

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

A ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA
NO CONTROLE DA HANSENÍASE

ELISETE SILVA PEDRAZZANI

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Departamento de Prática de Saúde Pública, para obtenção do título de "Mestre em Saúde Pública".

Orientadora:
Prof^a Dra. Nilce Piva Adami

São Paulo
1984

*À Onestino, em memória,
e Natalina, pais , amigos e
incentivadores.*

É sempre gratificante terminar um trabalho e, apesar de correr o risco de não mencionar algumas pessoas que contribuíram para o desenvolvimento desta dissertação, quero agradecer:

A Dra. Nilce Piva Adami, pela valiosa orientação no encaminhamento deste estudo e a quem sou especialmente grata.

Ao Dr. Walter Belda, pela contribuição para o êxito do presente trabalho, com sua atenção e interesse constantes.

Ao João Carlos e Gabriel, de cujo convívio roubei horas preciosas, pelo carinho, estímulo, compreensão e apoio que me dedicaram.

A Onestino, em memória, e Natalina e Beth, Tininho, Lete e Nani, pelo incentivo, carinho e compreensão, o que muito me ajudou a chegar até aqui; em especial a Beth, pelas sugestões e discussões nas diferentes etapas deste trabalho, e a Lete, que colaborou na coleta de dados.

Aos colegas e amigos, pelas apreciações e sugestões, cuja colaboração muito auxiliou a realização desta pesquisa.

A todas aquelas pessoas que, num determinado momento, tiveram participação importante e tornaram possível a realização do presente trabalho, especialmente aos pacientes e funcionários dos Centros de Saúde estudados.

S U M Á R I O

	Página
RELAÇÃO DE TABELAS	vi
RELAÇÃO DE QUADRO	viii
RELAÇÃO DE ANEXOS	ix
RESUMO	xi
SUMMARY	xii
<i>I - APRESENTAÇÃO</i>	<i>1</i>
<i>II - A HANSENÍASE E A ENFERMAGEM</i>	<i>5</i>
1 - A HANSENÍASE COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	6
2 - A ENFERMAGEM NO CONTROLE DA HANSENÍASE	12
2.1 - A Prática da Enfermagem	12
2.2 - Recursos Humanos na Enfermagem	16
<i>III - OBJETIVOS</i>	<i>27</i>
<i>IV - METODOLOGIA</i>	<i>29</i>
1 - LOCAL DO ESTUDO	30
2 - POPULAÇÃO	30
3 - INSTRUMENTO	31
4 - PROCEDIMENTO	32
5 - ANÁLISE ESTATÍSTICA	35
<i>V - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS</i>	<i>37</i>
1 - CARACTERIZAÇÃO DO PESSOAL DE ENFERMAGEM.....	38
2 - CONHECIMENTO DO PESSOAL DE ENFERMAGEM SOBRE HANSENÍASE	45
3 - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO PESSOAL DE ENFERMAGEM NO SUBPROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE	52

	Página
3.1 - Atividades Realizadas pelo Pessoal de Enfermagem	52
3.2 - Atividades Realizadas pela Enfermeira	66
4 - ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRES- TADA AO DOENTE DE HANSENÍASE	71
4.1 - Situação dos Pacientes Inscritos no Subprograma de Controle da Hanseníase.....	71
4.2 - Anotações de Enfermagem nos Prontuá- rios	78
<i>VI - CONCLUSÕES</i>	84
<i>VII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	88
<i>VIII - BIBLIOGRAFIA CONSULTADA</i>	97
<i>IX - ANEXOS</i>	101

RELAÇÃO DE TABELAS

	Página
TABELA 1 - Distribuição do pessoal de enfermagem por categoria funcional, segundo os Centros de Saúde em estudo	39
TABELA 2 - Distribuição do pessoal de enfermagem por categoria funcional, segundo o sexo e grupo etário.....	41
TABELA 3 - Tempo de trabalho na área de Dermatologia Sanitária-Hanseníase, segundo a categoria funcional dos entrevistados.....	44
TABELA 4 - Número médio e porcentagem de respostas para cada item relacionado ao conhecimento do pessoal de enfermagem sobre hanseníase.....	46
TABELA 5 - Comparação entre os dados da avaliação do conhecimento sobre hanseníase no treinamento feito pela C.S.C. (1981) e os dados do levantamento da presente pesquisa(1981).....	53
TABELA 6 - Distribuição das respostas do pessoal de enfermagem, com relação às atividades realizadas na área de Dermatologia Sanitária Hanseníase, segundo o Centro de Saúde estudado.....	54
TABELA 7 - Distribuição das respostas positivas sobre as atividades realizadas na área de Dermatologia Sanitária-Hanseníase e as categorias profissionais que as executam.....	57

