entretanto, competem aos órgãos formadores os desdobramentos e aprofundamentos, possíveis e/ou necessários, das áreas de conhecimento e dos procedimentos requeridos e pertinentes à formação do enfermeiro⁶. Dessa forma a definição de critérios e a própria inclusão ou não

de determinados conteúdos ficam sob a responsabilidade da instituição formadora.

Considerando que as instituições responsáveis pela formação do enfermeiro tem autonomia para proporem e executarem seus currículos plenos, torna-se importante e necessário a busca de dados que possam contribuir com a melhoria da qualidade do profissional a ser formado, capacitando-o para atender às necessidades da população, particularmente em relação ao tema em estudo que se propõe a analisar a realidade concreta do ensino de hanseníase.

Em um estudo realizado por VERDERESE e col.¹⁰¹, junto a todas as. Escolas de Enfermagem do país, onde o instrumento de coleta de dados foi respondido por 43,10% (41) do total das instituições (95) verifica-se que um dos cursos não inclui o conteúdo de hanseníase no currículo de graduação e outros três apenas o incluem na Habilitação em Enfermagem de Saúde Pública, o que leva a concluir que em 9,75% da população desse estudo, se o aluno não cursar a habilitação, ele não terá nenhuma formação sobre hanseníase apesar de essa doença ser caracterizada como um problema de saúde pública. Essa situação poderia apresentar-se ainda mais grave, possivelmente, se estivesse o acesso a todo o universo das informações sobre esse assunto, o que, em pesquisa, é difícil de ser obtido.

Esses dados são concordantes com os apresentados no estudo realizado na Argentina por HEREDIA & POZZI & VALINOTTI³⁸ no qual relatam que nem todos os currículos de ,enfermagem partem da análise da realidade sócio-econômica, cultural, política e epidemiológica onde estão inseridos. Alguns planos de estudo, apesar de se desenvolverem nas zonas endêmicas, não incluem o estudo da hanseníase em

todos os seus aspectos, dando-lhe escassa importância.

As distorções do sistema educacional, responsável pela formação de profissionais na área da saúde, incluindo aí o enfermeiro, têm levado ao distanciamento do ensino em relação à prestação de serviços, fazendo com que os profissionais formados não correspondam às expectativas das instituições de saúde, especialmente da rede de serviços básicos. Não existindo esse preparo, não se pode esperar que os alunos formados, quando vão para os campos de trabalho, estejam atentos para a problemática da hanseníase.^{77,69}

Mc DOUGALL⁴⁹ afirma que, dentre os vários fatores que têm dificultado o controle da doença, o baixo nível de conhecimento sobre a mesma entre estudantes e profissionais de medicina e de outras áreas é preponderante, e continua seu relato afirmando que o ensino sobre hanseníase tem sido negligenciado nas escolas que oferecem cursos na área de saúde, mesmo nos países endêmicos.

Objetivando ter um quadro real sobre o ensino da hanseníase, FURTADO³⁵ realizou um levantamento junto aos professores responsáveis pela disciplina de Dermatologia nas 76 escolas médicas do país e verificou que, apesar de os resultados mostrarem que a hansenologia é ensinada, os índices sanitários revelam que pouco avanço ocorreu no controle da doença. Isso demonstra que a deficiência no ensino da hanseníase não é exclusiva dos cursos de Graduação em Enfermagem.

É importante ressaltar que o fato de o professor responsável pela disciplina informar que o tema hanseníase é ensinado, esse é um dado bastante vago, pois sabe-se que

esse ensino varia muito em função da carga horária teórica e prática e, conseqüentemente, o conteúdo abordado e a forma como o mesmo é realizado também variam. Por outro lado tem-se que verificar como o aluno, enquanto aprendiz, está considerando como esse tema é realmente aprendido por ele.

O ensino tem sido destacado como um fator primordial no preparo adequado de profissionais objetivando um efetivo controle da endemia hansênica; entretanto, é importante destacar que esse controle não depende tão somente desse ensino, mas sim, em grande medida, da política de saúde adotada para o setor e, conseqüentemente, da estrutura e organização dos serviços existentes.

Em um estudo realizado por PEDRAZZANI⁷⁷, que caracteriza o ensino sobre hanseníase nos Cursos de Graduação em Enfermagem em uma amostra no Estado de São Paulo, ficou comprovado que existe uma deficiência quanto ao ensino da hanseníase, ficando totalmente a critério dos professores, responsáveis pelas disciplinas, a inclusão ou não desse tema nos conteúdos dos programas de ensino.

No que diz respeito ao ensino da hanseníase, Mc DOUGALL⁵⁰ sugere um investimento nos estudantes de graduação, visto ser essa uma categoria que pode ser facilmente motivada por problemas de saúde pública.

No documento da Organização Panamericana da Saúde sobre a participação do pessoal de enfermagem no controle da hanseníase⁷⁴, verifica-se que são desconhecidas as condições de ensino sobre a doença na América Latina e Caribe, devendo entretanto ser destacado o Brasil, que apresenta uma situação do ensino relativamente conhecida.

É recomendado, nesse documento, que as Escolas de Enfermagem revisem seus planos de estudo, confrontando-os com os problemas e as demandas da população, com ênfase especial para a hanseníase e seus determinantes biológicos e sociais, assim como com as novas contribuições e investigações científicas atuais, entre outras, a terapia multimedamentosa, a prevenção de incapacidades e as técnicas utilizadas na vigilância epidemiológica.

Segundo VERDERESE e col.¹⁰¹, o ensino nos cursos de graduação em enfermagem, deve ser orientado tomando em consideração a problemática da hanseníase nas diferentes regiões onde os mesmos se situam. O conteúdo e as experiências de ensino/aprendizagem deverão ser estruturados no currículo de maneira a que o futuro enfermeiro possa estar preparado para agir e tomar decisões específicas de enfermagem em hanseníase, após sua formação, quando inserido no mercado de trabalho.

Considerando que a fundamentação do saber deve ser baseada na própria prática desenvolvida junto aos serviços de saúde e que a distancia entre as instituições de ensino e serviço acarreta uma dissociação entre os mesmos, ó preocupação deste trabalho detectar como a Universidade, através dos professores responsáveis pelo ensino da hanseníase, vem desempenhando o seu papel enquanto centro de conhecimento e de difusão do mesmo.

Entretanto, pelo fato de ser a formação dos trabalhadores de enfermagem despolitizada, fragmentada, apresentando um forte componente tecnicista, não instrumentalizando os alunos para a análise e compreensão crítica da realidade, torna-se difícil o encaminhamento de soluções no sentido da necessária interação entre teoria e

prática, compatibilizando a formação do enfermeiro com uma visão do contexto real do fenômeno saúde/doença na população.^{6,48}

Outro ponto importante a ser destacado é que todo o profissional deve ser formado para atender as reais necessidades de uma dada população entretanto o que se verifica é que o mesmo, quando formado, passa a dominar técnicas de intervenção em sua área específica, muitas vezes sem o conhecimento necessário sobre a realidade social e os fatores que a determinam.

ALMEIDA³, analisando a prática da enfermagem, afirma que esta se caracteriza pelas indefinições inerentes à própria categoria, assim como os conflitos delineados pelo modelo assistencial, trazendo no bojo das discussões questões como "a autonomia nesta prática no confronto com as outras da saúde; ações administrativas versus ações assistenciais as relações do ensino versus a prática etc."

É importante considerar que o objeto de trabalho da enfermagem, ensinado durante o período de formação, é o cuidado ao paciente; entretanto, quando o aprendiz inicia sua atuação, enquanto profissional, constata que o que a instituição de saúde espera não é o cuidado direto, e sim responsabilidades mais diretamente vinculadas à administração do serviço.

A divisão social do trabalho também está presente na enfermagem. Os enfermeiros são responsáveis por atividades consideradas intelectuais e, portanto, de maior status, enquanto que os demais integrantes da categoria – o técnico, o auxiliar e o atendente de enfermagem – realizam atividades chamadas manuais, ou seja, executam o

"cuidado".⁵

SADALA⁸⁴ afirma em seu estudo que o ensino de enfermagem carece de definição dos objetivos quanto à formação geral do enfermeiro, pois nota-se que, de um lado, esses profissionais afirmam que suas funções de assistência direta ao paciente são as mais importantes e, por outro lado, esses mesmos enfermeiros afirmam exercer na prática predominantemente as funções administrativas. Observa-se, portanto., um grande hiato entre as funções que devem ser executadas e as funções que são efetivamente executadas.

Nessa mesma linha de raciocínio, FERREIRA-SANTOS & MINZONI³⁰ assinalam a defasagem entre a prática de enfermagem e as funções inerentes à própria profissão quando caracterizam o ideal que se pretende ensinar nas Escolas de Enfermagem, ou seja, a assistência integral aos pacientes, e a realidade observada na prática, onde o enfermeiro se dedica quase que exclusivamente às atividades administrativas.

No período de 1982 a 1983 o Conselho Federal de Enfermagem e a Associação Brasileira de Enfermagem realizaram uma pesquisa procurando caracterizar a forma de trabalho em enfermagem no Brasil¹⁹. Os resultados obtidos demonstraram que são muitos os problemas que afetam o exercício da enfermagem, destacando-se a ausência de análise crítica e de tomada de posição por parte dos enfermeiros frente às tendências da prestação de serviços de saúde. Em relação às funções a serem exercidas visando a se adaptarem às mudanças necessárias, os enfermeiros demonstraram, dentre outros pontos identificados, ser favoráveis à prática centrada na saúde comunitária, "mesmo

havendo alto grau de ceticismo sobre a possibilidade efetiva de mudança a curto e a médio prazo, tanto na prática, como na formação".

LORENZETTI⁴⁶, analisando a lei do exercício profissional da enfermagem, afirma que a classificação e estruturação das competências ali estabelecidas, refletem uma concepção estratificada, hierarquizada e autoritária da prática do enfermeiro e, dessa forma, busca uma "saída legal" para a crise da prática atual do enfermeiro. Isso ocorre num momento histórico em que a enfermagem procura aprofundar o questionamento sobre as suas relações internas de trabalho, o seu objeto de trabalho e o papel do enfermeiro. É ainda categórico ao dizer que "é preciso primeiro conquistar e afirmar na prática uma determinada realidade para depois assegurá-la em lei". Dessa forma, a mesma deve refletir a situação objetiva e concreta das relações sociais da categoria. Esse é um ponto de vista concordante com o de SPINK⁹ em seu estudo sobre a regulamentação das profissões de saúde.

A prática da enfermagem ainda deve ser entendida como um espaço específico, articulado no conjunto de ações desempenhadas por diferentes profissionais de saúde, de forma complementar e interdependente no processo de trabalho coletivo e, ao mesmo tempo, para se reconstruir o seu lugar virtual na totalidade social.

O novo modelo assistencial, através dos sistemas locais de saúde, exigirá dos trabalhadores de saúde e em particular, do enfermeiro, a análise crítica da sua prática, contextualizando-a em relação à produção de serviços em uma dada realidade concreta, assim como a construção de outra concepção de equipe multiprofissional,

recolocando, no seu conjunto, a noção de trabalho coletivo e dos objetivos comuns na prevenção da doença e na promoção, recuperação e reabilitação da saúde, dentro dos princípios de integralidade da assistência e a oportunidade da participação efetiva dos usuários.

Como já foi dito anteriormente, a prática da enfermagem guarda estreita relação com a organização dos serviços de saúde, representando, enquanto profissão, o reflexo da própria indefinição da política de saúde.

Outro aspecto a ser considerado ao se estudar a prática da enfermagem especificamente junto ao Programa de Controle da Hanseníase é a escassa produção científica específica sobre esse tema, tanto a nível internacional quanto a nível nacional. Os estudos, quando realizados, de uma forma geral abordam problemas de ordem biológica, social, educacional relacionados à doença^{22,31,41,51,65}, sem entretanto se deterem em análises mais amplas sobre as relações do enfermeiro com essa clientela, sobre a adequação da prática desse profissional nessa área, entre outros.

Dentre os estudos que analisam a prática da enfermagem, o documento da OPAS⁷⁴ aponta as limitações que no momento atual impedem a eficácia dessa prática, destacando alguns obstáculos de caráter específico, apresentados a seguir:

- falta de reconhecimento do enfermeiro como um profissional capaz de participar da tomada de decisões dentro do sistema de saúde;

- insuficiente formação nas Escolas de Enfermagem sobre hanseníase, especialmente em áreas de média e alta

endemicidade;

- falta, em alguns países, de um instrumento legal e específico para respaldar as atividades de enfermagem;
- falta de um plano de capacitação contínua do pessoal de enfermagem de serviços e docências, nas áreas endêmicas;
- escassa produção científica de enfermagem.

VERDERESE e col.¹⁰¹, analisando o papel da enfermagem nas ações de controle da hanseníase, junto à rede de serviços de saúde no Brasil, afirmam que a assistência de enfermagem é por si mesma um serviço de apoio ao desenvolvimento das medidas de controle das ações de saúde dirigidas a melhorar o nível de saúde da comunidade. "No caso específico da hanseníase, a enfermagem deve desempenhar um papel importante, não somente na detecção de casos como no tratamento, seguimento e prevenção de incapacidades. A enfermagem a um componente básico da infra-estrutura de saúde, devido a características de suas funções e atribuições o que possibilita a oferta sistematizada, a permanência e continuidade da prestação de serviços de saúde, bem como a promoção de oportunidade de assistência e participação social".

Em estudo desenvolvido por PEDRAZZANI⁷⁶ numa região do Estado de São Paulo, no ano de 1984, verificou-se que a prática do enfermeiro junto ao Programa de Controle da Hanseníase, estava fundamentalmente vinculada às funções administrativas, sendo as funções assistenciais e de ensino realizadas de forma eventual; e que o profissional de enfermagem diretamente envolvido com

a área era o atendente, visitador sanitário ou ainda o auxiliar de enfermagem. Outro dado importante a ser registrado é que em nenhuma unidade o enfermeiro desenvolvia atividades de prevenção de incapacidades, apesar da grande incidência desse comprometimento junto aos doentes, como também não realizava pesquisas na área, mesmo considerando-se a escassez das mesmas e os inúmeros problemas a serem investigados.

A operacionalização do programa de controle da hanseníase requer a formação do enfermeiro com conhecimentos, habilidades e atitudes condizentes a uma prática clínica e gerencial em hanseníase, compatível com as necessidades de saúde do cliente, família e comunidade; requer ainda um programa de educação continuada que renove sua prática com reflexos em seu próprio desempenho, assim como no treinamento e supervisão do pessoal de nível médio e elementar que opera nos serviços básicos de saúde.⁵⁴

Dentro desse contexto, o enfermeiro é o profissional que responde pelas ações de enfermagem e o seu engajamento no trabalho permite compreender melhor as determinações sócio-político-econômicas que interferem no setor saúde, como também assumir um compromisso social, não só em relação à população atendida nos diferentes serviços⁶², mas em especial aos grupos menos favorecidos por políticas sociais, em que se incluem os doentes de hanseníase.

O processo de ensino desenvolvido nas universidades, integrado ou não nos serviços de saúde, é uma realidade, e o aluno que recebe esse ensino nem sempre está consciente da dinâmica exigida para a produção e elaboração do conhecimento, ou seja; que este deve ser

produzido a partir da identificação das necessidades junto à população. Também perde de vista o seu papel enquanto futuro profissional que irá atuar ao lado dessa mesma população.

Por outro lado, o processo de assistência de enfermagem que inclui como elementos relevantes, o enfermeiro, o doente e seus comunicantes e ainda, os fatores inerentes à organização e estrutura dos serviços de saúde que interferem na qualidade da prestação de assistência, vem passando por um momento de mudanças e de indefinição quanto à adoção de medidas que efetivamente implantem os princípios preconizados pela Reforma Sanitária.

Dentro dessa abordagem, este trabalho se destina a analisar a formação universitária do enfermeiro no que se refere à hanseníase, e a incorporação desse conhecimento em relação à prática desse profissional junto ao Programa de Controle da Hanseníase no Estado de São Paulo, e dessa forma contribuir para uma reflexão sobre o papel do enfermeiro nos órgãos formadores e nos serviços de saúde ambulatoriais da rede pública, na área de hanseníase.

2. OBJETIVOS

Por sentir a importância de um estudo sobre a formação do enfermeiro e o desenvolvimento de sua prática na área de hanseníase, é que esta pesquisa foi proposta. Para tanto teve-se em vista os seguintes objetivos:

- identificar as características do ensino da hanseníase nos Cursos de Graduação em Enfermagem do Estado de São Paulo;
- caracterizar a prática do enfermeiro junto ao Programa de Controle da Hanseníase, nas unidades ambulatoriais da rede de serviços públicos de saúde do Estado de São Paulo;
- analisar a relação existente entre as características do ensino da hanseníase e a prática do enfermeiro junto ao programa de controle da doença.

3. MATERIAL E MÉTODO

3.1- Local de Estudo

O presente estudo foi desenvolvido junto a dois tipos de instituições do Estado de São Paulo:

- Instituições de Ensino Superior que oferecem Cursos de Graduação em Enfermagem;
- as unidades de saúde ambulatoriais da rede de serviços públicos de saúde que desenvolviam ages do PCH.

3.2- População

A população estudada compreendeu os profissionais enfermeiros que atuavam junto às instituições acima identificadas, caracterizando dois grupos:

- os professores dos Cursos de Graduação em Enfermagem do ciclo profissionalizante, responsáveis pelo ensino do tema hanseníase. Para facilitar a apresentação dos dados, esses profissionais, que eram também enfermeiros, serão denominados docentes;
- os enfermeiros que atuavam- nas unidades de 'saúde ambulatoriais da rede de serviços públicos de saúde Junto ao PCH.

3.3- Instrumento

Para o desenvolvimento da presente pesquisa foram

utilizados dois instrumentos:

- questionário destinado ao grupo de docentes; (Anexo 1)
- questionário remetido ao grupo de enfermeiros. (Anexo 2)

Embora sejam dois instrumentos, os mesmos apresentam características semelhantes, com três partes cada um. A primeira, com os dados de identificação, e a parte destinada as questões do Programa de Controle de Hanseníase são comuns às duas populações estudadas. No instrumento dos docentes consta um outro item que investiga o ensino de hanseníase e a assistência de enfermagem ao hanseniano. No dos enfermeiros, a terceira parte se refere à participação dos mesmos no PCH. Para maiores detalhes consultar os anexos 1 e 2.

Considerando que a população estudada no grupo de docentes era relativamente pequena, optou-se pela elaboração do instrumento com questões abertas; para os enfermeiros o questionário continha questões abertas e fechadas.

O instrumento foi previamente testado junto aos dois grupos da população em estudo visando ao aperfeiçoamento do mesmo, de forma a facilitar a consecução AOs objetivos propostos.

3.4- Procedimento

Para o levantamento de dados junto aos docentes obteve-se a listagem de todas as Instituições de Ensino Superior com Cursos de Graduação em Enfermagem no Estado

de São Paulo junto a Secretaria Nacional de Ensino Superior do Ministério da Educação e Cultura com a data de início de funcionamento. Isso permitiu identificar aqueles cursos que apresentavam turmas cursando o ciclo profissionalizante, ou seja, a partir do terceiro semestre letivo, e que passaram a constituir o grupo em estudo.

Identificados os cursos, foram enviados para cada um deles, via correio, três conjuntos do material a ser entregue ao professor responsável pelo ensino da hanseníase, ou seja uma carta explicitando o objetivo da pesquisa, o instrumento e um envelope identificado e selado para a remessa do questionário respondido. Os dados foram obtidos nos meses de junho e julho de 1989.

O procedimento adotado na identificação dos enfermeiros deu-se em duas etapas: na primeira foram identificadas as unidades de saúde ambulatoriais da rede de serviços públicos que desenvolviam o Programa de Controle da Hanseníase, através de dados obtidos no Catálogo Geral de Unidades e junto ao Núcleo de Informação e Vigilância Epidemiológica do Centro de Vigilância Epidemiológica, ambos da SES; na segunda etapa identificaram-se os enfermeiros na listagem geral fornecida pelo Departamento de Recursos Humanos da mesma Secretaria e que estavam alocados nas unidades de saúde acima referidas.

