

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,

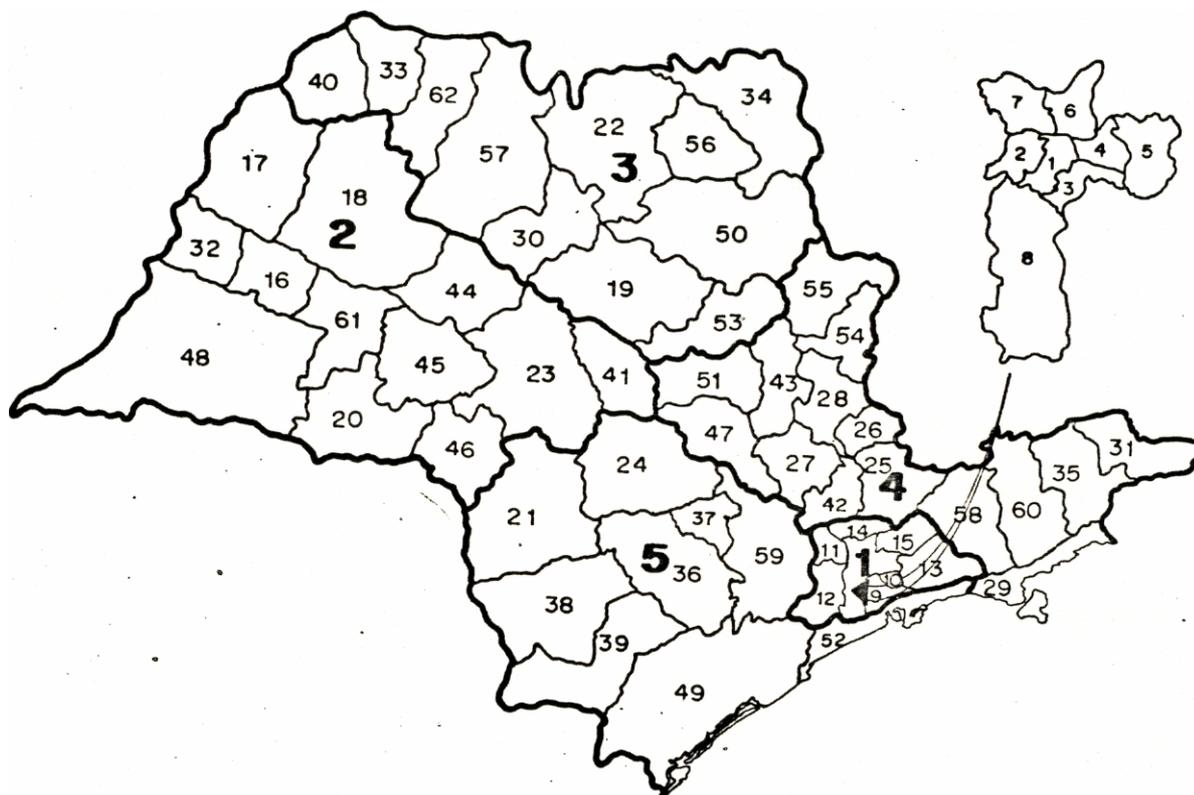


Figura 1 - Distribuição dos Escritórios Regionais de Saúde, segundo sua localização nas Coordenações de Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, abril/1989.

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 - Araraçatuba	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.