TABELA 8 - Distribuição das medias das respostas sobre as funções exercidas pelas enfermeiras na área de DermatologiaSanitária-Hanseníase.....	67
TABELA 9 - Distribuição de pacientes, segundo o preenchimento ou não do requisito da pesquisa	72
TABELA 10 -Distribuição dos doentes de hanseníase, segundo a inscrição no Centro de Saúde e forma da doença.....	73
TABELA 11 -Distribuição da freqüência de compareci mento do doente de hanseníase, segundo a forma da doença.....	75
TABELA 12 -Número médio de comparecimentos dos doentes de hanseníase, segundo a forma da doença e o Centro de Saúde.....	77
TABELA 13 -Distribuição dos 407 comparecimentos, segundo o tipo de atividade e sua realização.....	79

RELAÇÃO DE QUADRO

	Página
QUADRO 1 - Distribuição dos motivos que levam à não realização das atividades do S.P.C.H.nos Centros de Saúde	63

RELAÇÃO DE ANEXOS

ANEXO	1	- Formulário de entrevista para o pessoal de enfermagem.....	Página 102
ANEXO	2	- Levantamento dos registros das anotações das atividades realizadas pelo pessoal de enfermagem junto ao prontuário dos doentes portadores de hanseníase.....	107
ANEXO	3	- Modelo para avaliação do conhecimento. Padronização e Definição.....	111
ANEXO	4	- Distribuição da freqüência de respostas, número e porcentagem, para cada item relacionado ao conhecimento do pessoal de enfermagem sobre hanseníase.....	118
ANEXO	5	- Distribuição da freqüência de respostas das funções e atividades realizadas pelas enfermeiras na área de Dermatologia Sanitária-Hanseníase.....	119
ANEXO	6	- Distribuição da freqüência de comparecimentos do paciente, segundo a forma da doença.....	120
ANEXO	7	- Distribuição dos 407 comparecimentos, segundo o tipo de atividade e sua realização, a forma da doença e a ordem de comparecimento.....	121
ANEXO	8	- A - Distribuição dos 68 comparecimentos dos doentes de forma indeterminada, segundo o tipo de atividade e sua realização.....	122

ANEXO 8 - B - Distribuição dos 121 comparecimentos dos doentes de forma Tuberculóide, segundo o tipo de atividade e sua realização	122
ANEXO 8 - C - Distribuição dos 187 comparecimentos dos doentes de forma Virchoviana, segundo o tipo de atividade e sua realização.....	123
ANEXO 8 - D - Distribuição dos 31 comparecimentos dos doentes de forma Dimorfa, segundo o tipo de atividade e sua realização..	123

RESUMO

Objetivando contribuir para o estudo sobre a participação da enfermagem no controle da endemia hansênica, este trabalho é o relato de uma pesquisa realizada na área de Dermatologia Sanitária-Hanseníase nos Centros de Saúde I do Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto.

A investigação caracteriza o nível de conhecimento do pessoal de enfermagem sobre hanseníase, assim como coteja as atividades desenvolvidas por esse pessoal com as preconizadas pelo Subprograma de Controle da Hanseníase, elaborado em 1976 pela Coordenadoria de Saúde da Comunidade.

Com base nesses dados fez-se a análise da assistência de enfermagem prestada ao doente de hanseníase por meio do levantamento de registros efetuados pelo pessoal de enfermagem nos prontuários. Detectou-se a existência de um distanciamento entre a teoria e a prática dos exercentes da enfermagem, e a necessidade de redefinição dessa problemática, visando a uma efetiva participação do enfermeiro no atendimento das necessidades da população.