O material destinado aos enfermeiros – semelhante ao dos docentes – foi entregue pessoalmente ao representante de todos os ERSAs do Estado que se encontrava presente no 1º Encontro Estadual para Avaliação do Programa de Controle de Hanseníase promovido pela SES. Esse levantamento de dados junto aos enfermeiros

desenvolveu-se no período de junho a agosto de 1989.

Várias questões dos instrumentos de pesquisa permitiram respostas múltiplas e os resultados foram agrupados por semelhança, de acordo com o critério estabelecido pelo próprio autor, sendo portanto a somatória das respostas superior ao do número de docentes/enfermeiros.

3.5- Processamento dos Dados

Os dados obtidos do primeiro grupo da população em estudo – docentes – (n = 19 docentes) foram processados manualmente, sendo inicialmente transcritas as respostas para posterior categorização dos mesmos.

As informações do grupo dos enfermeiros (n = 224 enfermeiros) foram codificadas para que a tabulação fosse feita através de computador.

A seguir, estruturaram-se as tabelas que permitiram uma análise descritiva e analítica das informações obtidas.

Omitiu-se o local e a data do levantamento dos dados nos títulos das tabelas, pois todas as informações são oriundas do mesmo período e local previstos no desenrolar desta pesquisa.

4. RESULTADOS E DISCUSSAO

4.1. Caracterização da População em Estudo

4.1.1. Caracterização dos Cursos de Graduação em Enfermagem e dos docentes envolvidos com o ensino da hanseníase

A distribuição geral dos Cursos de Graduação em Enfermagem no Estado de São Paulo apresenta um equilíbrio entre as diferentes Coordenações de Regiões de Saúde do interior, porém com uma maior concentração dos mesmos na Coordenação Regional 1 que corresponde a Região Metropolitana da Grande São Paulo, conforme dados constantes na Figura 2.

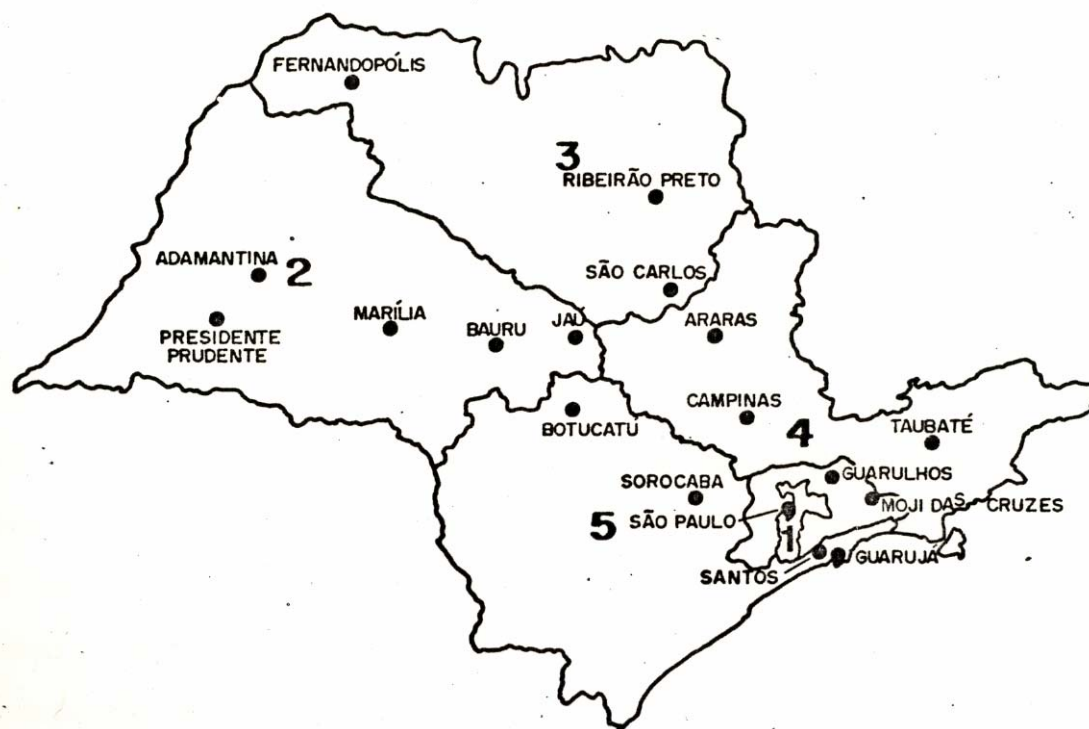


Figura 2. Distribuição dos Cursos de Graduação em Enfermagem, segundo sua localização nas cidades e nas Coordenações de Regiões de Saúde do Estado de São Paulo. abril, 1989.

No ano de 1989, em que foi realizado o levantamento para este Estudo, o Estado de São Paulo contava com 26 Cursos de Graduação em Enfermagem, sendo que 17 localizavam no interior do Estado e os demais (9) na capital e Grande São Paulo. Na cidade de São Paulo existiam seis cursos em funcionamento.

Dos 26 Cursos de Graduação, 2 haviam iniciado seu funcionamento no mesmo ano deste levantamento de dados, estando portanto com sua primeira turma cursando disciplinas do ciclo básico e, dessa forma, não foram incluídos na população estudada. Dentre os estudados, 8 (33,40%) eram do setor público e 16 (66,60%) do setor privado.

Dos questionários enviados aos 24 Cursos, 66,60% foram devolvidos e respondidos, sendo 6 de cursos públicos e 10 do privados; deste total 13 (81,25%) cursos contavam com apenas um docente envolvido no ensino de hanseníase; nos três restantes (18,75%) os formulários foram respondidos por dois docentes de cada curso. Portanto, a população em estudo constituída por 7 docentes de cursos públicos e 12 de privados.

Todos os profissionais envolvidos (19) no ensino de hanseníase tiveram o Curso de Graduação em Enfermagem como formação básica; em relação ao tempo de conclusão do mesmo, 8 (42,10%) docentes se formaram há menos de 10 anos e 11 (57,90%) há mais de 10 anos, apresentando um tempo médio de conclusão de curso igual a 12,42 anos. Quanto ao tempo de exercício na função docente na área de hanseníase temos 52,63% dos mesmos com menos de 5 anos e o restante (43,37%) com mais de 5 anos, sendo o teto máximo observado de 16 anos (2 docentes). Vale ressaltar que um docente

informou atuar nessa área na prática, há 11 anos, em detrimento do exercício da função docente no campo teórico, ou seja, apenas acompanhava o aluno na atividade prática.

Em relação à capacitação docente através de cursos de pós-graduação *strictu sensus*, obtiveram-se os seguintes dados: 10 docentes tem o curso concluído (sendo iguais os números para as escolas públicas e privadas) e 2 afirmaram estar cursando; não foi possível obter com precisão qual o nível do curso (Mestrado ou Doutorado) dos respondentes. Desses 12 docentes acima citados, 50,00% desenvolveram e/ou desenvolvem suas pesquisas com temas relacionados à questão da hanseníase. Os demais docentes (7), 1 de curso-público e 6 de privado, responderam que não estão vinculados a nenhum programa de pós-graduação.

4.1.2 - Caracterização das unidades ambulatoriais da rede de serviços públicos de saúde e dos enfermeiros que neles atuam junto ao PCH

De acordo com a estrutura administrativa da SES descrita na introdução desse estudo (p.11), optou-se por apresentar na Tabela 1, para melhor visualização das informações obtidas, a distribuição das CRS e seus respectivos ERSAs, para todo o Estado, assim como o número de unidades ambulatoriais de saúde existentes e o número de unidades que desenvolvem ações do Programa de Controle da Hanseníase (PCH). Encontram-se apresentados também nessa Tabela os dados sobre o número de enfermeiros existentes nas unidades de saúde que participam do PCH.

Tabela 1 - Distribuição das Unidades de Saúde e dos Enfermeiros nas unidades com PCH, segundo a CRS e o ERSA a que pertencem.

Coordenações de Regiões de Saúde	Unidades de Saúde				Enfermeiros nas unidades com PCH***	
	Total *	%	com PCH**	%	Nº	%
CRS-1	348	35,30	65	6,59	291	40,70
ERSA-1. Centro	15		5		34	
ERSA-2. Butantã	19		5		26	
ERSA-3. Jabaquara	30		7		27	
ERSA-4. Penha de França	35		4		15	
ERSA-5. Itaquera	34		3		12	
ERSA-6. Mandáqui	21		4		43	
ERSA-7. Nossa Senhora do Ó	32		2		2	
ERSA-8. Santo Amaro	25		9		29	
ERSA-9. Santo André	12		4		23	
ERSA-10. Mauá	23		4		7	
ERSA-11. Osasco	33		3		9	
ERSA-12. Itapevicirica da Serra	13		6		25	
ERSA-13. Mogi das Cruzes	35		3		9	
ERSA-14. Franco da Rocha	9		2		17	
ERSA-15. Guarulhos	12		4		13	
CRS-2	190	19,27	167	16,94	90	12,59
ERSA-16. Adamantina	11		11		4	
ERSA-17. Andradina	11		11		3	
ERSA-18. Araçatuba	26		26		9	
ERSA-20. Assis	13		9		8	
ERSA-23. Bauru	22		18		15	
ERSA-32. Dracena	10		10		3	
ERSA-41. Jau	10		10		8	
ERSA-44. Lins	11		10		5	
ERSA-45. Marília	17		14		11	
ERSA-46. Ourinhos	11		10		8	
ERSA-48. Presidente Prudente	37		27		8	
ERSA-61. Tupa	11		11		8	
CRS-3	200	20,28	172	17,44	109	15,24
ERSA-19. Araraquara	16		16		9	
ERSA-22. Barretos	37		18		8	
ERSA-30. Catanduba	16		15		3	
ERSA-33. Fernandópolis	11		11		5	
ERSA-34. Franca	20		15		8	
ERSA-40. Jales	15		14		5	
ERSA-50. Ribeirão Preto	26		25		35	
ERSA-53. São Carlos	7		7		11	
ERSA-56. São Joaquim da Barra	7		6		3	
ERSA-57. São José do Rio Preto	31		31		13	
ERSA-62. Votuporanga	14		14		9	
CRS-4	141	14,30	122	12,37	123	17,20
ERSA-25. Bragança Paulista	10		8		6	
ERSA-26. Amparo	6		6		6	
ERSA-27. Campinas	22		14		25	
ERSA-28. Mogi-Mirim	12		7		9	
ERSA-29. Caraguatatuba	4		4		5	
ERSA-31. Cruzeiro	7		7		2	
ERSA-35. Guaratinguetã	7		7		9	
ERSA-42. Jundiaí	11		9		6	
ERSA-43. Limeira	8		8		6	
ERSA-47. Piracicaba	10		9		4	
ERSA-51. Rio Claro	8		7		5	
ERSA-54. São João da Boa Vista	8		8		9	
ERSA-55. Casa Branca	8		8		5	
ERSA-58. São José dos Campos	9		9		12	
ERSA-60. Taubaté	11		11		14	
CRS-5	107	10,85	91	9,23	102	14,27
ERSA-21. Avaré	18		16		6	
ERSA-24. Botucatu	14		12		9	
ERSA-36. Itapetininga	7		6		4	
ERSA-37. Tatuí	8		6		11	
ERSA-38. Itapeva	6		6		6	
ERSA-39. Capão Bonito	5		5		6	
ERSA-49. Registro	12		12		13	
ERSA-52. Santos	11		11		23	
ERSA-59. Sorocaba	26		17		24	
Total	986	100,00	617	62,57	715	100,00

Fonte: * Catálogo de Unidades - SES - abril/1989

** Relação de Unidades com Programa de Controle da Hanseníase - Núcleo de Informação em Vigilância Epidemiológica - SES - 14/04/1989

*** Relação nominal/local de trabalho dos enfermeiros - Departamento de Recursos Humanos - SES - 20/04/1989

Dos dados apresentados na referida Tabela verifica-se que na CRS-1 está concentrado o maior número (348) de unidades de saúde (35,30%); esta é, entretanto, a que apresenta proporcionalmente o menor número (65) de unidades que realizam ações do Programa de Controle da Hanseníase, sendo a proporção de 5,3 unidades de saúde para 1 unidade de saúde com programa. Nas demais CRS, a proporção cai para 1,1:1,0, sendo que no total geral do Estado a proporção é de 1,6 unidades de saúde para 1,0 unidade com Programa de Controle, segundo as informações oficiais obtidas junto aos órgãos competentes da SES.

NEMES⁶² refere-se a esta situação afirmando que:

"Quanto à extensão do SPCH para todas as unidades, não se encontrou na Secretaria dados consolidados ou relatórios que possam indicar precisamente o ritmo da descentralização, porque o número de unidades com SPCH não fazia parte da rotina de coleta ou consolidação de dados. (...) em 1979 mais da metade das unidades já contava com atendimento a doentes de hanseníase... A evolução dos dados até 1983 mostra diminuição da proporção de unidades com SPCH porque houve um aumento do número total de unidades enquanto o número de unidades com SPCH aumentou lentamente".

O levantamento realizado pelo Centro de Vigilância Epidemiológica no ano de 1986 mostrou um aumento das unidades com programa de hanseníase com referência ao levantamento realizado por NEMES até 1983. As unidades com o subprograma passam de 549 (em 83) para 562 (em 86), sendo o aumento mais importante na Grande São Paulo que passa de 41 unidades (em 83) para 53 (em 86)⁶³.

Nesse Estudo (1989) verificou-se que no Estado 'de São Paulo existem 617 unidades de saúde com programa de hanseníase, o que corresponde a um, aumento. de 8,92% em relação aos dados obtidos em 1986.

Em relação aos enfermeiros lotados nas unidades de saúde com PCH, a proporção global desse profissional para o Estado em relação a unidades com PCH é de 1,1 enfermeiro para 1,0 unidade de saúde. A CRS-1 é a que apresenta maior concentração de enfermeiros nas unidades com PCH sendo a proporção de 4,4:1,0; nas demais coordenações, essa proporção varia de 0,5:1,0 a 1,1:1,0.

E interessante ressaltar que a CRS-1 apresenta a menor porcentagem de unidades de saúde com PCH do Estado (6,59%), entretanto é a que apresenta maior proporção de enfermeiros lotados nas unidades de saúde que atendem a esse programa (4,4:1,0).

Após a caracterização geral do número de unidades e de enfermeiros por ERSA e suas respectivas Coordenações, passa-se, a partir de agora, ao tratamento dos dados relativos ao levantamento inerentes a esta pesquisa.

Dos 715 questionários enviados, 251 (35,10%) foram devolvidos à pesquisadora. Encontrando-se os mesmos respondidos, na sua grande maioria, com subsídios importantes à análise proposta nesta pesquisa, aceitou-se trabalhar com essa porcentagem recebida.

A porcentagem de questionários respondidos e devolvidos em relação aos enviados, variou de 23,02% na CRS-1 a 52,29% na CRS-3; com valores intermediários para as demais, sendo de 36,58% para as CRS-4, de 42,15% para a CRS-5 e de 43,33% para a CRS-2; verifica-se portanto que apesar da maior concentração de enfermeiros, ocorrer na

conforme dados que constam da Tabela 1, essa foi a região que apresentou a menor porcentagem de devolução do instrumento de pesquisa (23,02%).

A totalidade dos instrumentos de pesquisa devolvidos (251) foi submetida à análise, o que levou esta pesquisadora a aceitar 224 questionários (89,24%); a anular 6 (2,39%) por terem sido respondidos por outras categorias profissionais que também atuavam na área e os 21 restantes (8,37%) que foram devolvidos sem respostas devido ao fato de o funcionário não pertencer mais à unidade e/ou estar de licença ou férias. Portanto, a população desse grupo em estudo passa a ser de 224.

A implantação do SUDS e o conseqüente processo de Municipalização "conduziram à unificação das instituições públicas, o que modificou de forma rápida e intensa o panorama das unidades prestadoras de serviços de saúde no Estado de São Paulo. Dessa forma o local de trabalho pesquisado refere-se ao momento anterior à reclassificação das unidades adotada pela SES*, e a terminologia utilizada na análise corresponde àquela obtida na época do levantamento.

Os Centros de Saúde I constituíam-se em unidades de maior complexidade, capacitadas para executar todas as atividades previstas nas programações de saúde e de saneamento, incluindo as várias áreas especializadas e dar cobertura total a outros Centros de Saúde; o Centro de Saúde II, capacitado para executar todas as atividades

* A respeito ver:

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE/CADAIS. **SUDS-SP: reclassificação das unidades**. São Paulo, 1990. 10p. (mimeografado)

básicas das programações de saúde e de saneamento e para dar a outras unidades cobertura não especializada. O Centro de Saúde III era capacitado para desenvolver todas as atividades básicas das programações de saúde e saneamento. O Centro de Saúde Escola, geralmente se caracterizava como a unidade tipo I, entretanto estava vinculado, através de Convênio, a uma instituição de ensino da área de saúde, integrando dessa forma o ensino e a assistência.²⁴

Quanto ao local de trabalho, 55,80% dos enfermeiros estavam atuando nos Centros de Saúde, sendo. 21,40% em Centro de Saúde I, 22,80% em Centro de Saúde II, 7,60% em Centro de Saúde III e 4,005 em Centro de Saúde Escola; 32,60% informaram estar trabalhando na sede do ERSA e os demais (11,60%) estavam vinculados a outras Unidades do tipo: Serviço Municipal de Saúde, Posto de Assistência Médica do INAMPS e outros. Este fato revela que o processo de integração vem ocorrendo junto às unidades de saúde das diferentes esferas governamentais.

Esses resultados mostram que a maioria dos enfermeiros (67,40%) trabalha em unidades de saúde a nível local, ou seja, participam na execução dos programas de saúde, o que leva a depreender que esses profissionais tem um papel importante na descentralização do programa de controle, sendo este um dos propósitos fundamentais do processo de municipalização dos serviços de saúde. Observa-se ainda, um número significativo de enfermeiros (32,60%) que afirmou estar trabalhando na sede do ERSA, órgão administrativo e de planejamento da sua região.

Em relação à ocupação de cargos, a distribuição das respostas está apresentada na Tabela 2, onde se

verifica que 75,00% dos enfermeiros informaram ter o cargo de enfermeiro ou enfermeiro chefe. Entretanto, frente aos dados da questão anterior, apenas 67,40% afirmaram estar trabalhando em unidades de saúde. É interessante ressaltar ainda que 24,55% dos enfermeiros ocupam cargos de assistentes de direção, de dirigentes de setor ou ainda como diretor de ERSA. Supõe-se, portanto, que estejam participando de um nível decisório de planejamento no que se refere às questões de saúde de sua região, tendo um importante papel na elaboração do Plano Diretor (instrumento de planejamento) do Município a que pertence a unidade sanitária na qual trabalham, ou ainda da própria região de saúde onde está localizado o ERSA.

Tabela 2 - Distribuição dos enfermeiros segundo o cargo ocupado nos serviços de saúde.

Cargo	Respostas	
	Nº	%
Enfermeiro	90	40,18
Enfermeiro chefe da unidade de saúde	78	34,82
Assistente de direção do ERSA	41	18,30
Diretor da Vigilância Epidemiológica	12	5,36
Diretor de ERSA	2	0,89
Sem resposta	1	0,44
Total	224	100,00

Procurando-se obter informações sobre a formação do enfermeiro, foi-lhe perguntado qual a instituição em que se graduara, sendo que 54,50% dos respondentes são oriundos de escolas públicas, 45,16% de escola privada e 1 (0,40,%) não respondeu à questão.

A distribuição das instituições nas quais os

enfermeiros se graduaram, apresentada na Tabela 3, mostra que 78,10% (175) foram formados em cursos no próprio Estado de São Paulo e que 14,73% informaram ter estudado em instituições de outros estados. Dentre os que cursaram a graduação no Estado de São Paulo, a maior concentração ocorreu na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (12,05%) seguida da Escola Sagrado Coração de Bauru (10,27%), sendo respectivamente uma pública e a outra privada.

Tabela 3 - Distribuição das instituições de ensino em que os enfermeiros pesquisados se graduaram.

Instituições Públicas do Estado de São Paulo	Nº	%
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP	27	12,05
Escola de Enfermagem-USP	20	8,93
Departamento de Enfermagem da Escola Paulista de Medicina	16	7,14
Universidade de Taubaté	11	4,91
Universidade Federal de São Carlos	6	2,68
Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia de Araras	4	1,78
Universidade Estadual de Campinas	3	1,34
Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia de Fernandópolis	2	0,90
Sub-Total	89	39,73
Instituições Privadas do Estado de São Paulo		
Universidade do Sagrado Coração	23	10,27
Pontifícia Universidade Católica de Campinas	14	6,25
Universidade de Mogi das Cruzes	12	5,36
Faculdade Adventista de Enfermagem	8	3,79
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo	6	2,68
Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia de Guarulhos	5	2,23
Faculdade de Medicina de Marília	4	1,78
Universidade do Oeste Paulista	4	1,78
Outras	10	4,46
Sub-Total	86	38,40
Instituições de Outros Estados (públicas e privadas)	33	14,73
Sem Resposta	16	7,14
Total	224	100,00

Quanto ao ano de conclusão do curso de graduação encontrou-se que 1,34% (3) dos enfermeiros se graduou entre os anos de 1943 a 1959; 6,25% (14) entre 1960 e 1969; 25,00% (56) entre 1970 a 1979 e 65,62% (147) .entre 1980 a 1989, constituindo portanto um grupo profissional relativamente novo quanto ao tempo de formado e que atua na rede de unidades de saúde do Estado; apenas 1,79% (4) não respondeu a essa questão.

4.2 - Preparo específico dos docentes e dos enfermeiros que atuam no Programa de Controle da Hanseníase

Esta parte do trabalho engloba tópicos que indicam a condição de preparo tanto dos docentes quanto dos enfermeiros para atuarem no PCH, ou seja, quais as fontes de conhecimento desses profissionais; qual a opinião dos mesmos sobre diferentes questões que envolvem a problemática do controle da endemia assim como do papel do enfermeiro no PCH; qual a conduta a ser adotada em relação a situações vivenciadas nos serviços de saúde junto à clientela atendida na área de hanseníase e ainda em relação a participação do enfermeiro no PCH.

Várias questões dos instrumentos de pesquisa permitiram respostas múltiplas e os resultados, apresentados a seguir, foram agrupados por semelhança, de acordo com o critério estabelecido pelo próprio autor, sendo, portanto a somatória das respostas superior à do número de docentes/enfermeiros.

4.2.1- Fontes de conhecimento sobre hanseníase dos docentes e dos enfermeiros

Procurando-se obter informações sobre o preparo do docente, foi perguntado qual a fonte originária dos conhecimentos que possuía a respeito da hanseníase; os dados obtidos encontram-se na Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição das respostas dos docentes sobre a fonte de conhecimento em hanseníase, segundo a instituição em que trabalha.

Fonte de Conhecimento	Instituição				Total	
	Pública		Privada		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Curso de Graduação	2	4,54	4	9,09	6	13,63
Habilitação e Pós-Graduação <i>Lato sensu</i> e <i>Strictu sensu</i>	4	9,09	3	6,82	7	15,91
Treinamento específico	3	6,82	2	4,54	5	11,36
Auto-didata/Local de estágio	9	20,45	17	38,63	26	59,09
Total	18	40,91	26	59,09	44	100,00

Observa-se na distribuição dos dados da Tabela 4 que a aprendizagem realizada através do método "auto-didata" pelo qual o Profissional busca novos conhecimentos por interesse próprio e o local de estágio como campo de prática contribuíram com 59,09% das respostas dos docentes, seguidos dos cursos de habilitação e Pós-Graduação *Lato sensu* e *Strictu sensu* com 15,91%. Os cursos de graduação têm uma concentração de 13,63% das respostas, enquanto contribuição para a aquisição de novos conhecimentos em hanseníase; o treinamento específico aparece em último lugar no elenco de respostas, com 11,36% dos mesmos.

Quando perguntado onde o enfermeiro adquiriu os

conhecimentos que possui a respeito da hanseníase, o mesmo respondeu de acordo com os dados da Tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição das respostas dos enfermeiros segundo a fonte de conhecimento sobre hanseníase.

Fonte de Conhecimento	Respostas	
	Nº	%
Curso de Graduação	106	23,61
Habilitação e Pós-Graduação <i>latu sensu</i> e <i>strictu sensu</i>	50	11,13
Treínamento específico	135	30,06
Local de trabalho	158	35,19
Total	449	100,00

Observa-se nos dados apresentados na Tabela 5 que o treinamento específico e a aprendizagem no próprio local de trabalho são responsáveis pela aquisição de conhecimentos por parte de 65,26% das respostas emitidas pelos enfermeiros. O ensino da graduação contribuiu com 23,61% das respostas e os cursos de habilitação e pós-graduação *Lato sensu* e *Strict sensu* com apenas 11,13%.

Dos dados dos dois grupos em estudo constata-se que a fonte de conhecimento que apresenta maior freqüência de utilização - local de estágio (para docentes) e local de trabalho (para enfermeiros) - é comum para ambos. Por outro lado o treinamento específico, que faz parte do programa de educação continuada pelos serviços de saúde, referenciado em maior porcentagem no grupo dos enfermeiros. O curso de graduação conta com uma porcentagem maior no grupo dos enfermeiros do que no de docentes; isso talvez possa ser explicado, em parte, pelo

fato de que 42,10% dos docentes concluíram seus cursos de graduação há menos de 10 anos ao passo que uma porcentagem maior de enfermeiros (65,62%) os concluiu na década de 80. O enfoque desse conteúdo provavelmente tenha sido maior nesses anos mais recentes, o que reforça a maior concentração de respostas para esse último grupo estudado.

4.2.2 - Opinião dos docentes e dos enfermeiros sobre o controle da endemia

Caracterizada a fonte de conhecimento que os profissionais possuem para o desenvolvimento de sua prática, apresentam-se a seguir os dados relativos as questões específicas sobre o controle da endemia.

Quanto ao conhecimento sobre a tendência atual da endemia hansenica na região, 10 docentes informaram que a mesma apresenta um aumento da incidência. Deste total, 1 afirmou que está com tendência estável, 2 não responderam a essa questão e 6 informaram desconhecer esse dado, conforme observa-se na Tabela 6. É interessante ressaltar que dentre os docentes que afirmaram desconhecer a situação, as justificativas são do seguinte tipo: a falta de atuação direta no programa; não estar supervisionando estágio há alguns anos; não trabalha no ERSA e considera que a unidade em que atua não reflete a situação da região.

Em relação aos enfermeiros, os dados mostram que 142 (58,44%) afirmaram estar ocorrendo um aumento do número de casos; 56 (23,04%) informaram que a endemia se encontra estável e apenas 1,65% responde que está

diminuindo; entretanto em 6,58% de respostas os enfermeiros afirmaram desconhecer a situação endêmica da doença.

Tabela 6 - Distribuição das respostas dos docentes e enfermeiros sobre a tendência da endemia hanseníaca na sua região.

Tendência	Docentes		Enfermeiros		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
aumento	10	4,11	142	58,44	152	62,55
estabilidade	1	0,41	56	23,94	57	23,45
diminuição	-	-	4	1,65	4	1,65
desconhece	6	2,47	16	6,58	22	9,05
sem resposta	2	0,82	6	2,47	8	3,29
Total	19	7,82	224	92,18	243	100,00

A análise da tendência da endemia nas diversas CRS do Estado de São Paulo mostra uma variação bastante grande dos indicadores conforme os dados apresentados na Tabela 7, onde os mesmos se mantêm em níveis inferiores na CRS-1 e CRS-5, o que pode indicar tanto uma diminuição da capacidade de detecção dos sistemas regionais de saúde quanto um melhor controle da endemia.

O coeficiente de detecção utilizado na avaliação epidemiológica e operacional da hanseníase constitui-se em um indicador de grande utilidade na análise da tendência da endemia. Dependendo dos valores encontrados, este indicador pode refletir uma situação de baixa detecção (<2,0/100.000 hab.), média (2,0 10,0/100.000 hab.) ou alta (>10,0/100.000 hab.).

Tabela 7 - Coeficientes de detecção de casos novos de hanseníase, por CRS, Estado de São Paulo. Taxa por 100.000 hab.

CRS	Coeficiente de Detecção		
	1986	1987	1988
1	4,14	4,40	5,26
2	16,90	13,07	21,63
3	12,98	16,12	20,53
4	15,17	15,10	14,57
5	7,78	9,15	11,15
Estado	8,56	8,80	10,59

Fonte: Centro de Vigilância Epidemiológica.

Cabe aqui alguns comentários sobre uma das questões incluídas no instrumento, que se refere ao tratamento da hanseníase através da poliquimioterapia.

Um dos fatores que tem contribuído para a manutenção e ou agravamento da situação epidemiológica é a resistência aos medicamentos. O Comitê de Peritos da OMS em Hanseníase⁷⁰ afirma que existe ampla evidência de que o surgimento da resistência secundária do *M. leprae* à dapsona é um fenômeno mundial e que em algumas regimes afeta até 40% dos pacientes multibacilares tratados.

Em vista do problema da resistência aos medicamentos e a necessidade de introduzir regimes mais eficazes e factíveis de duração definida, o Grupo de Estudos da OMS. sobre Quimioterapia da Hanseníase para os Programas de Luta, recomendou no ano de 1981 novos esquemas padronizados, amplamente aceitos como tratamento mínimo necessário nos programas de controle.⁷²

No ano do levantamento de dados desta pesquisa, 1989, o esquema Terapêutico era normatizado pela Portaria n4 1 de 31/8/88 da DNDS57 e dizia que "os esquemas de

poliquimioterapia propostos pela OMS só deverão entrar em fase de expansão nas Unidades Federadas após estudos de factibilidade monitorizada em unidades-piloto". Hoje a mesma se encontra revogada e a Portaria nº 1 de 7/11/89, publicada no Diário Oficial em 03/1/90 já reflete um novo quadro em relação à implantação da PQT⁵⁸:

"Os esquemas de poliquimioterapia com três drogas, recomendados pela Organização Mundial de Saúde em 1981, e que já estão em fase de expansão gradual no* país devem se constituir em esquema nacional em 1991. Nas regiões de maior gravidade da endemia (Norte, Centro-Oeste e Nordeste) estes já deverão ser os esquemas prioritários em 1990".

Procurando detectar o quanto está difundido o conhecimento do esquema terapêutico da poliquimioterapia junto aos docentes e enfermeiros das unidades de saúde, foi perguntado quais suas opiniões sobre o mesmo. Obtiveram-se respostas de 8 (42,10%) docentes com relatos de que o mesmo se mostra eficaz², necessitando, entretanto, de um acompanhamento especial na sua implantação e seguimento; 4 (21,05%) consideraram ser de difícil aplicação; outros 2 responderam que exige um preparo especial do profissional e 1 afirmou ser o mesmo muito longo e apresentar muitos efeitos colaterais; 2 declararam desconhecer esse tipo de tratamento e 2 não responderam à questão. Em relação aos enfermeiros, os dados obtidos mostram que 37,80% afirmaram desconhecer o tratamento atual, 31,70% que o mesmo é eficaz, 20,10% afirmaram ser de fácil aplicação e 14,30% responderam que esse

tratamento é de difícil aplicação; 4,50% dos enfermeiros não responderam à essa questão.

O sexto informe do Comitê de Peritos da OMS em Hanseníase" comenta que:

"A maioria dos países endêmicos tem. aceito e introduzido, ou estio em vias de introduzir estes esquemas multimedamentosos. Em geral, em todos os programas nacionais os pacientes tem demonstrada aceitação e tolerância satisfatória para com estes esquemas padronizados. A continuidade do tratamento tem sido excelente, e os efeitos secundários... não tem sido um problema importante. Do ponto de vista operativo, estes esquemas tem demonstrado ser factíveis em uma variedade de países em diferentes programas".

Os dados da literatura e os obtidos no presente Estudo deixam transparecer um grande distanciamento entre o saber científico do Comitê de Peritos, e o conhecimento dos enfermeiros que trabalham nas unidades de saúde e dos docentes dos cursos de Graduação em Enfermagem no Estado de São Paulo. Esse distanciamento provavelmente se dá em função do repasse das informações científicas ocorridas nessa área através da divulgação de documentos oficiais, assim como pela não experiência teórica e/ou prática desenvolvida por esses profissionais, visto que os treinamentos específicos sobre PQT realizados pela Secretaria de Estado da , Saúde são dirigidos prioritariamente pelo profissional médico. Contudo o Manual de normas e procedimentos para implantação de

esquemas multidrogas (OMS) do MS/DNDS⁵⁶ define como sendo atribuições do enfermeiro as seguintes:

- "supervisionar o tratamento dos doentes;
- detecção de deformidades;
- identificar as queixas e ocorrências dos pacientes relativos ao novo regime terapêutico;
- reconhecer e classificar as intercorrências, especialmente os efeitos colaterais dos medicamentos e informar ao médico;
- planejar os cuidados apropriados aos pacientes em reação;
- educar o paciente sobre a importância de tomar regularmente os medicamentos e sobre seus possíveis efeitos colaterais;
- supervisão e treinamento de pessoal auxiliar;
- supervisão e preenchimento. do registro diário de atividades".

Portanto, verifica-se a importância da presença do enfermeiro com vistas a aumentar a efetividade do esquema terapêutico da PQT, assim como para o seu aprimoramento no plano operacional. Para que isso ocorra faz-se necessário a adoção de novas medidas de trabalho, de forma a contar mais efetivamente com a contribuição desse profissional nas atividades de controle.

A aplicação do tratamento constitui-se em uma das atividades fundamentais na política atual de controle que vem sendo adotada pelos serviços de saúde, especialmente devido à inexistência de outros recursos técnico-científicos que permitam romper, de forma efetiva e a curto prazo, a cadeia epidemiológica da doença para

alcançar um real controle da endemia.

Além desses aspectos outros dados que podem contribuir na identificação da assistência ao hanseniano foram investigados. Procurou-se conhecer a opinião dos docentes sobre as características do atendimento ao hanseniano no serviço em que atuam durante as atividades de estágio; 7 (36,84%) deles relataram que, de forma geral, o atendimento é bom por ser um centro de referência na área, por contar com pessoal preparado e ainda por ter a oportunidade de estagiar em hospital especializado;

Outros 7 (36,84%) registraram como sendo regular devido à falta de recursos, à questão social que envolve a doença e ainda à pouca orientação que os profissionais prestam à clientela da área; 3 docentes citaram que o atendimento é ruim e o relacionaram à falta de recursos humanos e materiais; outros 2 alegaram não ter subsídios para responder a essa questão, visto que participam apenas do ensino teórico, não vivenciando a prática no serviço de saúde.

.

Quanto aos enfermeiros, 88 (39,28%) admitem que nos seus locais de trabalho o hanseniano é bem atendido; 96 (42,86%) de forma regular e 19 (8,48%) de forma ruim, o restante dos pesquisados (21 = 9,37%) não respondeu a esse item.

Nessa questão, as justificativas emitidas para as respostas foram as seguintes: 10 (4,46%) afirmaram que o atendimento é realizado através de um seguimento eficiente dos casos e com diagnóstico precoce; 21 (9,37%) informaram que o mesmo é feito com um seguimento deficitário; 67 (29,91%) apresentaram as condições de trabalho (espaço físico, falta de medicamentos, falta de transporte,

atendimento inadequado pelos profissionais e falta de compromisso dos profissionais) como fatores que interferem de forma negativa na qualidade do atendimento prestado ao cliente; essa questão não foi respondida por 41 (18,30%) dos enfermeiros. Os dados sobre a qualidade do atendimento e sua justificativa encontram-se apresentados na Tabela 8.

Tabela 8 - Distribuição das respostas sobre a qualidade do atendimento na opinião dos enfermeiros e suas justificativas.

Qualidade do Atendimento	Justificativa					Total	
	Seguimento eficiente	Seguimento deficiente	Condições de trabalho	Desconhece	Não respondeu	Nº	%
ótimo	1	0	4	0	2	7	3,12
bom	9	1	31	20	20	81	36,16
regular	0	16	27	40	13	96	42,86
ruim	0	4	5	9	1	19	8,48
não respondeu	0	0	0	16	5	21	9,37
Total	10 (4,46%)	21 (9,37%)	67 (29,91%)	85 (37,94%)	41 (18,30%)	224	100,00

Verifica-se nos dados da Tabela 8 que daqueles que responderam que o atendimento é bom (36,16%), 20 não justificaram, 31 o fizeram atribuindo-o às condições de trabalho como favorecedoras desse tipo de atendimento e 20 desconhecem o que contribui para a qualidade do mesmo; dos que responderam que o atendimento se dá de forma regular (42,86%), 27 justificaram que isso se deve às condições de trabalho, 16 afirmaram que o atendimento ocorre de forma não se ter um seguimento efetivo dos casos, 13 não responderam e 40 informaram desconhecer a justificativa para esse tipo de atendimento.

Partindo-se da premissa de que uma maior integração do programa conduz a uma crescente cobertura da

população, procurou-se conhecer a opinião dos docentes e dos enfermeiros em relação à esse item. Os primeiros a categorizaram da seguinte forma: boa (26,31%); inadequada (21,05%); ruim (26,31%); 2 docentes não responderam à questão e outros 3 afirmaram desconhece-la. Dentre os enfermeiros, 29,02% dos respondentes afirmaram que a mesma é adequada e 54,46% que é inadequada; 9,82% afirmaram desconhecer e 6,70% o responderam a essa questão.

Na tentativa de buscar uma justificativa para a magnitude da cobertura dos serviços segundo a visão do enfermeiro, elaborou-se uma questão, específica. Dentre os respondentes, 21,88% afirmaram que a falta de profissionais habilitados para o atendimento e a fase de reestruturação dos serviços contribuem para uma cobertura inadequada, o que é reforçado pela resposta de 20,53% dos , enfermeiros que destacaram como justificativa a falha no controle e na busca ativa dos casos; outros 5,36% afirmaram que essa deficiência se deve à falta de programa de educação eficiente junto à população; assim como os demais 9,38% (21) que afirmaram que a cobertura é adequada visto que existe o seguimento dos casos registrados e uma maior atenção à descoberta de casos novos; 39,73% dos enfermeiros não responderam a esse item. A Tabela 9 apresenta os dados acima descritos.

Tabela 9 - Distribuição das respostas dos enfermeiros em relação à cobertura dos serviços à população e sua justificativa.

Cobertura	Justificativa						Total	
	Falta de profissionais	Seguimento deficiente	Seguimento eficiente	Falta programa educativo	Outros	Não respondeu	Nº	%
adequada	3	9	21	1	2	29	65	29,02
inadequada	46	37	0	10	3	26	122	54,46
desconhece	0	0	0	1	2	19	22	9,82
não respondeu	0	0	0	0	0	15	15	6,70
Total	49(21,88%)	46(20,53%)	21(9,38%)	12(5,36%)	7(3,12%)	89(39,73%)	224	100,00

No documento "Diretrizes e Estratégias para o Programa de Controle da Hanseníase no Estado de São Paulo"97 o GEPRO de Hanseníase descreve a situação de controle da endemia no Estado no ano de 1987, destacando que:

"A precária cobertura e resolutividade dos serviços de saúde para hanseníase, além da falta de pessoal treinado e o inadequado suprimento de medicamentos, mantém uma realidade nacional de baixo grau de controle da endemia...".

Obviamente o dado concreto e real da cobertura dos serviços de saúde onde esses profissionais atuam precisa ser investigado em função do alcance da meta final de cobertura determinado pela oferta de serviços de que a rede de saúde dispõe, assim como pela demanda existente para com os mesmos. O que se verifica é que os registros existentes nos serviços de saúde incluem somente os dados da demanda atendida, deixando de lado as informações acerca da demanda institucional reprimida. Em suma, de uma

forma geral, desconhece-se a cobertura real em saúde.⁷⁵

A percepção dessa situação por parte do enfermeiro e do docente é importante na medida em que, como profissional atuante ou ainda em formação, este seja capaz de detectar o alcance das propostas dos serviços de saúde junto à população.