SUMMARY

This work is a report of a research carried out in the dermatological hygiene sectors of the Health Centers from the Regional Health Department of Ribeirão Preto, S.P., with the aim of contributing to the study of the role of the nursing profession on the control of leprosy.

The level of knowledge of the nursing personnel is characterized by this investigation, as well as the activities developed by these people is compared with those recommend by the Subprogram for the Control of Leprosy, organized in 1976 by the Community Health Committee.

Based on these data an analysis of medical records was performed concerning the nursing aid furnished to victims of Hansen's disease. A gap was discovered between the theory and the practice in nursing service, which should be studied to render more effectiveness the nursing services to the community.

I - APRESENTAÇÃO

A pesquisa realizada para esta Dissertação originou-se do interesse da autora em aprofundar o conhecimento sobre a problemática da hanseníase e sobre a atuação do pessoal de enfermagem, nas unidades sanitárias, para o controle desta doença.

A motivação para o desenvolvimento deste trabalho teve sua origem durante o Curso de Pós-Graduação, quando foi despertado o interesse pela área de Dermatologia sanitária e, em particular, pela Hanseníase. Além disso, o padrão de assistência e o desempenho do pessoal de enfermagem tem constituído o substrato básico da formação acadêmica e da atuação profissional que auxiliaram o tratamento dos problemas levantados neste trabalho.

Este estudo foi desenvolvido por meio da investigação na área de Dermatologia Sanitária-Hanseníase dos Centros de Saúde do Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto (D.R.S.6) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (S.E.S.).

Uma das questões levantadas ao iniciar a investigação foi a de "Como estava atuando a enfermagem junto ao Subprograma de Controle da Hanseníase?". O subprograma foi elaborado em 1976, pela Coordenadoria de Saúde da Comunidade (C.S.C.) da supra citada Secretaria.

A revisão bibliográfica sobre o tema, como primeiro passo para a realização do trabalho, mostrou um número elevado de publicações sobre o tema Hanseníase, porém restrito ao focar a participação da enfermagem no controle da endemia e, em particular no Brasil; esse levantamento fez com que se confirmasse que a proposta de estudo nesta área, seria realmente desafiante.

Outro desafio traçado foi justamente a identifi-

cação da necessidade premente de uma atuação do profissional de enfermagem, nos Centros de Saúde, desenvolvendo ações preventivas de níveis primário, secundário e terciário, com as quais poderia contribuir para uma assistência de melhor qualidade ao indivíduo doente e seus comunicantes.

Com a finalidade de expor os dados encontrados sobre o problema levantado, detectado o mais próximo possível de sua verificação na prática, optou-se por uma apresentação deste trabalho em capítulos, através de uma seqüência que parece a mais lógica.

Assim, são apresentados no segundo capítulo os dados da literatura onde se estabelece um marco referencial sobre o problema da hanseníase no Brasil e sobre o desenvolvimento dos recursos humanos em enfermagem, procurando analisar sua prática nos serviços de saúde. É discutida ainda que a capacitação de recursos humanos, com vista ao atendimento das necessidades da população, assume dimensões bem complexas, na medida em que este problema de preparo de pessoal é encarado não só sob o aspecto quantitativo mas também qualitativo para, desta forma, oferecer à comunidade uma melhor assistência de enfermagem.

O terceiro e quarto capítulos compreendem os objetivos e a metodologia adotados para a realização do presente estudo.

O quinto capítulo contém a apresentação dos dados encontrados durante a investigação e a discussão dos mesmos à luz do marco referencial do segundo capítulo.

A participação da enfermagem, por meio da assistência prestada ao paciente, junto ao Subprograma de Controle da Hanseníase, é um problema que deveria ser pesquisado

a nível estadual e, mais amplamente, a nível nacional, para que se conhecesse a realidade da assistência prestada a essa população, nas diferentes regiões. No entanto, as dificuldades inerentes ao tempo, aos recursos humanos e financeiros, impossibilitaram um trabalho de tal vulto.

Portanto, como já foi dito anteriormente, estes dados se restringem a uma Regional de Saúde do Estado de São Paulo, abrangendo oito Centros de Saúde tipo I.