Por outro lado, a estratégia de integração das atividades de controle ao sistema de serviço de saúde, não tem atingido um desenvolvimento operacional satisfatório. Dessa forma investigou-se junto aos docentes se o setor público estadual deve ou não ter o "monopólio" do controle da hanseníase. A época do levantamento de dados, o "monopólio" do setor público estadual estava presente no PCH, entretanto, com a implantação do SUDS essa situação vem sendo alterada, o que permite uma abertura à participação no programa, através da integração com outras instituições públicas e ou privadas.

As respostas obtidas à essa questão foram: 15 (78,95%) docentes responderam positivamente, 3 (15,79%) negativamente e 1 informa não ter condições de emitir opinião. Em relação aos primeiros destacam-se as seguintes justificativas: o serviço público deve ter o controle (9 respostas) "se houver uma política governamental para esse fim"; "com um serviço mais organizado"; e "com melhor preparo dos profissionais".

Outros três docentes responderam que o setor privado não está motivado para a prevenção e educação em saúde. Os motivos das respostas negativas, dizem respeito mais à questão social, como por exemplo: "o indivíduo deve ter o direito de livre escolha"; "saúde não é monopólio estatal"; "a assistência à saúde no país na grande maioria

é privada, e a discriminação à hanseníase não traria benefícios".

Quando perguntado se o controle da hanseníase deve ocorrer através do "monopólio" do setor público, 79,00% dos enfermeiros responderam afirmativamente, 18,30% acreditam que não e 2,70% não responderam a esse item.

A justificativa a essa questão, por ter sido formulada de forma aberta, permitiu uma ou mais respostas, que foram categorizadas em quatro áreas, ou seja, fatores que interfeririam na vigilância epidemiológica; no aspecto social, econômico e político; no planejamento e organização do programa de controle e ainda no recurso humano; a distribuição das respostas está apresentada no Quadro 1.

Os dados mostram que 36,43% das respostas consideram que o controle público interferiria na vigilância epidemiológica da doença, sendo que 92 (35,66%) são favoráveis a que continue esse sistema pois assim proporcionaria a centralização do controle epidemiológico (58) e ficaria mais fácil o controle da endemia (28); apenas dois responderam que não deve haver o predomínio do setor público, pois isso contribuiria para a melhoria da vigilância (1) e facilitaria a descoberta de casos novos (1).

Os aspectos socioeconômicos e políticos são apresentados em segundo lugar como justificativa ao "monopólio" pelo setor público, registrando um maior equilíbrio entre as respostas positivas e negativas. As respostas favoráveis a essa predominância do setor público (16,28%) se justificam visto que essa doença se caracteriza por ser um problema de saúde pública e

J u s t i f i c a t i v a *						Total
Tipo de Resposta	Vigilância Epidemiológica	Aspectos Sócio-econômico-políticos	Planejamento e Organização do Programa	Recursos Humanos	Total	
SIM	Centraliza o controle epidemiológico = 58	Problema de saúde pública, responsabilidade do Estado = 25	Centraliza, normatiza e uniformiza as condutas = 19	Possui condições técnicas e pessoal capacitado = 12	201	
	Mais fácil o controle = 28	Doença atinge classe menos favorecida = 8	Já tem infra estrutura = 14	Sector privado des- = 9		
	Maior confiabilidade dos dados = 4	Atendimento deve ser melhorado, não privatizado = 3	Evita abuso na comercialização de drogas = 1	Permite atendimento integral da equipe = 4	77,91	
	Evita subnotificação = 2	Doente não deve ser fonte de lucro = 1	Outros = 5	Aprimora atendimento = 1		
Sub- total	92 35,66	42 16,28	41 15,89	26 10,08	201 77,91	
	Melhora a vigilância epidemiológica = 1	Direito de escolha ao indivíduo = 100	Deve ter o controle, mas não o "monopólio" = 12	Para permitir que outros profissionais conheçam melhor a doença = 5	57	
	Facilita descoberta de casos novos = 1	Socializa as práticas = 5	Permite que mais pessoas se tratem = 4	Desde que o setor privado tenha pessoal capaz e habilitado = 4		
		Reforça o estigma = 5	Sector público é ineficiente = 3	A graduação não prepara o médico para essa prática = 1	22,09	
Sub- total	2 0,77	26 10,08	19 7,36	10 3,88		
Total	94 36,43	68 26,35	60 23,25	36 13,96	258 100,00	

* Manteve-se a mesma terminologia utilizada pelos enfermeiros no instrumento de pesquisa.

Quadro 1 - Distribuição das justificativas das respostas sobre a opinião dos enfermeiros em relação ao "monopólio" do setor público estadual no controle da hanseníase.

portanto responsabilidade do Estado (25); as demais respostas vem reforçar essa primeira: a doença atinge a população de classe de menor renda (8); o atendimento deve ser melhorado e não privatizado (3); e o doente 'não deve ser fonte de lucro (1). As respostas desfavoráveis ao mesmo (10,08%), nessa categoria, são justificadas como forma de permitir o direito à escolha do serviço de saúde pelo próprio indivíduo (10); dessa forma as praticas de saúde seriam socializadas (5); reforçar-se-ia o estigma da e doença (5) e, ainda, pacientes socialmente diferenciados não fazem uso dos serviços públicos (3).

Quanto ao terceiro aspecto, que se refere ao planejamento e organização do programa de controle com 15,89% das respostas, o. predomínio por parte do setor público proporcionaria a centralização, normatização e uniformização de condutas (19); seria melhor, visto que já dispõe de infra-estrutura (14); evitaria abuso na comercialização de drogas específicas (6) e outros (1). Por outro lado, 12 respostas registram que o Estado deve ter o controle, mas não o "monopólio"; dessa forma permitiria que mais pessoas se tratassem (4) e que essa hegemonia não deve ocorrer visto que o setor público é ineficiente (3).

Os recursos humanos foram os fatores que menos influenciaram (13,96%), tanto positiva (10,08%) quanto negativamente (3,88%). Dentre as respostas positivas, os aspectos que mais se destacaram referem-se ao fato de que o setor público possui condições técnicas e pessoal capacitado (12), o que permite o atendimento integral, e equipe (4) e no setor privado 'existe o despreparo de profissionais para atuarem nessa área (9). Das respostas

negativas, cinco afirmam que dessa forma seria possível que outros profissionais pudessem conhecer melhor a doença.

A manutenção do "monopólio" que o nível público estadual vem mantendo no desenvolvimento de ações que visando controle da endemia, constitui-se em dificuldade para a real integração multi institucional do programa. Observa-se nos dados obtidos por NEMES63 que a integração proposta com a rede ,conveniada através da Prefeitura e INAMPS, é insignificante: das 151.441 consultas médicas a doentes de hanseníase em 1986, apenas 608 foram realizadas fora dos centros de saúde estaduais.

Embora mantendo o antigo Subprograma de Controle da Hanseníase como "norma geral ainda vigente", o grupo central de hanseníase iniciou em 1987 a elaboração de novas diretrizes para o controle, baseadas na nova realidade institucional e no modelo assistencial do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde em São Paulo⁶³. Dentre as novas diretrizes destacam-se:

"Através da integração das unidades de saúde do INAMPS e das Prefeituras ao Programa de Controle da Hanseníase pretende-se a extensão de cobertura e uma maior resolutividade do Sistema Técnico de Saúde, desfazendo o atual "monopólio" da rede de unidades de saúde da Secretaria Estadual na atenção aos doentes e aos comunicantes de doentes, tradicionalmente sem acesso ao sistema global de saúde".

Em função dos dados obtidos e da análise das respostas dos sujeitos participantes deste Estudo, há que

se distinguir dois pontos conceituais: o monopólio da assistência e o monopólio do controle, particularmente quando se trata de doença endêmica, como no caso da hanseníase. Nesse sentido, na medida em que o setor público "abre mão" do monopólio da assistência, corre-se o risco de aumentar a deficiência no controle epidemiológico da doença, visto que ainda perduram falhas no sistema. Além disso, a concepção da necessidade da assistência por parte do setor privado, é ainda bastante falha.

No estágio de desenvolvimento em que se encontra o país e o próprio sistema de saúde, o que fundamentalmente precisa ser revisto é a integração das instituições públicas prestadoras de serviços com a descentralização das ações de saúde. Isso deve conduzir a uma redistribuição das atividades a serem desenvolvidas em cada nível de atendimento, diminuindo a participação e a responsabilidade do nível estadual no atendimento a esse programa.

4.2.3 Opinião dos docentes e dos enfermeiros sobre o papel do enfermeiro no Programa de Controle da Hanseníase

A participação do enfermeiro no PCH vem sendo discutida de uma forma mais enfática nos últimos anos, visto que vários trabalhos ^{22,31,41,51,65,78} mostram a relevância da atuação do enfermeiro como um profissional necessário. No entanto, suas funções ainda não estão muito bem esclarecidas frente a proposta de saúde vigente e que norteia as diretrizes do PCH a serem adaptadas nas unidades

de saúde locais.

PEDRAZZANI⁷⁸ afirma que os recursos humanos em enfermagem devem ser encarados como instrumentos sociais de mudança, e com uma qualificação adequada desse pessoal poder-se-ia esperar um trabalho de melhor qualidade. A adequação do papel do enfermeiro nos diferentes níveis de hierarquização visa a contribuir com medidas que conduzam a uma efetiva integração do PCH aos demais programas de saúde desenvolvidos nas unidades.

Como forma de aprofundar os estudos sobre a participação do profissional junto ao PCH, procurou-se conhecer a opinião dos docentes e enfermeiros sobre os aspectos que consideram importantes enquanto atuação dessa categoria profissional. As respostas obtidas constam nas Tabelas 10 e 11.

Tabela 10 - Distribuição das respostas dos docentes sobre os aspectos importantes da atuação do enfermeiro em hanseníase.

Aspectos importantes	Resposta	
	Nº	%
Assistência de Enfermagem		
. Prevenção de incapacidades	10	24,39
. Controle do tratamento	4	9,75
. Consulta de enfermagem	3	7,32
. Controle clínico	1	2,44
. Coleta de material para baciloscopia	1	2,44
. Aplicação e leitura do teste de Mitsuda	1	2,44
Subtotal	20	48,78
Educação em Saúde		
. Prevenção da doença através da orientação individual ou em grupo	3	7,32
. Sem especificar	13	31,70
Subtotal	16	39,02
Vigilância Epidemiológica		
. Visita domiciliária	2	4,88
. Sem especificar	3	7,32
Subtotal	5	12,20
Total	41	100,00

Tabela 11 - Distribuição das respostas dos enfermeiros sobre os aspectos importantes de sua atuação no controle da hanseníase.

Aspectos importantes	Resposta	
	Nº	%
Educação em Saúde		
• Socialização do paciente	53	8,70
• Orientação sobre tratamento	44	7,21
• Orientação sobre a doença	41	6,72
• Orientação à população em geral	16	2,62
• Orientação a grupos específicos	13	2,13
• Orientação para o autocuidado	6	0,98
• Sem especificar	86	14,10
Subtotal	259	42,46
Assistência de Enfermagem		
• Prevenção de incapacidades	132	21,63
• Curativos	26	4,26
• Assistência direta	23	3,77
• Consulta de enfermagem	14	2,30
• Coleta de material para exames	6	0,98
• Assistência integral	2	0,33
• Exame físico geral	2	0,33
Subtotal	205	33,60
Vigilância Epidemiológica		
• Controle de comunicantes	49	8,03
• Visita domiciliária	24	3,93
• Controle da endemia	14	2,30
• Sem especificar	37	6,06
Subtotal	124	20,33
Administração de Serviços		
• Planejamento e Execução de treinamento de pessoal	11	1,80
• Organização	3	0,49
• Supervisão	3	0,49
• Execução	2	0,33
• Avaliação	2	0,33
• Planejamento	1	0,16
Subtotal	22	3,60
Total	610	100,00

Ao se apresentarem as tabelas desse tópico do trabalho, faz-se necessário o esclarecimento de alguns critérios adotados na elaboração das mesmas. Em primeiro lugar teve-se como ponto de partida as informações fornecidas pelos respondentes; em segundo lugar procurou-se buscar um referencial teórico que desse embasamento lógico para a categorização e por último foi

utilizada a experiência e o entendimento da própria autora sobre as respostas, com o objetivo de explicitar o dado obtido e a ser analisado.

Os docentes apontaram aspectos considerados importantes para a atuação do enfermeiro, aspectos estes agrupados nas seguintes categorias: assistência de enfermagem (48,78%), educação em saúde (39,02%) e vigilância epidemiológica (12,20%).

Na categoria assistência de enfermagem, vale ressaltar a atividade de prevenção de incapacidades (PI) apontada como a de primeira importância com 24,39% das respostas emitidas. O fato de ter configurado a PI como uma atividade assistencial se justifica, em primeiro lugar pelo caráter dado às respostas dos professores, assim como pelo referencial teórico demonstrado nos estudos de OLIVEIRA⁶⁵ e CRISTOFOLINI²² e ainda nos documentos oficiais como o Subprograma de Controle da Hanseníase⁹³, o "Guia de Consulta de Enfermagem no Controle de Hanseníase"⁵⁵ e no documento "Capacitação do Instrutor/Supervisor/Enfermeiro na área de controle da hanseníase"⁵⁴. Merece destaque ainda a consideração sobre os componentes educativo, de vigilância e administrativo que estão incorporados na realização da atividade de PI por parte do enfermeiro; não é objetivo deste trabalho querer limitar o caráter -da atividade, apenas se fundamentou de forma a agrupá-la na apresentação dos dados obtidos no presente estudo. Esse mesmo critério foi o adotado para categorização em que aparece esse item nas respostas.

E importante ressaltar o papel do enfermeiro no desenvolvimento das atividades de PI através de técnicas

simples, assim como na capacitação do pessoal auxiliar, através de treinamentos específicos e supervisão freqüente.

Ainda dentro da assistência de enfermagem, destaca-se o desenvolvimento de atividades visando ao seguimento do tratamento (pré e pós-consulta), (9,75%) seguido da consulta de enfermagem com 6,66% das respostas. A educação em saúde, considerada como prática transformadora, deve ser inerente a todas as atividades desenvolvidas por diferentes profissionais da área de controle da hanseníase dadas as relações estabelecidas entre a rede de serviços e os usuários. Entretanto, optou-se por apresentá-la como uma categoria em separado, visto a forma como foram obtidas as respostas, tanto dos docentes quanto dos enfermeiros. Ambos a consideraram como uma atividade-importante a ser desenvolvida na área, sem entretanto especificarem onde a mesma deverá ser incorporada em 31,70% das respostas.

A vigilância epidemiológica foi considerada como uma categoria em separado, dada a forma como os pesquisados a colocaram em suas respostas e o caráter de importância prestado à mesma em documentos oficiais^{57,58,93,98}. Dentro dessa classificação a atividade que se considera importante para esclarecer a sua categorização é a visita domiciliária. Essa atividade sem dúvida possui componentes assistenciais e fundamentalmente educativos além dos de vigilância epidemiológica. Entretanto, as respostas emitidas pelos pesquisados e os documentos oficiais^{57,58,93,98} apontam um privilegiamento do caráter epidemiológico da visita visto que a própria normatização prevê a realização da mesma

para todos os casos novos diagnosticados, assim como em outras situações que visam à melhoria do atendimento e do controle epidemiológico para o caso de doentes e/ou comunicantes faltosos. Esse procedimento foi o mesmo praticado nas demais tabelas onde consta esse tópico.

A integralidade e a humanização do atendimento, referenciadas por quatro docentes e que não foram agrupadas em uma função específica, tornam-se importantes no sentido de se perceber a atuação do enfermeiro como algo em processo, em desenvolvimento, que sofre mudanças de acordo com a questão social e de saúde vigentes no momento, que exige, portanto, habilidades e conhecimentos profissionais que às vezes extrapolam as atividades previstas no PCH para lidar adequadamente com situações que se apresentam cotidianamente no seu trabalho.

Como foi citado anteriormente, na Tabela 11 constam os aspectos importantes da atuação do enfermeiro sob o ponto de vista desse mesmo profissional que atua junto ao PCH.

Os aspectos que os enfermeiros destacaram como os de maior importância na sua atuação em hanseníase foram a educação em saúde com 42,46% das respostas e a assistência de enfermagem com 33,60%; em seguida, aparece a vigilância epidemiológica com 20,33% e a administração de serviços com 3,60%.

Na educação em saúde os destaques foram dados às ações de socialização do paciente (8,70%), de orientação sobre o tratamento (7,21%) e sobre a doença (6,72%) e outros 14,10% não especificaram. Na assistência de enfermagem, assim como os docentes, os enfermeiros apresentaram uma maior porcentagem de respostas (21,63%)

para a PI, seguida de "curativos" com 4,26%. A vigilância epidemiológica seria desenvolvida tendo por finalidade o controle de comunicastes (8,03%); 6.,06% não especificaram o caráter da atuação a ser dado nesse item. A administração 'em serviço aparece com uma maior importância, em relação às respostas emitidas, para o subitem planejamento e execução de treinamento de pessoal (1,80%). Isso pode ser explicado devido à participação mais intensa do enfermeiro na capacitação de outros profissionais.

O trabalho em equipe, citado por três respondentes acrescido da integralidade e humanização do atendimento referido por outros 6 enfermeiros, assim como para os docentes, não foram considerados como áreas de atuação por se tratar de uma forma de trabalho e constituir-se em uma característica que deve ter o atendimento prestado à população, que pode ser aplicável ao exercício das várias funções exercidas por qualquer profissional.

Tendo como referencial os estudos sobre as funções do enfermeiro^{2,71,79} onde PEDRAZZANI⁷⁹ afirma que em seus aspectos gerais os trabalhos de ADAMI² e da OPS⁷¹ coincidem quanto às funções desse profissional, e se deixar de lado a função de assessoria definida por ADAMI² e que pode ser considerada como uma das atividades do enfermeiro vinculada a qualquer uma das outras quatro funções, caracterizando um trabalho multidisciplinar, poder-se-ia sintetizar em quatro, as funções desse profissional de enfermagem: assistência, ensino, administração e pesquisa. A partir desses dados procurou-se identificar, sob o ponto de vista dos docentes

e enfermeiros, qual seria o papel desse profissional junto ao PCH. As informações obtidas dos docentes constam da

Tabela 12.

Tabela 12 - Distribuição das respostas dos docentes sobre o papel do enfermeiro, segundo as áreas de atuação.

Área de atuação	Resposta	
	Nº	%
Educação em Saúde		
. Orientação	8	19,50
. Reintegração do paciente na sociedade e na família	3	7,32
. Divulgação da doença e tratamento	2	4,88
. Sem especificar	2	4,88
Subtotal	15	36,58
Assistência de Enfermagem		
. Prevenção de incapacidades	4	9,75
. Seguimento dos doentes	4	9,75
. Assistência direta	3	7,32
. Consulta de enfermagem	1	2,44
Subtotal	12	29,26
Vigilância Epidemiológica		
. Visita domiciliar	3	7,32
. Sem especificar	6	14,63
Subtotal	9	21,95
Administração de Serviços		
. Planejamento	2	4,88
. Gerenciamento	1	2,44
. Coordenação	1	2,44
. Supervisão	1	2,44
Subtotal	5	12,20
Total	41	100,00

A educação em saúde com 36,58% das respostas e a assistência de enfermagem com 29,26% foram as duas primeiras áreas de atuação relatadas pelos docentes. Em seguida encontra-se a vigilância epidemiológica com 21,95% e a administração de serviços com 12,20% das respostas emitidas.

"O papel do educador em saúde é o ponto de

partida para o controle da doença"; esse relato de um dos docentes descreve a importância que deve ser dada às atividades de educação das quais o enfermeiro participa, acrescido ainda dos 19,50% de respostas emitidas onde o subitem orientação aparece em primeiro lugar nessa categoria; o desenvolvimento de ações educativas visando à reintegração social do doente. foi relatada por 7,32% dos respondentes.

Na área assistencial, a prevenção de incapacidades e o seguimento dos doentes foram as atividades assinaladas com maior frequência (9,75%) pelos docentes; observa-se ainda a assistência direta com 7,32% das respostas e a consulta de enfermagem com 2,44%.