O último capítulo do trabalho é dedicado ao relato das conclusões dos resultados obtidos assim como à identificação - a partir da elaboração desta dissertação - de outros temas de pesquisa afins.

Durante a exposição do assunto, a preocupação que se teve foi a de levantar pontos de reflexão para estimular o debate deste problema sem, no entanto, ter a pretensão de esgotar o assunto.

II - A HANSENIASE E A ENFERMAGEM

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

1 - A HANSENÍASE COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dentre os objetivos específicos apresentados no Subprograma, destacam-se⁽⁵⁴⁾:

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

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

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

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

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

2 - A ENFERMAGEM NO CONTROLE DA HANSENÍASE

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

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

2.1 - A Prática da Enfermagem

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2 - Recursos Humanos na Enfermagem

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

tro do programa de controle da endemia.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

III - OBJETIVOS

Com a finalidade de verificar como está sendo desenvolvida a assistência de enfermagem junto aos pacientes hansenianos, foram propostos, no presente trabalho, os seguintes objetivos:

- Caracterizar o nível de conhecimento sobre hanseníase, do pessoal de enfermagem que atua nesta área nos C.S.I do D.R.S.6.
- Cotejar as atividades de controle da hanseníase desenvolvidas pelo pessoal de enfermagem dos C.S.I dessa Regional, com as preconizadas pelo subprograma específico da C.S.C.
- Analisar a assistência prestada pelo pessoal de enfermagem na área de Dermatologia Sanitária-Hanseníase nos C.S.I da referida Regional de Saúde.

IV - METODOLOGIA

As estratégias e instrumentos utilizados no levantamento de dados foram os descritos a seguir.

1 - LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido nos C.S.I da D.R.S.6 da C.S.C. da S.E.S. Optou-se pelo C.S.I por se considerar esta unidade como sendo a que desenvolve todas as ações previstas no Subprograma de Controle da Hanseníase⁽²⁰⁾.

O Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto conta com 8 Centros de Saúde I, que estão distribuídos nas seguintes cidades: São Carlos, Araraquara*, Ribeirão Preto, Jaboticabal, Bebedouro, Barretos*, Franca e Bata tais.

Escolheu-se esta Regional de Saúde devido ao interesse em que a cidade de São Carlos estivesse incluída, visto existirem, sobre ela, poucos estudos da área de saúde^(33,42,53,55), e ser este um centro de formação de profissionais na área da saúde, o que, sem dúvida, coloca a necessidade de se identificarem as características dos serviços de saúde locais. Outro fator que interferiu na seleção do local foi a facilidade de acesso a estes centros de saúde por parte do pesquisador.

2 - POPULAÇÃO

A população estudada compreendeu:

2.1 - pessoal de enfermagem que trabalha na área de
de Dermatologia Sanitária - Hanseníase dos

* A partir de 07/03/83 e 07/07/83 foram criadas as regionais de Barretos e Araraquara, respectivamente; no entanto, no momento do levantamento de dados, faziam parte da D.R.S.6.

Centros de Saúde I, totalizando 24 pessoas, distribuídos em quatro categorias funcionais: enfermeiros, auxiliares de enfermagem, visitantes sanitários e atendentes.

- 2.2 - os prontuários de 96 pacientes portadores de hanseníase, inscritos (casos novos) no período de julho de 1.980 a junho de 1.981, no Subprograma de Controle da Hanseníase, nos Centros de Saúde I.

3 - INSTRUMENTO

Os instrumentos de coleta de dados constituíram-se de:

- 3.1 - um formulário para entrevista com o pessoal de enfermagem, a qual foi realizada no próprio local de trabalho (Anexo 1).
- 3.2 - uma ficha para registro das anotações contidas nos prontuários dos pacientes e efetuadas pelo pessoal de enfermagem (Anexo 2).

Antes da coleta dos dados foram realizados pré-testes com os instrumentos da pesquisa, em dois Centros de Saúde I do Município de São Paulo, que apresentavam características semelhantes àqueles selecionados para a realização do levantamento. Este pré-teste permitiu uma avaliação dos instrumentos, de forma a facilitar a consecução dos objetivos propostos em relação aos entrevistados, bem como o levantamento de dados referentes ao prontuário do paciente.

4 - PROCEDIMENTO

Para o levantamento de dados contou-se com a participação, além do pesquisador, de uma estudante do Curso de Graduação em Enfermagem. Esta aluna recebeu um treinamento prévio que envolveu a análise dos objetivos da pesquisa, leitura e discussão de textos sobre hanseníase, orientação e observação da aplicação dos instrumentos.

Tendo em vista a operacionalização da pesquisa, entrou-se em contato com o Supervisor do Setor de Dermatologia Sanitária da C.S.C. e com o Diretor do D.R.S.6, que autorizaram a realização da mesma.

A seguir foram feitos contatos telefônicos com todos os Diretores Técnicos dos Centros de Saúde selecionados e, quando possível, com a enfermeira* para marcar a data de coleta dos dados, em período que não prejudicasse o andamento das atividades e no qual houvesse maior número possível de funcionários em serviço.

Nos locais, explicava-se a finalidade e o procedimento para o levantamento dos dados antes do início da entrevista; em seguida ia-se ao Setor de Epidemiologia e Estatística do Centro de Saúde para a identificação dos casos novos inscritos no período estabelecido para o estudo, procedendo-se à coleta de dados.

Para obter o número total de pacientes inscritos no Subprograma de Hanseníase fez-se o levantamento junto ao boletim mensal de produção de cada Centro de Saúde e, posteriormente, utilizaram-se os prontuários do Fichário Central. Os prontuários dos pacientes que foram transferidos,

* A terminologia adotada para o profissional graduado será enfermeira, pelo fato de os sujeitos da pesquisa serem todos do sexo feminino.

bem como os casos novos que não preencheram os requisitos necessários foram excluídos.

O motivo para exclusão dos prontuários prendeu-se ao interesse da pesquisa em termos de que se obtivessem os dados dos mesmos a partir do início da sua inscrição junto ao subprograma, a qual deveria corresponder ao início do tratamento. Encontraram-se casos em que a inscrição, notificação do caso através da ficha epidemiológica, se deu em até 3 anos após o início do tratamento com o doente, naquela unidade sanitária.

Não foram localizados 6 prontuários de pacientes inscritos no subprograma, apesar de ter sido confirmada, através dos boletins e dos próprios funcionários da área, a existência desses pacientes. Vale a pena acrescentar que procurou-se encontrar esses prontuários em todos os locais possíveis no Centro de Saúde, ou seja, junto ao Fichário Central, áreas de atendimento no Centro de Saúde, com os visitantes sanitários para visita domiciliária, não se obtendo resultado positivo; daí a necessária exclusão da pesquisa por não se ter condições para o levantamento dos dados.

Assim, apesar do total de doentes de hanseníase inscritos no período ser de 122, a presente pesquisa apresentou uma perda de 12,3% dos casos inscritos (Tabela 9, pág. 72); portanto, o levantamento de dados se restringe a 96 (100%) prontuários.

Para a realização da entrevista utilizou-se o instrumento elaborado para este fim, havendo uma parte do mesmo referente ao "padrão" de conhecimento, que foi descrito item por item. Esses itens foram listados na seqüência das questões em estudo. Para a padronização e definição do que era considerado correto e completo foi elaborado

um modelo de avaliação (Anexo 3).

Com o instrumento para a coleta de dados em mãos, o entrevistador fazia as perguntas e, frente às respostas do entrevistado, assinalava na coluna correspondente, ou seja, se o item era respondido ou não, se estava correto ou não e, em caso de resposta correta, se esta era completa ou incompleta.

Em relação ao instrumento utilizado para o levantamento das anotações efetuadas pelo pessoal de enfermagem, no prontuário do paciente, foi também necessário definir os critérios para categorizar a resposta. Procedeu-se da seguinte forma:

- a atividade foi considerada completa, no caso em que se encontrou, no prontuário do paciente, o registro de que todas as suas ações foram realizadas de forma completa, conforme a preconizada no subprograma.
- a atividade foi considerada incompleta quando as anotações evidenciavam que uma ou mais de suas ações não haviam sido registradas.
- foi considerada atividade não realizada, quando a mesma já deveria ter sido feita e, até a data dos retornos, não se encontrou registro das ações (por exemplo: visita domiciliária, Teste de Mitsuda, trabalho de grupo, prevenção de incapacidades) e, também, nos casos em que o atendimento prestado ao paciente exigia que tal atividade fosse realizada (por exemplo: pré e pós-consulta).
- o critério "não se aplica" foi utilizado para os

casos em que a atividade não se aplicava no momento daquele comparecimento do paciente (por exemplo: coleta de material, Teste de Mitsuda), e também nos casos em que era feita uma atividade e não se poderia aplicar uma outra (por exemplo: pré e pós-consulta, atendimento de enfermagem e visita domiciliária).