A vigilância epidemiológica foi referida como sendo uma atividade-meio no sentido de conduzir a uma participação mais concreta junto ao PCH de forma a contribuir na descoberta de casos novos e de comunicantes; a visita domiciliária considerada como uma atividade de caráter mais "externo" dentre as demais atividades previstas no PCH foi referida em 7,32% das respostas. Em estudo desenvolvido por ADAMI2 junto a enfermeiras lotadas nos centros de saúde da rede estadual no ano de 1977, verifica-se que, dentre as "outras" funções citadas pelos pesquisados, "apenas a investigação epidemiológica é que poderia caracterizar o exercício de outra função", o que corrobora a categorização apresentada nesta pesquisa, destacando-a das demais funções.

As atividades relacionadas à administração foram apontadas como sendo as de planejamento, gerenciamento, coordenação e supervisão. É interessante destacar o relato de um docente que afirma que "como não se tem enfermeiro

prestando assistência seria importante e necessário que o mesmo possuísse competência administrativa".

Além das áreas de atuação citadas, dois docentes apontaram a necessidade de um trabalho em equipe dentro desse programa, não só com a Enfermagem, mas envolvendo outras categorias profissionais. Um dos docentes pesquisados não respondeu a esse item por "não ter condições de fazê-lo".

Os dados sobre o papel do profissional, obtidos junto aos enfermeiros estão categorizados na Tabela 13. Os mesmos mostram que a assistência de enfermagem (31,31%), a educação em saúde (30,88%) e a administração de serviços (27,22%) apresentam valores bastante próximos enquanto áreas de atuação desse profissional. Em seguida aparece a vigilância epidemiológica com 7,13% das respostas. Doze (2,59%) enfermeiros não responderam a essa questão e 0,86% afirmaram não saber qual o papel desse profissional.

No item assistência de enfermagem, reforçando os dados obtidos nas questões anteriores, a prevenção de incapacidades aparece com a maior porcentagem (12,10%) das respostas dos enfermeiros, seguida da assistência integral/direta com 6,2-6% e da consulta de enfermagem com 3,24%. Na área de educação em saúde o desenvolvimento de campanhas junto à população e a orientação sobre o estigma foram referidos pela mesma proporção (9,50%) de enfermeiros.

O treinamento de pessoal foi apontado em 12,10% das respostas dos enfermeiros, como sendo uma das atividades administrativas de maior relevância junto ao PCH; em seguida encontra-se a supervisão do programa com 5,83%. Na vigilância epidemiológica a atividade mais

referida foi a visita domiciliária (5,83%).

Tabela 13 - Distribuição das respostas dos enfermeiros sobre o papel desse profissional, segundo as áreas de atuação.

Áreas de atuação	Resposta	
	Nº	%
Assistência de Enfermagem		
. Prevenção de incapacidade	56	12,10
. Assistência direta	29	6,26
. Consulta de enfermagem	15	3,24
. Tratamento	11	2,37
. Curativo	7	1,51
. Acompanhamento do paciente	7	1,51
. Coleta material para exame	6	1,30
. Pré e Pós-consulta/Atendimento de enfermagem	5	1,08
. Outros	9	1,94
Subtotal	145	31,31
Educação em Saúde		
. Campanhas junto à população	44	9,50
. Orientação sobre estigma	44	9,50
. Trabalho em grupo	26	5,61
. Sem especificar	29	6,26
Subtotal	143	30,88
Administração de Serviços		
. Planejamento e Execução de treinamento de pessoal	56	12,10
. Supervisão de programa	27	5,83
. Participação no planejamento de ações do PCH	13	2,81
. Supervisão de pessoal auxiliar	9	1,94
. Participação na avaliação	8	1,73
. Participação na elaboração do programa	5	1,08
. Coordenação de atividades dos enfermeiros do PCH	5	1,08
. Sem especificar	3	0,65
Subtotal	126	27,22
Vigilância Epidemiológica		
. Visita domiciliária	27	5,83
. Controle da doença	6	1,30
Subtotal	33	7,13
Não sabe	4	0,86
Sem resposta	12	2,59
Total	463	100,00

Frente aos dados apresentados nesse tópico do trabalho elaborou-se o Quadro 2 onde constam os aspectos importantes da atuação do profissional relatados pelos docentes (Tabela 10) e pelos enfermeiros (Tabela 11),

Aspectos importantes na atuação		Papel do Enfermeiro	
Docentes	Enfermeiros	Docentes	Enfermeiros
. Assistência de enfermagem (48,78%)	. Educação em Saúde (42,46%)	. Educação em Saúde (36,58%)	. Assistência de enfermagem (31,31%)
. Educação em Saúde (39,02%)	. Assistência de enfermagem (33,60%)	. Assistência de enfermagem (29,26%)	. Educação em Saúde (30,88%)
. Vigilância epidemiológica (12,20%)	. Vigilância epidemiológica (20,33%)	. Vigilância epidemiológica (21,95%)	. Administração de Serviços (27,22%)
	. Administração de Serviços (3,60%)	. Administração de Serviços (12,20%)	. Vigilância epidemiológica (7,13%)

Quadro 2 - Distribuição das respostas sobre os aspectos importantes da atuação do enfermeiro (o real), e o papel desse profissional (o ideal) junto ao PCH, segundo a opinião dos docentes e enfermeiros.

assim como o papel desse mesmo profissional sob o ponto de vista dos respondentes (docentes - Tabela 12 e enfermeiros - Tabela 13).

Apesar de a população em estudo não ter sido questionada especificamente sobre o que é real e concreto, assim como o que é ideal na atuação do enfermeiro junto ao PCH, pode-se verificar que os aspectos importantes citados enquadram-se mais na categoria do que é real e aqueles relacionados ao papel desse profissional aproximam-se do ideal da atuação do enfermeiro.

A assistência de enfermagem e a educação em saúde foram às duas funções que mantiveram valores relativamente próximos e com maiores porcentagens de respostas, alternando-se na classificação em primeiro ou segundo lugar em relação as duas questões e nas duas categorias profissionais, características tanto da função assistência quanto da educação (ensino); a assistência de enfermagem, quando é realizada de forma geral, envolve ações educativas e vice-versa, o que torna difícil estabelecer os limites de uma e da outra. Apenas nas respostas dos docentes à questão sobre aspectos importantes na atuação que não foram mencionadas nenhuma atividade de administração de serviços.

Verifica-se também que nenhuma das duas categorias pesquisadas registrou como sendo aspecto importante na atuação ou ainda como fazendo parte do papel do enfermeiro a promoção de pesquisas aplicadas à área de enfermagem e/ou a participação em pesquisas multiprofissionais. Esse fato reforça a condição atual em que se encontra a área de pesquisa dos enfermeiros na hanseníase. Embora exista um vasto campo nessa área a ser

investigado, a pesquisa é muito reduzida.

Frente aos dados obtidos no Quadro 2 é possível concluir que na opinião dos docentes e enfermeiros a função preponderante do profissional nas unidades de saúde, junto ao PCH, é a de educação em saúde seguida da assistência de enfermagem; em terceiro e quarto lugar foram apontadas aquelas relacionadas à vigilância epidemiológica e à administração de serviços. Esse fato talvez possa ser explicado pela política de trabalho que vem sendo adotada pelo SUDS-SP, através do GEPRO de Hanseníase⁴⁰, que tem proporcionado inúmeros treinamentos específicos para diferentes categorias, o que sem dúvida, vem contribuindo para um "despertar" dos profissionais em relação à área de atendimento, assim como abrindo a possibilidade de um atendimento de melhor qualidade à clientela, apontando dessa forma, para uma retomada das funções assistenciais e educativas do enfermeiro que há muito tempo vêm sendo fundamentalmente administrativa.

Esses dados são concordantes com os obtidos por FRANCO³⁴ no estudo sobre a exeqüibilidade das atribuições do enfermeiro de saúde pública; a nível local, em que a função assistencial foi considerada a mais importante por essa categoria profissional.

4.2.4- A prática dos docentes e dos enfermeiros frente a possíveis situações que necessitam de atuação profissional

Com o objetivo de detectar o desempenho do profissional em situações concretas na unidade de saúde,

foram-elaboradas algumas questões para que o professor e o enfermeiro tivessem oportunidade de expor as ações que seriam desenvolvidas frente às mesmas, fornecendo assim subsídios para interpretar o grau de conhecimento dos mesmos frente aos avanços científicos na área e da sua incorporação na atuação profissional.

A primeira situação apresentada aos pesquisados foi a seguinte: a direção de uma empresa descobriu que um, dentre os seus funcionários, faz tratamento de hanseníase no serviço de saúde e solicita informações. As respostas apresentadas revelam uma atuação profissional objetivando o desenvolvimento de ações educativas e foram agrupadas em categorias conforme mostra a Tabela 14. Na categoria docente, um não respondeu a essa questão declarando que não vivencia a prática; dentre os enfermeiros, a mesma foi respondida por 96,87%.

Tabela 14 - Distribuição das respostas dos docentes e enfermeiros na situação "funcionário docente na empresa", segundo as áreas de atuação.

Áreas de atuação	Docentes		Enfermeiros	
	Nº	%	Nº	%
Educação em Saúde				
. Orientar sobre a doença e doente	14	53,85	140	50,36
. Orientar sobre estigma	6	23,08	57	20,50
Fazer campanha educativa				
. na empresa	4	15,38	47	16,91
. com equipe multiprofissional	2	7,69	12	4,32
Não revelaria por questões éticas	-	-	22	7,91
Total	26	100,00	278	100,00

Constata-se que a percepção sobre o problema apresentado e conseqüentemente a definição de como o profissional deveria atuar, mostram-se bastante semelhantes nas duas categorias profissionais pesquisadas.

A atividade de orientação sobre a doença, o doente e o estigma foi referida por 76,98% dos docentes e por 70,86% dos enfermeiros; já a realização de campanha educativa junto ao quadro de funcionários da empresa foi citada em 15,38% das respostas dos docentes e em 16,91% dos enfermeiros; foi também apontado o desenvolvimento do trabalho educativo através da atuação de uma equipe multiprofissional. Na categoria dos enfermeiros observa-se que 7,91% dos mesmos não revelariam devido ao sigilo profissional que deve ser mantido por questões éticas.

A problemática do estigma da doença sem dúvida tem contribuído para aumentar as questões relacionadas à ética profissional. Isso é sabido pelos profissionais, e os estudos^{58,67,70} na área confirmam a necessidade do desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica objetivando o controle da doença. Portanto, todo o empenho dos profissionais voltados apenas para o atendimento do caso, não é suficiente para manter a endemia sob controle ou sequer reduzir seus índices epidemiológicos. Dessa forma são necessárias também as medidas voltadas à vigilância dos contatos, por exemplo o exame dermato-neurológico dos mesmos, a vacinação com BCG a todos os contatos das formas multibacilares (Virchowiana e Dimorfa), independente de, cicatriz vacinal por BCG e idade. Assim sendo, é de fundamental importância o desenvolvimento de um trabalho educativo, envolvendo todos os profissionais que prestam atendimento aos clientes, objetivando a redução e/ou eliminação desse problema social de forma a não criar conflitos para o paciente em relação a sua família, assim como facilitar a realização do trabalho nas unidades de saúde.

Por outro lado, observa-se nas respostas emitidas pelos docentes, uma abertura maior no sentido de facilitar o acesso a informações corretas, não sei sobre o cliente que vem sendo atendido na unidade de saúde, como também sobre a doença. Nessa categoria profissional apenas um docente não respondeu a essa questão declarando que não vivencia a prática.

Dentre as respostas apresentadas pelos enfermeiros foram detectadas algumas informações em que, apesar da atividade educativa proposta estar correta, o conteúdo descrito emite conceitos incorretos que não condizem com a atual política de controle^{43,52,55} que vem sendo adotada.

É importante que se tenha como referência que a prática educativa permite a troca de saberes entre a equipe de saúde e cliente e dessa forma deve incentivar o autoconhecimento do corpo, propiciando a reelaboração de conceitos que facilitem o reconhecimento precoce dos sinais e sintomas da doença. Portanto, a responsabilidade do profissional ao emitir conceitos e/o atender um cliente é grande e sem dúvida irá refletir-se na concepção que o mesmo irá desenvolver sobre o problema em questão.

A segunda situação colocada é a de "um indivíduo que faz tratamento no serviço de saúde, vem apresentando mal perfurante plantar há mais de um mês e solicita o seu apoio". As respostas emitidas tanto pelos docentes como pelos enfermeiros encontram-se categorizadas na Tabela 15. Do primeiro grupo profissional apenas um não respondeu à questão; dentre os enfermeiros, 9 não responderam e 7 informaram não saber qual conduta adotariam junto a essa situação.

Tabela 15 - Distribuição das respostas dos docentes e enfermeiros na situação "indivíduo com mal perfurante plantar", segundo as áreas de atuação.

Áreas de atuação	Docentes		Enfermeiros	
	Nº	%	Nº	%
Educação em Saúde				
. Aplicar medidas preventivas do mal perfurante plantar	16	51,61	165	46,48
. Orientar sobre autocuidado	4	12,90	9	2,53
Assistência de Enfermagem				
. Prestar cuidado direto	6	19,35	89	25,07
Outros				
. Encaminhar para avaliação médica	5	16,13	92	25,91
Total	31	100,00	355	100,00

As respostas apresentadas indicam a realização de atividades educativas em primeiro lugar: a orientação sobre os cuidados preventivos com o mal perfurante plantar aparece em 51,61% e 46,48% das respostas dos docentes e enfermeiros, respectivamente. Entretanto, o desenvolvimento de uma proposta para a concretização do cuidado preventivo que pode ser o autocuidado, foi referido por 12,90% dos docentes e por apenas 2,53% dos enfermeiros. A assistência de enfermagem através do cuidado direto, expresso nas respostas dos pesquisados, traduz um entendimento da questão voltado mais para um caráter curativo no atendimento, visto que não foi explicitado com detalhes a situação. Como entendimento e, portanto, aceito, assim como o encaminhamento do cliente para uma avaliação a ser feita pelo profissional médico.

Essa última conduta relativa ao encaminhamento traduz de uma certa forma a falta de iniciativa que se observa junto ao enfermeiro no sentido de identificar o problema que se apresenta, de elaborar o seu diagnóstico e de propor uma conduta de enfermagem. Essa falta de

iniciativa ou ainda passividade, pode ser traduzida em função da estrutura hierárquica de competência que se coloca em algumas unidades de saúde, onde a autonomia profissional é limitada pela imposição de rotinas previamente estabelecidas.

Além do enfermeiro, que é o profissional da rede de serviços que mais vem sendo preparado para o atendimento. na área de prevenção de incapacidades, e não o médico, existem outros dois profissionais – o fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional – que a cada dia vêm sendo incorporados ao quadro de pessoal para atuarem junto às unidades de saúde e conseqüentemente no PCH no que se refere à prevenção de incapacidades e mais especificamente na reabilitação. Estes profissionais, entretanto, estão sendo subutilizados, talvez por falta de equipamentos e de recursos materiais necessários ao desenvolvimento de suas atividades, além da dificuldade de integração ao PCH.

Os comentários acima registram a realidade que se encontra junto a esses profissionais durante sua atuação. Obviamente existem exceções, mas em principio, esse atendimento deveria se dar por meio de um trabalho em equipe multiprofissional, envolvendo médico, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social, atendente e/ou auxiliar de enfermagem e outras categorias profissionais que o caso venha a exigir 2 importante registrar que, pelo fato de se contar com outros profissionais que vem trabalhando na área, o enfermeiro não deve se eximir da sua responsabilidade e do seu espaço de atuação junto ao PCH.

A terceira e última situação apresentada é que "a

esposa de um doente suspeita que seu marido tenha hanseníase e está preocupada consigo e com seus filhos e procura o serviço de saúde".

Tabela 16 - Distribuição das respostas dos docentes e enfermeiros na situação "esposa supõe que seu marido esteja doente", segundo as áreas de atuação.

Áreas de atuação	Docentes		Enfermeiros	
	Nº	%	Nº	%
Atividades Educativas				
. Orientar sobre a doença	8	21,62	168	35,89
. Orientar sobre aspectos psicológicos e sociais	2	5,40	42	8,97
. Orientar sobre tratamento	2	5,40	27	5,77
. Sem especificar	8	21,62	19	4,06
Subtotal	20	54,05	256	54,69
Atividades de Vigilância Epidemiológica				
. Convocar comunicantes	11	29,73	125	26,71
. Visita domiciliária	-	-	11	2,35
Subtotal	11	29,73	136	29,06
Atividades para Avaliação do Caso				
. Encaminhar para Consulta Médica	2	5,40	65	13,89
. Fazer Consulta de Enfermagem	-	-	4	0,85
. Fazer Exame Clínico	-	-	4	0,85
Subtotal	2	5,40	73	15,59
Outras	4	10,81	3	0,64
Total	37	100,00	468	100,00

Os dados para essa questão foram agrupados segundo as atividades gerais que seriam realizadas, e a categoria profissional docente/enfermeiro. Os mesmos constam da Tabela 16 e mostram que frente a essa situação a conduta a ser tomada envolveria a realização de três atividades básicas. As duas primeiras educativas e de vigilância epidemiológica - apresentaram praticamente a mesma proporção de respostas nas duas categorias profissionais, sendo que na primeira área de atuação predomina a atividade de orientação sobre a doença e na

segunda sobressai a convocação dos comunicantes objetivando o controle epidemiológico da doença.

Dada a forma como a questão foi apresentada, alguns profissionais a interpretaram como sendo ainda uma situação onde o diagnóstico não havia sido confirmado e dessa forma, antes de tomar qualquer medida de esclarecimento em relação à esposa, optaram pela realização de atividade para avaliação do caso a ser feita na maior parte das vezes, pelo médico, o que representou 15,59% das respostas no grupo dos enfermeiros e 5,40% para os docentes.

É interessante ressaltar que sob o ponto de vista de 4 docentes e 21 enfermeiros o enfrentamento dessa situação deveria ser partilhado com o doente (marido) presente durante os esclarecimentos, o que contribuiria para um melhor entendimento do problema, com diminuição do nível de ansiedade que se faz presente nessas situações. Outros cinco enfermeiros citaram que esse trabalho deveria ser desenvolvido por uma equipe multiprofissional, de forma a que a família sentisse o apoio dos profissionais vinculados ao programa e que atuam no serviço com a finalidade de proporcionar um atendimento integral e humanitário à saúde da população.

Essa última questão foi respondida por 92,86% (208) dos enfermeiros e por 94,731 (18) dos docentes.

4.2.5- Participação atual do enfermeiro no Programa de Controle da Hanseníase

Procurando obter informações sobre a participação

do enfermeiro no PCH, foi perguntado se o mesmo está participando efetivamente do programa nesse Estado. Apenas 60 (26,78%) enfermeiros responderam que sim, 156 (69,64%) responderam que não participam; 1,79% apenas um pouco; 1 disse que não sabe e 3 profissionais não responderam a esse item.

Dos enfermeiros que afirmaram participar (60) apenas 4 não informaram o porquê. Dessa forma, a justificativa apresentada pela grande maioria é traduzida na forma de atuação ou, ainda, naquilo que o mesmo realiza no serviço de saúde, sendo que cada enfermeiro poderia apresentar uma ou mais justificativas. Os motivos que levam o enfermeiro a participar efetivamente do PCH estão apresentados na Tabela 17, onde os dados mostram que a maior concentração de respostas (33,33%) está relacionada à realização de atividades administrativas sendo que a supervisão (13,09%) e o treinamento de pessoal (10,71%) ocupam lugar de destaque nesse item; os motivos relatados a seguir referem-se à realização de atividades de vigilância epidemiológica, que obteve 19,05% das respostas; o desempenho de atividades assistenciais foi apontado por 17,85% dos enfermeiros e a realização de atividades de educação em saúde por 7,14%; foram ainda apresentados outros motivos com 22,62% das respostas, em que a participação efetiva junto ao PCH foi associada a uma atuação ativa e com experiência em 9,52% das respostas.

É interessante discutir esses dados sobre os motivos que levaram o enfermeiro a participar efetivamente do PCH, à luz daqueles apresentados no Quadro 2 à página 89. As respostas dos motivos alegados para justificar a

Tabela 17 - Distribuição dos motivos da participação do enfermeiro no PCH.