Essas etapas planejadas previamente tiveram a finalidade de contribuir para que a coleta de dados ocorresse com o mínimo de imprevistos e que a mesma fosse padronizada, visto que participaram duas pessoas no levantamento, e este deu-se em 8 locais diferentes que, apesar de terem suas programações normatizadas, apresentam características peculiares.

5 - ANÁLISE ESTATÍSTICA

De posse dos dados fez-se a codificação dos mesmos para que a tabulação fosse feita pelo computador só foi possível utilizar esse mecanismo para a parte referente à entrevista com os funcionários.

As informações obtidas dos prontuários foram todas tabuladas manualmente, uma vez que o número de quesitos anotados no instrumento desta segunda parte é bem maior do que o número dos prontuários existentes. Essa diferença produz tabelas com informações cruzadas em cujo corpo vai haver um grande número de caselas vazias, tornando a leitura das mesmas quase equivalente à leitura dos próprios formulários no que se refere à condensação da informação.

A seguir estruturaram-se as tabelas, onde são apresentadas as informações em valores absolutos, média e

percentagem, para depois serem tecidas algumas considerações com base nesses resultados.

Omitiram-se o local e a data do levantamento dos dados, nos títulos das tabelas, visto que todas as informações foram obtidas no período e local previsto para a realização da pesquisa.

Os Centros de Saúde pesquisados aparecem identificados por meio de letras (A, B, C, D, E, F, G e H) preservando-se desta forma o sigilo das informações obtidas.

V - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Para facilitar a exposição e análise, optou-se por apresentar e discutir os dados obtidos, subdividindo-os em duas partes. O primeiro conjunto de dados refere-se àqueles obtidos nas entrevistas com o pessoal de enfermagem que trabalhava na área de Dermatologia Sanitária-Hanseníase. O segundo conjunto, àqueles obtidos junto aos prontuários dos pacientes inscritos como casos novos de julho/80 a junho/81.

A apresentação e discussão desses 2 conjuntos de dados foram feitas independentemente, o que facilita num primeiro momento a caracterização do pessoal de enfermagem, a identificação de seus conhecimentos sobre hanseníase e as atividades que desenvolvem; no segundo conjunto de dados procurou-se analisar a assistência prestada pelo pessoal de enfermagem por meio do registro das anotações efetuadas por esse pessoal nos prontuários dos pacientes.

Um dos aspectos essenciais, e que deve ser destacado, é a possibilidade de, pelos dados obtidos, analisar a participação efetiva da equipe de enfermagem no Subprograma de Controle da hanseníase.

1 - CARACTERIZAÇÃO DO PESSOAL DE ENFERMAGEM

Com relação à equipe de enfermagem que se encontrava trabalhando nos Centros de Saúde na área de Dermatologia Sanitária-hanseníase, verificou-se que o total de pessoal em todos os Centros da Saúde pesquisados foi de 6 enfermeiros, 11 visitantes sanitários, 3 auxiliares de enfermagem e 4 atendentes, totalizando 24 pessoas. A frequência desses profissionais e ocupacionais nos Centros de Saúde variou de 1 a 5, ou seja, em um Centro de Saúde encontrou-se

apenas 1 visitador sanitário atuando na área de hanseníase ao passo que em outros detectou-se a presença de pessoal nessas 4 categorias, havendo no mínimo um visitador sanitário. A enfermeira, apesar de não atuar diretamente na área, no exercício da função assistencial, não foi encontrada em 2 dos 8 Centros de Saúde. O auxiliar de enfermagem estava presente somente em 3, e apenas a metade dos C.S. tinha atendentes (Tabela 1).