Motivos	Resposta	
	Nº	%
Realiza Atividades Administrativas		
. Supervisão	11	13,09
. Planejamento e execução de treinamento de pessoal	9	10,71
. Planejamento	4	4,76
. Elaboração de planilha	3	3,57
. Avaliação	1	1,19
Subtotal	28	33,33
Realiza Atividades de Vigilância Epidemiológica		
. Visita domiciliária	4	4,76
. Sem especificar	12	14,29
Subtotal	16	19,05
Realiza Atividades Assistenciais		
. Assistência direta	4	4,76
. Seguimento de casos	2	2,38
. Prevenção de incapacidades	2	2,38
. Coleta de material	1	1,19
. Sem especificar	6	7,14
Subtotal	15	17,85
Realiza Atividades de Educação em Saúde		
. Orientação sobre a doença e/ou tratamento	4	4,76
. Orientação à população	1	1,19
. Sem especificar	1	1,19
Subtotal	6	7,14
Outros Motivos		
. Atua ativamente, com experiência	8	9,52
. Programa é prioridade	6	7,14
. Para melhorar a qualidade	2	2,38
. Atua indiretamente	2	2,38
. A nível local	1	1,19
Subtotal	19	22,62
Total	84	100,00

participação - realizar atividades administrativas e de vigilância epidemiológica - são exatamente aquelas que aparecem em últimos lugares nas questões sobre os aspectos importantes na atuação e o papel do enfermeiro junto ao PCH. Essa é uma situação contraditória, pois o reconhecimento de sua participação se dá pela realização das atividades administrativas e de vigilância

epidemiológica, entretanto esse mesmo profissional acredita que o seu papel seja o de desenvolver ações voltadas para a assistência de enfermagem e de educação em saúde.

Daqueles que responderam que não participam (69,64%), apenas três não justificaram a resposta, as razões da não participação estão apresentadas na Tabela 18

Tabela 18 - Distribuição dos motivos que levam o enfermeiro a não participar efetivamente do PCH.

Motivos	Resposta	
	Nº	%
Atua em outra área	57	28,93
Profissional é polivalente	34	17,26
Falta infraestrutura (Recursos humanos e materiais)	24	12,18
Realiza atividades administrativas	21	10,66
Falta de conhecimento específico (treinamento)	30	10,15
Programa muito fechado	17	8,63
Atua há pouco tempo na unidade	12	6,10
Programa não é prioritário	5	2,54
Falta de interesse do profissional	5	2,54
Outros	2	1,01
Total	197	100,00

Dos enfermeiros que afirmaram participar apenas "um pouco" (4) do PCH, os motivos alegados são que a nível local desenvolvem algumas ações que são limitadas pela falta de profissionais, pela falta de conhecimento, ou ainda que estão atuando há pouco tempo junto ao programa.

Quando se perguntou ao enfermeiro quais as principais atividades relacionadas ao programa que são executadas no serviço, obteve-se a resposta de 95,10% dos

mesmos, sendo que 16,52% (37) dos respondentes afirmaram que não desenvolvem nenhuma atividade na área por não fazerem parte do programa, no momento. A distribuição da frequência das respostas, que podia ser múltipla, segundo a atividade desenvolvida, está apresentada na Tabela 19.

Tabela 19 - Distribuição das respostas sobre as atividades que o enfermeiro executa no serviço de saúde.

Atividades	Resposta	
	Nº	%
Vigilância Epidemiológica		
. Visita domiciliária	85	15,18
. Sem especificar	113	20,18
Subtotal	198	35,36
Assistência de Enfermagem		
. Curativo	69	12,32
. Consulta de enfermagem	57	10,18
. Prevenção de incapacidade	52	9,28
Subtotal	178	31,78
Administração de Serviços		
. Supervisão	105	18,75
. Planejamento	55	9,82
Subtotal	160	28,57
Educação em Saúde		
. Sem especificar	24	4,29
Subtotal	24	4,29
Total	560	100,00

A maior concentração de respostas recai nas atividades de vigilância epidemiológica (35,36%), seguidas das atividades assistencial e administrativa com 31,78% e 28,57% respectivamente; a educação em saúde foi referida de forma global por apenas 4,29% dos enfermeiros.

Esses dados diferem do estudo realizado por ADAMI2, em 1978, sobre as funções da enfermeira nos

Centros de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, onde verificou que a função assistencial foi a primeira referida pelos respondentes, seguida da assessoria e administração em segundo e terceiro lugares, respectivamente; o ensino foi referido em quarto e as "outras" funções entre as quais a autora incluiu a vigilância epidemiológica, ficaram em quinto lugar, já a função de pesquisa foi classificada em último lugar. Em outro estudo realizado por PEDRALLANI⁷⁶, no ano de 1984, junto a enfermeiros que atuavam nos Centros de Saúde Tipo I (de maior complexidade da rede de serviços públicos do Estado) do então Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto pertencente à Secretaria de Estado da Saúde, verificou-se que, dentre as atividades realizadas, destacam-se aquelas vinculadas preponderantemente às funções administrativas e de assessoria. Vale ressaltar que esta última pesquisa teve como um dos seus objetivos cotejar as atividades realizadas pelo pessoal de enfermagem com as preconizadas pelo Subprograma de Controle da Hanseníase. Portanto, estes dois trabalhos realizados somente entre os enfermeiros que trabalhavam nas unidades de saúde mostram dados, em parte, diferentes dos obtidos na presente pesquisa que, além das informações da categoria de enfermeiros, também apresenta dados da categoria dos docentes envolvidos com o ensino da hanseníase nos cursos de Graduação.

Frente à realização das atividades citadas pelos enfermeiros e apresentadas na Tabela 19, procurou-se identificar a existência de alguma dificuldade para a realização das mesmas. Esse item foi respondido por 83,48% dos profissionais, dos quais 58,48% (131) afirmaram ter

dificuldades, 25,00% (56) responderam que não as têm e 16,52% (37) não responderam à questão. As justificativas das respostas positivas (131) estão apresentadas na Tabela 20. Vale notar que essa questão permitia uma ou mais **respostas**.

Tabela 20 - Distribuição das justificativas dos enfermeiros sobre as dificuldades na execução das atividades no serviço de saúde.

Justificativas	Resposta	
	Nº	%
Problemas de infra-estrutura		
. Falta de recursos humanos	77	31,43
. Falta de material/equipamento/insumo básico	26	10,61
. Falta de espaço físico	14	5,71
. Falta de recurso financeiro	5	2,04
Falta de tempo do profissional	65	26,53
Dificuldade de integração na área	17	6,94
Dificuldades operacionais	14	5,71
Estigma da doença	13	5,31
Falta de prioridade para o programa	8	3,26
Vigilância epidemiológica deficiente	3	1,22
Falta de conhecimento dos clientes	3	1,22
Total	245	100,00

Os dados na Tabela 20 mostram que a maior dificuldade é devida aos problemas de infra-estrutura (49,80%), sendo que a falta de recursos humanos foi o item que apresentou maior concentração de respostas (77). Outra dificuldade que também merece destaque é a falta de tempo do profissional (26,53%), dado o caráter polivalente na sua formação, assim como no desenvolvimento da sua prática.

As respostas apresentadas pelos enfermeiros refletem uma situação crítica: 42,04% apontam uma carência de recursos humanos e materiais o que dificulta o

desenvolvimento de ações do programa de controle.

Como forma de complementar as respostas dos profissionais que informaram apresentar dificuldades na realização das atividades (131) na unidade de saúde, elaborou-se outra questão em que o mesmo deveria assinalar o obstáculo que encontrava no desenvolvimento de sua prática. Essa questão não era para ser respondida pelo enfermeiro que não respondeu à pergunta anterior (37) ou que a respondeu de forma negativa (56); sendo portanto considerado como "não se aplica".

Os dados obtidos indicam que daqueles que afirmaram ter dificuldades na execução de suas tarefas (131), 87,79% responderam à questão sobre quais os obstáculos que interferem na realização das atividades e apenas 12,21% não responderam a esse item. Dos obstáculos citados, os que apresentam maiores porcentagens se referem à falta de habilidade prática (26,85%) e de conhecimento teórico (24,90%) por parte do enfermeiro, em relação à área de atendimento (Tabela 21).

Tabela 21 - Distribuição das respostas sobre os obstáculos observados pelos enfermeiros para o desenvolvimento de sua prática nas unidades de saúde.

Obstáculos	Resposta	
	Nº	%
Falta de habilidade prática	69	26,85
Falta de conhecimento teórico	64	24,90
Falta de recursos humanos e materiais	44	17,12
Dificuldades no relacionamento funcionário x funcionário	29	11,28
Dificuldades no relacionamento funcionário x cliente	26	10,12
Outros	9	3,50
Sem resposta	16	6,22
Total	257	100,00

Essas informações são importantes, pois mostram que 51,75% dos enfermeiros apresentam falta de domínio na área (falta de habilidade prática e de conhecimento teórico) em que atuam. Portanto, apesar dos treinamentos promovidos pelo GEPRO de Hanseníase ou pelos próprios SUDS-R, os mesmos não foram suficientes para atender à necessidade dos profissionais da rede, pelo menos na relação numérica. Por outro lado, a identificação dessa necessidade sentida pelos enfermeiros é importante de ser registrada especialmente se for analisada frente às atividades realizadas (Tabela 19) onde se observa uma maior concentração de resposta na função de vigilância epidemiológica e assistencial. Com isso talvez seja possível inferir que esteja existindo uma retomada dessas funções por parte do profissional na medida em que ele, através da identificação de obstáculos ao desenvolvimento da sua prática, "reivindica" a realização de um programa de educação continuada na área.

O desenvolvimento de uma política de recursos humanos, através de um modelo sistêmico de atuação, com enfoque especial para um programa de educação continuada baseado na potencialidade dos recursos existentes a nível local, regional e estadual, integrando o órgão formador ao prestador de serviços constitui um forte instrumento para a melhoria das condições de operacionalização do sistema^{36,37,52}. A partir de 1980 formou-se, no âmbito da SES, um grupo multiprofissional, responsável pelos treinamentos em hanseníase, que vem desenvolvendo um intenso trabalho no sentido de incorporar os avanços científicos e tecnológicos da área reajustando a aquisição desses novos conhecimentos, às necessidades da

população.¹⁷

LESSA⁴⁰, ao analisar o programa de capacitação de recursos humanos do nível universitário e auxiliar, estabelecido como prioridade pelo GEPRO de Hanseníase, afirma que os cursos e/ou treinamentos realizados oferecem vagas aos diferentes profissionais da equipe, de forma a desencadear a capacitação de pessoal a nível de ERSA, e, com isso, melhorar o desempenho no desenvolvimento das ações de controle

Frente à questão elaborada sobre os obstáculos encontrados', procurou-se conhecer como o enfermeiro achou que poderia superá-los. Dessa forma, encontram-se apresentadas na Tabela 22 as soluções propostas pelos respondentes (131). Esse item foi respondido por 116 (88,55%) enfermeiros e 15 (1,45%) não responderam.

Tabela 22 - Distribuição das respostas dos enfermeiros sobre suas propostas de solução para superar os obstáculos encontrados no desenvolvimento de sua prática nas unidades de saúde.

Propostas de solução	Resposta	
	Nº	%
Treinamento de pessoal sobre		
. Prevenção de incapacidade	43	16,86
. Clínica	36	14,12
. Aspectos sociais/psicológicos	22	8,63
. Epidemiologia	18	7,06
. Sem especificar	23	9,02
Subtotal	142	55,69
Supervisão de pessoal	56	21,96
Melhoria dos serviços		
. Condições de trabalho	36	14,12
. Outros	6	2,35
Subtotal	42	16,47
Sem resposta	15	5,88
Total	255	100,00

Na opinião de 55,69% dos enfermeiros, as soluções propostas para superar as dificuldades seriam em parte conseguidas através do treinamento de pessoal, especialmente sobre prevenção de incapacidades e aspectos clínicos da doença; outras soluções apontadas seriam o desenvolvimento da supervisão de forma freqüente (21,96%) e a melhoria dos serviços de saúde (16,47%) centrada particularmente no que se refere às condições de trabalho. Esses dados vêm corroborar aqueles apresentados na Tabela 21, onde 51,75% apontam a carência de domínio na área técnica, e na Tabela 22, onde 55,69% dos enfermeiros indicam o treinamento como uma das soluções para superar a dificuldade referida.

4.3- Ensino da Hanseníase e da Assistência de Enfermagem ao Hanseniano

Para conhecer a situação do ensino da hanseníase e da assistência de enfermagem ao hanseniano; nos Cursos de Graduação em Enfermagem, foi elaborado um bloco específico de questões abrangendo esse tópico que fazia parte do instrumento aplicado aos docentes, sendo também respondidas pelos 19 professores responsáveis pela disciplina em que esse conteúdo é inserido, em 16 cursos do Estado, o que corresponde a 66,6% do total dos cursos.

Foi perguntado ao docente se considerava importante a abordagem desse tema no currículo do Curso de Graduação. Todos responderam positivamente, sendo que 15 (78,95%) afirmaram ser essa doença um grave problema de saúde pública no país.

Quanto à disciplina que aborda esse conteúdo, segundo as respostas dos docentes, verifica-se que em 6 cursos o mesmo está inserido em disciplinas de saúde pública, em outros 7 esse tema faz parte do conteúdo de doenças transmissíveis e 3 cursos não forneceram subsídios a essa informação. Em relação aos motivos que levam à abordagem desse tema, verifica-se que o mesmo é ensinado por ser conteúdo da disciplina Doenças Transmissíveis ou Saúde Pública (10 respostas); por se caracterizar como um problema de saúde pública (6 respostas) e ainda por que o ensino deve estar voltado para a realidade da saúde da população (4 respostas); apenas três docentes, apesar de terem informado que ministram o conteúdo, não responderam ao porquê dessa questão.

Observa-se, portanto, que os docentes envolvidos com o ensino da hanseníase reconhecem a doença como um problema de saúde pública, o que contribui para a sua inclusão como tema a ser ensinado nos Cursos de Graduação em Enfermagem; por outro lado, dez professores simplesmente relataram que esse conteúdo é ensinado por fazer parte das disciplinas Doenças Transmissíveis ou Saúde Pública.

Quanto aos temas que os docentes consideram importantes a serem ensinados na teoria e/ou na prática, foi elaborada uma questão específica para esse fim e os dados obtidos constam das Tabelas 23 e 24.

Tabela 23 - Distribuição das respostas dos docentes sobre os conteúdos teóricos importantes de serem ensinados nos cursos de Graduação em Enfermagem.

Conteúdos teóricos	Resposta	
	Nº	%
Hansenologia		
. Quadro clínico	16	18,80
. Diagnóstico	10	11,76
. Epidemiologia	9	10,60
. Tratamento	9	10,60
. Conceito	3	3,53
. Transmissão	3	3,53
. Histórico	3	3,53
. Outros	4	4,71
Subtotal	57	67,06
Assistência de Enfermagem		
. Prevenção de incapacidades	11	12,94
. Cuidados de enfermagem	2	2,35
. Consulta de enfermagem	1	1,17
. Sem especificar	4	4,71
Subtotal	18	21,17
Educação em Saúde		
. Aspectos psico-sociais (estigma)	4	4,71
. Sem especificar	1	1,17
Subtotal	5	5,88
Vigilância Epidemiológica		
. Programa de controle	4	4,71
. Visita domiciliária	1	1,17
Subtotal	5	5,88
Total	85	100,00

Os resultados da Tabela 23 mostram que dentre os conteúdos teóricos, o ensino sobre a doença é o que apresenta a maior proporção (67,06%) de respostas, seguido pela assistência de enfermagem com 21,17% em que a prevenção de incapacidades aparece em destaque com 12,94% das respostas. A educação em saúde e a vigilância epidemiológica foram referidas, pela mesma porcentagem (5,88%) de docentes.

Tabela 24 - Distribuição das respostas dos docentes sobre os conteúdos importantes de serem ensinados na prática nos cursos de Graduação em Enfermagem.

Conteúdos práticos	Resposta	
	Nº	%
Assistência de Enfermagem		
. Prevenção de incapacidades	9	14,30
. Coleta de material para exames e provas complementares	7	11,10
. Consulta de enfermagem	6	9,52
. Aplicação e leitura do teste de Mitsuda	3	4,76
. Curativo	3	4,76
. Cuidado de enfermagem	3	4,76
. Atendimento de enfermagem/pós-consulta	2	3,17
. Outros	5	7,93
Subtotal	38	60,31
Educação em Saúde		
. Com doente e família	4	6,35
. Para o auto cuidado	2	3,17
. Com grupos específicos	1	1,60
. Sem especificar	3	4,76
Subtotal	10	15,88
Hansenologia		
. Tratamento	3	4,76
. Quadro clínico	2	3,17
. Diagnóstico	2	3,17
Subtotal	7	11,10
Vigilância epidemiológica	3	4,76
Administração do serviço	3	4,76
Outros	2	3,17
Total	63	100,00

Já na prática (Tabela 24), o conteúdo importante a ser ensinado, que aparece em primeiro lugar, é a assistência de enfermagem com 60,31% das respostas, dentre as quais a prevenção de incapacidades e a coleta de material para exame e provas complementares foram as que mais se destacaram, com 14,30% e 11,10% respectivamente. Em segundo lugar surge a educação em saúde com um valor que corresponde a 15,88%; o ensino sobre a doença durante a atividade prática foi referida por 11,10% e da vigilância epidemiológica e da administração de serviços

em apenas 4,76% das respostas; 3,17% responderam que ensinam outros itens. Observa-se ainda que nas respostas sobre esse ensino, 6 docentes destacaram a necessidade de que o aluno tenha estágio em unidades de saúde, com a finalidade de conhecer o Programa de Controle, e a problemática do doente e família, tornando-se, dessa forma, mais capacitado para prestar os cuidados necessários:

Como forma de comparar os dados sobre os itens que o docente considera importante de serem ensinados e os que efetivamente ensina, apresenta-se na Tabela 25 os temas ensinados teoricamente; os que são ensinados na prática constam da Tabela 26.

Segundo o relato dos docentes, 73,03% se referem ao ensino teórico sobre aspectos relacionados à doença onde sobressai o ensino clínico e do tratamento com 16,85% e 13,50% respectivamente; a assistência de enfermagem aparece em segundo lugar nas respostas, com um percentual (19,10%) bastante distante do primeiro, destacando-se a prevenção de incapacidades com 11,23%; finalmente foi apontado o ensino teórico da vigilância epidemiológica em 6,74% e da educação em saúde em apenas 1,12% das respostas.

Quanto ao ensino prático a referência maior concentra-se na assistência de enfermagem com 48,83%, cabendo 15,11% das respostas ao tema prevenção de incapacidades; o ensino da doença corresponde a 18,60%; a educação em saúde e a vigilância epidemiológica apresentaram os mesmos valores (12,79%); o item "outros" foi apontado por 6,98%.

Tabela 25 - Distribuição das respostas dos docentes sobre os conteúdos ensinados teóricamente nos cursos de Graduação em Enfermagem.

Conteúdos teóricos	Resposta	
	Nº	%
Hansenologia		
. Quadro clínico	15	16,85
. Tratamento	12	13,50
. Diagnóstico	9	10,11
. Epidemiologia	8	9,00
. Conceito	5	5,62
. Histórico	4	4,50
. Profilaxia	3	3,37
. Política de controle	2	2,24
. Teste de Mitsuda	2	2,24
. Estigma	2	2,24
. Outros	3	3,36
Subtotal	65	73,03
Assistência de Enfermagem		
. Prevenção de incapacidades	10	11,23
. Cuidado de enfermagem	5	5,62
. Curativo	1	1,12
. Consulta de enfermagem	1	1,12
Subtotal	17	19,10
Vigilância Epidemiológica		
. Programa de controle	3	3,37
. Visita domiciliar	3	3,37
Subtotal	6	6,74
Educação em Saúde	1	1,12
Total	89	100,00

Tabela 26 - Distribuição das respostas dos docentes sobre os conteúdos ensinados na prática nos cursos de Graduação em Enfermagem.

Conteúdos práticos	Resposta	
	Nº	%
Assistência de Enfermagem		
. Prevenção de incapacidades	13	15,11
. Coleta de material para exames	6	6,98
. Consulta de enfermagem	5	5,82
. Curativos	5	5,82
. Aplicação e leitura do teste de Mitsuda	4	4,65
. Cuidado de enfermagem	4	4,65
. Atendimento de enfermagem	4	4,65
. Rotina de atendimento	1	1,16
Subtotal	42	48,83
Hansenologia		
. Tratamento	7	8,14
. Diagnóstico	5	5,82
. Quadro clínico	2	2,32
. Profilaxia	2	2,32
Subtotal	16	18,60
Educação em Saúde		
. Com comunidade	3	3,49
. Com grupos específicos	1	1,16
. Sem especificar	7	8,14
Subtotal	11	12,79
Vigilância Epidemiológica		
. Visita domiciliar	8	9,30
. Sem especificar	3	3,49
Subtotal	11	12,79
Outros	6	6,98
Total	86	100,00

Conclui-se, através dos dados apresentados nas Tabelas 23 a 26, que existe uma coerência nas respostas quanto aos temas importantes de serem ensinados (ideal) e os que efetivamente se ensinam (real); entretanto, registram uma diferença significativa sobre o que importante ser ensinado ou o que ensinam na teoria em relação ao conteúdo prático. Analisando o que concretamente ensinado (Tabela 25 e 26), verifica-se que o item hansenologia aparece na teoria com 73,03% e na

prática com 18,60%; a assistência de enfermagem que é referida na teoria por 19,10%, destaca-se em primeiro lugar na prática com 48,83%; a vigilância epidemiológica e a educação em saúde apresentam valores inferiores, sendo mais abordados na prática do que na teoria.

É interessante ressaltar que dois docentes afirmaram ministrar o ensino teórico, entretanto as atividades práticas realizadas nos serviços de saúde são supervisionadas por outro responsável, sendo que para uma escola é um segundo docente e para o outro curso é o próprio enfermeiro da unidade de saúde.

Em relação à forma como esse conteúdo é ensinado, 18 docentes responderam que o ensino ocorre na teoria e na prática e um respondeu que "a prática para ser realizada depende da permissão da direção da unidade de saúde, o que durante alguns anos não ocorreu", portanto a ocorrência desse ensino depende do entrosamento interinstitucional para que o mesmo possa acontecer.

Quanto à carga horária teórica encontrou-se nos cursos públicos uma variação bastante grande de tempo dispendido para esse ensino, de 8 a 35 horas, sendo empregadas em média 17 horas. Nos cursos privados a variação foi na mesma proporção, entretanto em níveis inferiores, com variação de 3 a 20 horas, apresentando uma média de 8 horas. Destaca-se que em uma escola não foi possível obter o número de horas dispendido para essa unidade de ensino e para uma outra obteve-se a informação de que o mesmo se constitui em uma "sub-unidade 'bastante rápida".

Quanto à parte prática nos cursos privados, 4 docentes indicaram a carga horária da disciplina em que

esse conteúdo é ministrado, sem, entretanto especificar o número de horas dispendido para este tema, dependendo esse ensino, da oportunidade que se apresenta no momento do estágio; os demais (6) indicaram um tempo com variação de 3 a 30 horas, sendo que uma destas escolas informou que é feita apenas uma visita de um dia em um hospital especializado. Os docentes dos cursos públicos (6) apresentaram uma carga horária que variou de 12 a 20 horas, sendo que, em um destes, o aluno pode ter até 300 horas, dependendo da opção que o mesmo faz durante a realização do estágio.

Os dados relativos à carga horária, apresentados acima, refletem uma situação relativamente melhor para o Estado de São Paulo em relação ao estudo desenvolvido por VERDERESE e col.¹⁰¹ junto às instituições de ensino superipr de enfermagem do país, onde encontraram que a carga horária total variou de 2 a 40 horas ou mais. Nesse Estudo verifica-se que, de forma global, a carga horária teórica e prática apresentou uma variação entre 11 e 65 horas.

A prática dos alunos nessa área, para os cursos privados, é desenvolvida em apenas um local de estágio, com a seguinte distribuição: Centro de Saúde I, Centro de Saúde Escola ou Centro de Saúde II - 7 cursos; Hospital Especializado - 2 cursos e 1 outro informou fazer apenas uma visita a esse tipo de unidade hospitalar. Nos cursos públicos, dois desenvolviam sua prática em apenas um local de estágio, outros dois em dois locais e os restantes (2) em três locais. Conclui-se, através desses dados que todos os alunos estagiam em unidades da rede de serviços públicos ou integradas à mesma, ou seja, nos Centro de

Saúde I, Centro de Saúde Escola e Centro de Saúde II, um em Ambulatório de Hansenologia de Hospital Escola, um em Hospital Escola. Estes dois últimos realizam, ainda, respectivamente, uma visita e estágio em Hospital especializado da área.

Depois das questões gerais sobre como o docente apresenta o ensino da hanseníase, na disciplina em que esse tema está inscrito, perguntou-se se o mesmo considerava importante um estudo de reformulação no ensino da hanseníase dos Cursos de Graduação em, Enfermagem, no que diz respeito a uma revisão desse ensino. Os resultados obtidos estão na Tabela 27, onde 15 (78,94%) docentes responderam favoravelmente, apresentando como motivos para que isso ocorra a carga horária insuficiente (6), para que seja dada maior importância ao tema (5) e que isso permitiria uma atualização sobre o assunto (4); três docentes afirmaram não ter elementos para avaliar e um não respondeu ao porquê da questão.

Tabela 27 - Distribuição das opiniões dos docentes sobre a necessidade de reformulação do ensino de hanseníase nos cursos de Graduação em Enfermagem.

Opiniões dos docentes	Curso		Total	
	Público	Privado	Nº	%
Favorável				
. carga horária insuficiente	2	4	6	31,58
. dar mais importância ao tema	2	3	5	26,31
. atualização sobre o tema	1	3	4	21,05
Não tem elementos para opinar	1	2	3	15,79
Não respondeu	1	0	1	5,26
Total	7	12	19	100,00

VERDERESE e col.101 relatam que a análise de seus dados demonstrou a necessidade de os docentes terem acesso

informações mais atualizadas sobre as novas técnicas de prevenção e tratamento; afirmando que a poliquimioterapia só foi mencionada em cinco cursos e a prevenção de incapacidades em 18 cursos de graduação. Por outro lado, PEDRAZZANI⁷⁷ afirma que é fundamental que o Currículo de Graduação em Enfermagem proporcione ao aluno uma formação geral, conhecendo a realidade epidemiológica, sem o caráter de especialista oferecido pelas habilitações. Esses dados acima reforçam os obtidos na presente pesquisa onde se verifica que existe um "espaço" para a atuação do enfermeiro nas unidades de saúde, um certo empenho dos docentes em se envolverem com esse ensino, assim como procurarem novos caminhos no sentido de adequá-los às necessidades da população.

Como forma complementar aos dados gerais apresentados até aqui, procurou-se conhecer a opinião dos professores em relação à formação do enfermeiro para atuar junto ao PCH. Os dados mostram que esse preparo varia de péssimo (5,26%) a razoável (21,05%), sendo que nessa escala, no nível intermediário, .13 (68,42%) docentes responderam que o mesmo se dá de forma deficiente (pouco, insuficiente, delegado á segundo plano, superficial etc,) e um docente afirma desconhecer como ocorre o preparo do profissional.

Com todos esses relatos apresentados sobre o Programa de Controle e o ensino da hanseníase, era importante conhecer também a opinião dos enfermeiros sobre o preparo desse profissional nos Cursos de Graduação em Enfermagem em relação à esse tema' (Tabela 28). Assim, verificou-se nos relatos apresentados que 54,46% dos enfermeiros informaram que o mesmo, se dá de forma

deficiente; 20,98% de forma elementar; 14,30% informaram que esse preparo inexistente e apenas 8,03% disseram ser satisfatório; 1,33% desconhece como o mesmo ocorre e 0,90% não respondeu a essa questão.

Tabela 28 - Distribuição das respostas dos enfermeiros sobre o preparo do aluno em han senfase nos cursos de Graduação em Enfermagem e suas justificativas.

Preparo	Justificativas				Total	
	Pouca ênfase	Epidemiologia regional	Desconhece	Não respondeu	Nº	%
satisfatório	4	6	0	8	18	8,03
elementar	35	1	0	11	47	20,98
deficiente	87	0	0	35	122	54,46
inexistente	21	0	0	11	32	14,30
desconhece	0	0	3	0	3	1,33
não respondeu	0	0	0	2	2	0,90
Total	147(65,62%)	7 (3,12%)	3 (1,34%)	67(29,91%)	224	100,00

As justificativas apresentadas para esse tipo de preparo profissional segundo 65,62% dos respondentes são relativas à pouca ênfase dada ao assunto, à carga horária pequena, à pouca prática durante o ensino e ao distanciamento da teoria da prática; outros 3,12% afirmaram que o tipo de ensino é definido pela gravidade do quadro epidemiológico da região, assim como 1,34% afirmou estar afastado do ensino e, portanto, desconhecem o currículo da graduação em enfermagem. Essa questão não foi respondida por 29,91% dos enfermeiros.

Considerando que os Cursos de Graduação em Enfermagem são de nível superior, onde se espera que não haja, indissociabilidade entre ensino e pesquisa, é inadmissível encontrar, mesmo que em pequena porcentagem,

docentes que desconhecem a situação real e atualizada sobre um tema que é de sua responsabilidade na capacitação de profissionais, durante seu período de formação acadêmica. No caso específico, encontraram-se docentes que desconhecem e ou responderam de forma incorreta sobre a situação epidemiológica da hanseníase.

Em função dos dados obtidos pode-se dizer, portanto, que é necessário rever o ensino sobre hanseníase desenvolvido pelos Cursos de Graduação em Enfermagem no Estado de São Paulo, visto que as características de natureza programática se apresentam de forma desarticulada da realidade concreta em relação à doença hanseníase e da própria reorganização dos serviços de saúde. Dessa forma, as instituições formadoras, através de seus docentes e alunos, juntamente com os enfermeiros dos serviços, devem repensar esse ensino que vem sendo oferecido. no sentido de buscar alternativas que garantam a capacitação do profissional para lidar com esse problema.

5. CONCLUSÕES

- A maioria da população estudada (62,5%) mostrou conhecer a real tendência da endemia hansênica.
- O novo esquema terapêutico da poliquimioterapia desconhecido por 58,8% da população estudada, entretanto a participação do enfermeiro na sua execução é reconhecida como de fundamental importância visando a melhoria da efetividade do esquema assim como o aprimoramento operacional do mesmo.
- O "monopólio" do setor público estadual no PCH que predominava antes da implantação do SUDS-SP vem sofrendo mudanças significativas visando integração institucional; os dados obtidos permitem concluir que, na opinião dos respondentes, o Estado deve ter o "monopólio" do controle epidemiológico e não o da assistência.
- Identificou-se como sendo papel do enfermeiro em hanseníase, segundo as respostas tanto dos docentes quanto dos enfermeiros, o desenvolvimento das seguintes funções: educação em saúde, assistência de enfermagem, administração de serviços e vigilância epidemiológica.
- Os docentes e enfermeiros não mencionaram a pesquisa como uma das suas atribuições na área de hanseníase.

que- envolviam a realização da função assistencial, segundo dados dos docentes e enfermeiros.

- As condutas dos respondentes nas três situações apresentadas e que exigiam uma atuação profissional do enfermeiro, foram concordantes com as adotadas nos documentos oficiais que norteiam a política de controle atual. Entretanto pode-se notar a presença de questões éticas, de estigma e de conceitos incorretos que contribuem para o desenvolvimento de uma prática inadequada.
- No que se refere a participação do enfermeiro no PCH, os motivos alegados pelo mesmo para a efetiva participação, estão relacionados a realização das atividades nas funções administrativas e de vigilância epidemiológica.
- As funções que o enfermeiro apontou como sendo as que executa no serviço de saúde junto ao PCH são: vigilância epidemiológica, assistência de enfermagem, administração de serviços e educação em saúde, funções essas que são discordantes de estudos realizados anteriormente, em que predominavam as atividades relacionadas às funções administrativas.
- Entre as dificuldades apontadas pelos enfermeiros para a execução das atividades, destacam-se os problemas de infra-estrutura em que predomina a falta de recursos humanos; há também referencia a falta de tempo do profissional.

- Os obstáculos observados pelos enfermeiros para o desenvolvimento de sua prática nas unidades de saúde se referem a falta de habilidade prática assim como a falta de conhecimento teórico específico.
- Foram apontadas como propostas de solução para superar os obstáculos no desenvolvimento da prática profissional, o treinamento de pessoal sobre temas específicos e a supervisão em serviço.
- Os docentes apresentaram o método "auto-didata" e a experiência no local de estágio como fontes originárias de conhecimento sobre hanseníase, ao passo que os enfermeiros apontaram em primeiro lugar o local de trabalho seguido do treinamento específico.
- Todos os profissionais estudados e envolvidos no ensino da hanseníase tiveram o curso de Graduação em Enfermagem como formação básica, sendo que 52,6% têm a Pós-Graduação strictu sensu concluída.
- Todos os professores responsáveis pelo ensino da hanseníase consideraram importante a abordagem desse tema no currículo do Curso de Graduação em Enfermagem, e reconheceram a doença como sendo um problema de saúde.
- Existe uma coerência nas respostas quanto aos temas importantes de serem ensinados (ideal) e os que efetivamente se ensinam (real); entretanto há uma diferença significativa no ensino do conteúdo teórico em

relação ao prático.

- As opiniões dos docentes foram, na sua totalidade favoráveis a necessidade de reformulação do ensino de hanseníase nos Cursos de Graduação em Enfermagem, considerando que a carga horária é insuficiente e é necessário dar maior importância ao tema em questão.
- Os enfermeiros têm opiniões concordantes com a dos docentes quando afirmam que o preparo do aluno nos Cursos de Graduação em Enfermagem sobre hanseníase é deficiente devido a pouca ênfase dada a esse conteúdo.

O estudo que se fez sobre o ensino e a prática do enfermeiro em hanseníase, dentro do atual contexto do sistema de saúde, reflete o processo de evolução da prática estudada, contribuindo para a construção do real conhecimento sobre o papel do enfermeiro junto ao programa de controle da hanseníase.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- ABU-ASSEF, H.M.P. et al. Avaliação de treinamento em hanseníase: seu papel no processo ensino/aprendizagem para o desempenho das atividades do Subprograma de controle da hanseníase. In: Congresso Paulista de Saúde Pública, 2 / Congresso Nacional da Abrasco, 1, São Paulo, 1983. Resumos. São Paulo, 1983.
- 2- ADAMI, N.P. Funções da enfermeira nos Centros de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, 1978. [mimeografado]
- 3- ALMEIDA, M.C.P. Estudo do saber de enfermagem e sua dimensão prática. Rio de Janeiro, 1984. [Tese de Doutorado - Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz]
- 4- ALMEIDA, M.C.P. et al. A formação do enfermeiro frente à reforma sanitária. Cad. Saúde Públ., 2(4):505-510, 1986.
- 5- ANSELMÍ, M.L. A prática da enfermagem como subsídio para a formação do enfermeiro: a prática da enfermagem no HCFMRP-USP. In: Seminário a prática da enfermagem e o currículo de Graduação, Ribeirão Preto, 1985. Anais. Ribeirão Preto, CODAC/USP, 1985. p. 63-65.
- 6- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Comissão

Permanente de Educação em Enfermagem. Comissão de Especialistas de Enfermagem -SESU-MEC. Sobre uma nova proposta de currículo mínimo para a formação do enfermeiro. Brasília, 1989.

- 7- BAPTISTELA, M.I. et al. Organização de um sistema de treinamento no campo da hanseníase: novo enfoque na formação de recursos humanos. In: Congresso Paulista de Saúde Pública, 2 / Congresso Nacional da Abrasco, 1, São Paulo, 1983. Resumos. São Paulo, 1983.
- 8- BARBOSA, E. C. Currículo centrado no aluno: uma abordagem desenvolvimentista. Educ. bras., 2(4):129-52, 1980.
- 9- BERLINGUER, G.; FLEURY TEIXEIRA, S.; CAMPOS, G.W.S. Reforma sanitária: Itália e Brasil. São Paulo, HUCITEC/CEBES, 1988.
- 10- BOLETIM NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA, Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde, 1(7) 1988.
- 11- BORGES, M.V.; TAUIL, P.; ALBORNOZ, R. Situacion de los programas de control de la Lepra en las Americas. Washington, Organizacion Panamericana de la Salud, 1988.
- 12- CÂMARA DOS DEPUTADOS. Comissão de Saúde, Previdência e Assistência Social. Projeto de Lei no 3110/89 - mensagem no 360/89: Lei orgânica da saúde. Brasília, 1989.
- 13- CAMPOS, F. E. Brasil: a questão dos recursos humanos

no distrito sanitário. Educ. Med. Salud, 23(2):168-181, 1989.

- 14- CAMPOS, F.E. et al. A questão dos recursos humanos e a reforma sanitária. Belo Horizonte, 1987. [mimeografado].
- 15- CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS EM SAÚDE. Por uma reforma sanitária. Rio de Janeiro, 1986 [mimeografado].
- 16- CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, Brasília, 1986. Anais Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.
- 17- CONFERENCIA NACIONAL PARA AVALIAÇÃO DA POLÍTICA DE CONTROLE DA HANSENÍASE, Brasília, DF, Ministério da Saúde, 1976. [mimeografado].
- 18- CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 39, Salvador, 1987. Relatório Final. São Paulo. Informativo Paulista, (54):1-5, 1988.
- 19- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. O exercício da enfermagem nas instituições de saúde do Brasil, 1982/1983. Rio de Janeiro. Conselho Federal de Enfermagem/Associação de Enfermagem. 1985, v.1.
- 20- CORDEIRO, H. Nem sonho nem confusão. Proposta: Jornal da Reforma Sanitária, RADIS/Fundação Oswaldo Cruz - Manguinhos, (22), mar. 1990.
- 21- CORTELLA, M.S. Determinantes do perfil e competência profissional. In: Seminário da Região Sudeste sobre Perfil e Competência do Enfermeiro e o

Currículo Mínimo para Graduação em Enfermagem, Ribeirão Preto, 1985. Anais. Ribeirão Preto, CODAC/USP, 1985. p. 34-47.

- 22-** CRISTOFOLINI, L. Aspectos da assistência de enfermagem em hanseníase: prevenção da úlcera plantar. Bauru, FASC, 1983. (Cadernos de Divulgação Cultural, 9).
- 23-** DAUMERIE, D. & GROSSETETE, G. Place de la formation du personnel dans la planification d'un programme de lutte anti - hansenienne. Acta leprolog., 3(3):249-254, 1985.
- 24-** DECRETO nº 16.545 de 26/1/81, dispõe sobre as atribuições dos Distritos Sanitários e Centros de Saúde. Diário Oficial do Estado, S. Paulo, 91(018), 18/5/90. p. 3, 4 e 8.
- 25-** DECRETO nº 25.519 de 17/7/86, define a organização básica a nível regional: cria o ERSA. São Paulo, 1986. [mimeografado].
- 26-** DECRETO nº 26.774 de 18/2/87, dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, 1987 [mimeografado].
- 27-** DECRETO nº 94.657, Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados. Diário Oficial. Seção 1, Brasília, 21/7/89, p. 11.505.
- 28-** FERRAZ, N.M.F.; ARAÚJO, M.V.; RAMOS, V.P. Tendências, semelhanças e divergências do ensino superior de enfermagem nas 5 regiões do país. In: Seminário

Nacional sobre Ensino Superior de Enfermagem. Rio de Janeiro, 1987. Relatório Final. Brasília, Ministério da Educação, 1987.

- 29- FERREIRA, J. Vigilância epidemiológica da hanseníase. In: Lombardi, C. et al. Hanseníase: epidemiologia e controle. São Paulo, Imprensa Oficial do Estado, 1990. p. 33-61.
- 30- FERREIRA SANTOS, C.A. & MINZONI, M.C. Estudo das atividades de enfermagem em quatro unidades de um hospital governamental. Rev. bras. Enf., 21(5):397-437, 1968.
- 31- FIGUEROA, A.M. et al. Participacion del personal de enfermeria en el programa de control de lepra con enfasis en la atención primaria de la salud. México, 1988. [mimeografado].
- 32- FLEURY TEIXEIRA, S.M. et ai. Antecedentes da reforma sanitária. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública. 1988. (Textos de Apoio):
- 33- FLEURY TEIXEIRA, S.M. et al. Reforma sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo. Cortez/ABRASCO,1989.
- 34- FRANCO, L.H.R.O. Avaliação de exeqüibilidade das atribuições do enfermeiro de saúde pública, a nível local, na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, 1988. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].
- 35- TURTADO, T. Ensino da hansenologia nas universidades.

An. bras. Dermatol., 62(supl. 1):270-72, 1987.

- 36-** GONÇALVES, N.N.S. Recursos humanos em hanseníase. Hansen. int., 11(1/2):55-73, 1986.
- 37-** GONÇALVES, N.N.S. & GONÇALVES, A. Política de realização de recursos humanos em hanseníase no Brasil a nível nacional. In: Congresso Paulista de Saúde Pública, 2 / Congresso Nacional da Abrasco, 1, São Paulo, 1983. Resumos. São Paulo, 1983.
- 38-** HEREDIA, A.M.; POZZI, M.C.; VALINOTTI, V.I. Participacion de la enfermera en el programa de control de la lepra en la Republica Argentina. Buenos Aires, Organização Panamericana da Saúde, 1989.
- 39-** LAURELL, A.C. La salud-enfermecad como processo social. Rev. latinoamerc. Salud, 2:7-25, 1982.
- 40-** LESSA, Z.L. Capacitação de recursos humanos para o programa de controle da hanseníase no SUDS-SP. São Paulo, 1989. [mimeografado].
- 41-** LOBATO, C.S. O conhecimento do hanseniano sobre a hanseníase e a contribuição social do enfermeiro. Jogo Pessoa, 1989. [Dissertação de Mestrado - Centro de Ciências da Saúde - Universidade Federal da Paraíba].
- 42-** LOMBARDI, C. A hanseníase no Estado de São Paulo: diagnóstico e proposta preliminar para o controle. Hansen. int., 12(2):47-50, 1987.
- 43-** LOMBARDI, C. Situación epidemiologica de la lepra em

- 12 países de América Latina y Caribe, 1980-1983. Bol. ofic. sanit. panamer., 1.05(1):20-33, 1988.
- 44-** LOMBARDI, C. Tendência secular da detecção da hanseníase no Estado de São Paulo (1934-1983). São Paulo, 1990. [Tese de Livre docência - Faculdade de Saúde Pública da USP].
- 45-** LOMBARDI, C. et al. Hanseníase: epidemiologia e controle. São Paulo, Imprensa Oficial do Estado, 1990.
- 46-** LORENZETTI, J. A "nova" lei do exercício profissional da enfermagem: uma análise crítica. Rev, bras. Enf., 40(2/3):167-76, 1987.
- 47-** MACEDO, Ç.G. Uma política de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. In: Simpósio sobre política nacional de saúde da Câmara dos Deputados, 1. Brasília, 1979.
- 48-** MARTINS, A.A. A enfermagem como prática social. Rev. bras. Enf., 40(2/3):132-43, 1987.
- 49-** Mc DOUGALL, A.C. Packs of teaching-learning materials produced in Oxford. Int. J. Dermatol., 24(E):526-27, 1985.
- 50-** Mc DOUGALL, A.C. The medical student and leprosy (Editorial) Lep. Rev., 57:97-100, 1986.
- 51-** MENDES, I.J.M. O ser hanseniano. Ribeirão Preto, 1987. [Tese de Doutorado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP].

- 52-MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION. INSTITUT DE LA SANTÉ PUBLIQUE. Projet de formation des équipes lèpre en éducation sanitaire. Acta Leprol., 3(1):67-77, 1985.
- 53- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Avaliação do controle da hanseníase no Brasil, Brasília, DF. 1985. [mimeografado].
- 54- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária Capacitação do instrutor/ supervisor/ enfermeiro na área de controle da hanseníase. Brasília, 1988.
- 55- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. Guia de consulta de enfermagem no controle da hanseníase. Brasília, 1979.
- 56- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. Manual de normas e procedimentos para implantação dos esquemas OMS de poliquimioterapia no Brasil. 1988. [mimeografado].
- 57- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. Portaria nº 1 de 31/8/1988, dispõe sobre Instituições normativas do Programa de Controle da Hanseníase. [mimeografado].
- 58- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. Portaria nº 1 de 7/11/1989, dispõe sobre Instruções normativas do Programa de Controle da Hanseníase. Diário Oficial. Seção 1, Brasília, 3/1/90, p. 110-114.

- 59- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária/Organização Pan-americana de Saúde. Manual de normas e procedimentos de enfermagem de tipo ambulatorial no controle da hanseníase Brasília, 1978.
- 60- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Modernização Administrativa e Recursos Humanos. A educação continuada de enfermeiros no sistema único de saúde. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1990.
- 61- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Modernização Administrativa e Recursos Humanos. Sistema único de saúde: diretrizes para a formulação de política de recursos humanos. Brasília, Codeplan, 1989.
- 62- MISHIMA, S. A prática da enfermagem como subsídio para a formação do enfermeiro: a prática da enfermagem no Centro de Saúde. Escola. In: Seminário a Prática da Enfermagem e o Currículo de Graduação, Ribeirão Preto, 1985. Anais. Ribeirão Preto, CODAC/USP, 1985. p. 60-62.
- 63- NEMES, M.I.B. A hanseníase e as práticas sanitárias em São Paulo: 10 anos de subprograma de controle da hanseníase na Secretaria de Estado da Saúde (1977-1987). São Paulo, 1969. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina da USP].
- 64- NOGUEIRA, M.J.C. Preparo do enfermeiro brasileiro para a assistência primária de saúde. In: Encontro de Atenção Primária à Saúde da Amazônia, 1, Santarém, 1987. [mimeografado].

- 65- OLIVEIRA, M.H.P. Incapacidades físicas em portadores de hanseníase. Ribeirão Preto, 1987. [Tese de Doutorado - Escola de Enf. Rib. Preto - USP].
- 66- OLIVEIRA, M.L.W. Controle da hanseníase. In: Lombardi, C. et al. Hanseníase: epidemiologia e controle. São Paulo, Imprensa Oficial do Estado, 1990. p. 70-82.
- 67- OLIVEIRA, M.L.W. & MOTTA, C.P. A hanseníase como problems de saúde pública. 'In: Lombardi, C. et al. Hanseníase: epidemiologia e controle. São Paulo, Imprensa Oficial do Estado, 1990. p. 20-32.
- 68- OLIVEIRA JÚNIOR, M. Administração de recursos humanos: um obstáculo à municipalização dos serviços de saúde? Saúde em Debate, (28):41-45, 1990.
- 69- OPRMOLLA, D.V.A. O ensino de hansenologia nas faculdades. Hansen. int., 13(2):27-33, 1988.
- 70- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Comité de Expertos de la OMS en Lepra. Ginebra, 1988. Sexto Informe. Ginebra, 1988. (Série de Informes Técnicos, 768).
- 71- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Organización Panamericana de la Salud. La toma de posición de enfermería como una respuesta a la problemática de atención de salud en América Latina. 1978. (Informe de un grupo de expertos de ciencias de la salud) .
- 72- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Quimioterapia da

Lepra para programas de controle. Washington. 1984. (Publicação Científica nº 465).

- 73- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Analisis prospectiva de la educacion en enfermeria. Educ. med. Salud, 23(2):119-154, 1989.
- 74- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La participacion del personal de . enfermeria en el control de la lepra: propuesta. Washington, 1989. (Informe final do Grupo de Trabalho - Brasil).
- 75- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Salud para todos em el ano 2000: plan de acción para la instrumentacion de las estratégias regionales. Washington, 1982. (Documento oficial nó 179).
- 76- PEDDRAZZANI, E.S. A enfermagem de saúde pública no controle da hanseníase. São Paulo, 1984. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública-USP).
- 77- PEDRAZZANI, E.S. Caracterização do ensino sobre hanseníase nos cursos de graduação em enfermagem no Estado de São Paulo. Hansen. Int., 12(1):12-8, 1987.
- 78- PEDRALLANI, E.S. Participação da enfermagem em um programa integrado de controle da hanseníase: parte II. LAES/HAES, 6(2):69-70, 1984/85.
- 79- PEDRALLANI, J.C. Proposição de objetivos comportamentais para a disciplina anatomia do currículo de graduação em enfermagem. São Carlos,

S.P., 1983. [Dissertação de Mestrado - Universidade Federal de São Carlos].

- 80- PEIXOTO, E.M.P. & SILVA, S. Modelo para crítica de currículos para Graduação em Enfermagem. Rev. bras. Enf., 40(1):14-22. 1987.
- 81- O REAL no imaginário da Lepra. Jornal da UNICAMP, (mar.):5, 1988.
- 82- RIBEIRO, C.M. Novas tendências no ensino e na prática de enfermagem. Rev. Esc. Enf. USP, 4(1-2):21-39, 1970.
- 83- ROTBERG, A. Noções de Hansenologia. São Paulo, Fundação Paulista contra a Hanseníase, 1977.
- 84- SADALA, M.L.A. O ensino superior de enfermagem e a realidade prática do enfermeiro. São Carlos, 1981. [Dissertação de Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de São Carlos].
- 85- SANTANA, J.P. Formulação de políticas de recursos humanos nos serviços de saúde. Saúde em Debate, (28):66-71, 1990.
- 86- SANTOS, E.V. As modificações ocorridas no currículo do curso de graduação em enfermagem e obstetrícia da Universidade Federal de São Carlos, no período de 1976-1986. São Carlos, 1989. [Dissertação de Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de São Carlos].
- 87- SANTOS, N.R. O SUDS/SP - antes e depois. São Paulo,

SES/CRS-3, 1989.

- 88-** SAUL, A.M. A formação como determinante da competência profissional. In: Seminário da Região Sudeste. Perfil e competência do enfermeiro e o currículo mínimo para a Graduação em Enfermagem. São Paulo, 1988. Anais. São Paulo, CNPq, 1988.
- 89-** SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Resolução SS-30 de 14-4-86, dispõe sobre Documento-Base sobre a reorganização da SES. São Paulo, 1986. [mimeografado].
- 90-** SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Resolução SS-129, de 16-5-90. Diretrizes e Estratégias para as ações de controle de hanseníase. Diário Oficial Estado. São Paulo, Sec. I, 100(91):11, 18/5/90. p. 11.
- 91-** SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Resolução SS-277 de 24/8/87, dispõe sobre criação da Comissão Científica de Hanseníase. São Paulo, 1987. [mimeografado].
- 92-** SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Resolução SS-281 de 31/8/87, dispõe sobre a criação do GEPRO-Hanseníase. São Paulo, 1987. [mimeografado].
- 93-** SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Subprograma de controle da hanseníase: São Paulo, Coordenadoria de Saúde da Comunidade. 1976. [mimeografado].
- 94-** SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. SUDS-SP: reclassificação das unidades de saúde. São Paulo, 1990. [mimeografado].

- 95-** SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Centro de Vigilância Epidemiológica. Relatório de avaliação do subprograma de controle da hanseníase no Estado de São Paulo. São Paulo, 1986. [mimeografado].
- 96-** SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. GEPRO de Hanseníase. A hanseníase no Estado de São Paulo: diagnóstico e proposta preliminar para o controle. São Paulo. 1987. [mimeografado].
- 97-** SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. GEPRO, de Hanseníase. Diretrizes e estratégias para o programa de controle da hanseníase no Estado de São Paulo. São Paulo. 1989. [mimeografado].
- 98-** SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. GEPRO Hanseníase. Instruções normativas para as ações de controle da hanseníase. São Paulo. 1989. [mimeografado].
- 99-** SPINK, M.J.P. Regulamentação das profissões de saúde: o espaço de cada um. Cadernos FUNDAP, 5(10):24-43, 1985.
- 100-** VERDERESE, O. O exercício da enfermagem nas instituições de saúde das diferentes regiões do país. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 37, Recife, 1985. Anais. Recife. Associação Brasileira de Enfermagem, 1986.
- 101-** VERDERESE, O. et al. O papel da enfermagem nas ações de controle da hanseníase, integrados à rede de serviços de saúde. Brasília, s/d. [mimeografado].

- 102-** XAVIER, I.M. et al. Subsídios para a conceituação da assistência de enfermagem rumo à reforma sanitária. Rev. bras. Enf., 40(213):177-180, 1987.

ANEXO 1 - QUESTIONARIO PARA OS DOCENTES

A- IDENTIFICAÇÃO

- 1- Nome do docente: _____
- 2- Nome da instituição em que trabalha: _____
- 3- Tipo de instituição: pública _____ privada _____
- 4- Curso de graduação que possui: _____
- 5- Ano de conclusão do curso: _____
- 6- Tempo da exercício na atividade docente na área de hanseníase: _____
- 7- Curso de Pós-Graduação: concluído _____ cursando _____
- 7.1- Título do projeto ou do trabalho final (somente se relacionado com Enfermagem em Hanseníase): _____

B- ENSINO DE HANSENÍASE E DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO HANSENIANO

- 1- Voce considera importante, a abordagem do tema hanseníase no currículo do Curso de Graduação em Enfermagem?

Sim _____ Não _____

- 2- Por que? _____

- 3- Caso tenha respondido afirmativamente ao item 1, assinale os temas que considera importantes de serem ensinados na teoria e/ou na prática:

a) teoria

b) prática

4- A disciplina ou o programa sob sua responsabilidade aborda algum conteúdo a respeito de hanseníase?

Sim _____ Não _____

(Caso tenha respondido Não); passar a questão 5 e não responder as questões de 6 a 12, caso tenha respondido Sim, responder a questão. 5 e seguintes).

5- Por quê? _____

6- Como este assunto é ensinado? só teoricamente _____

só na prática _____ teoricamente e na prática _____

(se a resposta for só teoricamente, não responda as questões 9 e 10).

7- Qual o número de horas de ensino?

nº de horas teóricas:

nº de horas práticas:

8- Quais os assuntos ensinados teoricamente? _____

9- Onde realizada a prática (estágio)? _____

10- Quais os assuntos ensinados na prática?

11- Você considera importante um estudo de reformulação no ensino dos Cursos de Graduação em Enfermagem, no que diz respeito ao tema hanseníase?

Sim _____ Não _____

12- Por quê? _____

C- PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE

1- Onde você adquiriu os conhecimentos que possui a respeito de hanseníase? _____

2- Gostaria de conhecer sua opinião a respeito das questões abaixo:

2.1- Quais são as tendências atuais da endemia da hanseníase na sua região (ERSA)? _____

2.2- O que você pensa a respeito do tratamento atual da hanseníase (poliquimioterapia)? _____

2.3- Como você acha que o hanseniano este sendo atendido no serviço de saúde em que você atua durante o estágio?

2.4- Como você acha que está sendo a cobertura de serviços a população, em relação ao controle da hanseníase no serviço em que você atua durante o estágio?

2.5- Você acha que o setor público estadual deve ou não ter o "monopólio" do controle da hanseníase?

Sim _____ Não _____

2.5.1- Por quê? _____

2.6- No seu parecer, quais seriam os pontos mais importantes da atuação do enfermeiro em hanseníase? _____

2:7- No seu ponto de vista, qual seria o papel do enfermeiro no programa de controle da hanseníase em nossa região (Estado de São Paulo)? _____

2.8- Na sua opinião, como tem sido o preparo do enfermeiro em relação a hanseníase? _____

2.9- Qual seria a sua conduta como professor durante as atividades de ensino, nas situações abaixo:

a) A direção de uma empresa descobriu que um, dentre os seus funcionários faz tratamento de hanseníase no seu serviço de saúde e quer explicações. _____

b) Um indivíduo que faz tratamento no seu serviço de saúde, vem apresentando mal perfurante plantar há mais de 1 mês e solicita o seu apoio. _____

c) A esposa de um doente suspeita que seu marido tenha hanseníase e está preocupada consigo e com seus filhos, e procura o serviço de saúde. _____

ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO PARA OS ENFERMEIROS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A- IDENTIFICAÇÃO

- 1- Nome do enfermeiro (optativo): _____
- 2- Local de. trabalho: CS I () CS II f) CS III ()
CSEsc () Sede ERSA/SUDS ()
Outros () Especificar: _____
- 3- Cargo que ocupa: Enfermeiro () Enfermeiro Chefe ()
Assistente Direção ()
Outros () Especificar: _____
- 4- Instituição em que se graduou em enfermagem:
Pública() Privada () Nome: _____
- 5- Ano de conclusão do curso: _____

B- PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE

- 1- Onde você adquiriu os conhecimentos que possui a respeito de hanseníase?
Curso de Graduação () Treinamento Específico ()
Habilitação e/ou Especialização () Local de Trabalho () Outros
() Especificar: _____
- 2- Gostaria de conhecer sua opinião a respeito das questões abaixo:
- 2.1- Quais são as tendências atuais da endemia da hanseníase na sua região (ERSA)? Aumento da incidência () Diminuição da incidência () Estabilidade da incidência() Outros ()
Especificar: _____

2.2- O que você pensa respeito do tratamento atual da hanseníase (poliquimioterapia)?

Eficaz () Difícil aplicação () Fácil aplicação ()
 Desconhece () Outros () Especificar: _____

2.3- Como você acha que o hanseniano está sendo atendido no serviço em que você trabalha?

Ótimo () Bom () Regular ()
 Ruim () Péssimo ()

Justifique: _____

2.4- Como você acha que está sendo a cobertura de serviços a população, em relação ao controle da hanseníase no serviço em que você atua?

Adequado () Inadequado () Desconhece ()
 Outros () Especificar: _____

Justifique: _____

2.5- Você acha que o setor público estadual deve ou não ter o "monopólio" do controle da hanseníase?

Sim _____ Não _____

2.5.1-Por quê?_____

2.6- No seu parecer, quais seriam os pontos mais importantes da atuação do enfermeiro em hanseníase? _____

2.7- No seu ponto de vista, qual seria o papel do enfermeiro no programa de controle da hanseníase em nossa região (Estado de São Paulo)?_____

2.8- Na sua opinião, como tem sido o preparo do enfermeiro nas Escolas de Enfermagem em relação a hanseníase?

Satisfatório () Elementar () Deficiente ()

Inexistente () Outros () Especificar: _____

Justifique: _____

3- Qual seria a sua conduta como enfermeiro nas situações abaixo:

a) A direção de uma empresa descobriu que um, dentre seus funcionários faz tratamento de hanseníase no seu serviço de saúde, e quer explicações. _____

b) Um indivíduo que faz tratamento no seu serviço de saúde vem apresentando mal perfurante plantar há mais de 1 mês e solicita sua orientação. _____

c) A esposa de um doente suspeita que seu marido tenha hanseníase e está preocupada consigo e com seus filhos, e procura o serviço de saúde. _____

C- PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE

1- Você acredita que tem participado efetivamente do programa de controle da hanseníase em nosso estado? Sim ___ Não___

2- Por quê _____

3- Quais são as atividades principais relacionadas ao programa de controle da hanseníase que voce executa no seu serviço?

Supervisão () Planejamento () Vigilância Epidemiológica ()
 Prevenção Incapacidades () Curativos ()
 Visita Domiciliaria () Consulta de Enfermagem ()
 Atendimento em Grupo () Outros () Especificar: _____

4- Existe alguma dificuldade para a realização dessas atividades?

Sim _____ No _____

(Responder a questão seguinte se tiver respondido sim)

5- Por quê? _____

(Caso tenha respondido que não tem dificuldades, não responder as questões 6 e 7).

6- Quais são as dificuldades encontradas?

Relacionamento Interpessoal: funcionário x funcionário ()
 funcionário x cliente ()

Falta de conhecimento teórico ()

Falta de habilidade prática ()

Outros () Especificar: _____

7- Como você acha que pode superá-las?

Treinamento em temas específicos () Especificar tema: _____

Supervisão () Outros () Especificar: _____