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DO PESSOAL DE ENFERMAGEM POR CATEGORIA FUNCIONAL SEGUNDO OS CENTROS DE SAÚDE EM ESTUDO.

CENTRO DE SAÚDE	CATEGORIA FUNCIONAL				TOTAL	
	Enfermeira	Visitador Sanitário	Auxiliar Enfermagem	Atendente	Nº	%
A	1	2	1	-	4	16,7
B	1	1	-	1	3	12,5
C	1	2	1	1	5	20,8
D	-	1	-	-	1	4,2
E	1	1	1	-	3	12,5
F	-	1	-	1	2	8,3
G	1	2	-	1	4	16,7
H	1	1	-	-	2	8,3
TOTAL	6 (25,0%)	11 (45,8%)	3 (12,5%)	4 (16,7%)	24	100,0

Durante a coleta de dados, verificou-se que 1 visitador sanitário e 1 atendente, em 2 Centros de Saúde diferentes, encontravam-se afastados do local de trabalho, por motivos de férias e licença, respectivamente.

A maioria dos entrevistados é do sexo feminino (79,2%). Em relação à idade não foram encontradas diferenças significativas e observa-se que 54,2% do pessoal entre-

vistado tem entre 20 e 40 anos de idade (Tabela 2).

Observa-se que as mulheres encontram-se com maior frequência nas faixas etárias mais baixas (20 - 40 anos) e nas categorias de enfermeira e de visitadora sanitária.

Em relação às enfermeiras, a distribuição observada nessa pesquisa não difere dos valores etários encontrados por FERREIRA SANTOS⁽²³⁾, que indicam a presença na faixa etária de 20 a 30 anos, de 72,0% dessas profissionais.

Quanto aos cursos de treinamento em serviço e/ou reciclagem em hanseníase, verificou-se, conforme as respostas dos entrevistados, que 16 pessoas (66,6%) fizeram cursos durante o seu tempo de trabalho; esses treinamentos foram realizados no período de 1950 a 1981 apresentando a seguinte distribuição segundo os tipos de cursos.

a-Noções Gerais de Prevenção de Incapacidades em hanseníase	(1981)* - 6 enfermeiras
b-Treinamento em hanseníase para pessoal auxiliar	(1950)* - 1 atendente (1981)* - 6 visitantes sanitários - 1 atendente
c-Treinamento para Coleta de Material	(1967)* - 1 auxiliar de enfermagem
d-Noções Gerais de "Lepra"	(1960)* - 1 atendente

O grupo de enfermeiras, na sua totalidade, frequentou o curso oferecido para o pessoal universitário pela Coordenadoria acima referida; nas demais categorias, 2 auxi-

* Refere-se ao ano de realização do curso.

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DO PESSOAL DE ENFERMAGEM POR CATEGORIA FUNCIONAL SEGUNDO O SEXO E GRUPO ETÁRIO

GRUPO ETÁRIO	FEMININO				MASCULINO				SUBTOTAL				
	Enfermeira		Auxiliar		Enfermeira		Auxiliar		Atendente	TOTAL			
	Visitador	Sanitário	Enfermagem	Enfermagem	Enfermeira	Sanitário	Enfermagem	Atendente	A Nº	%			
20 - 30	3	2	-	-	1	6	1	-	-	1	7	29,2	
30 - 40	1	4	-	-	1	6	-	-	-	-	6	25,0	
40 - 50	2	1	1	-	-	4	1	1	-	-	2	6	25,0
50 e +	-	1	-	-	2	3	1	1	-	-	2	5	20,8
TOTAL	6	8	1	-	4	19	3	2	-	5	24	100,0	
	(25,0%)	(33,3%)	(4,2%)		(16,7%)	(79,2%)	(12,5%)	(8,3%)				(20,8%)	

liares de enfermagem, 5 visitantes sanitários e 1 atendente não participaram de nenhum tipo de curso.

OLIVI⁽⁴²⁾, estudando sobre treinamento em serviço, para pessoal sem qualificação formal, para exercerem as atividades de enfermagem, encontrou que 58,1% dos seus entrevistados referiram terem sido treinados; este valor é semelhante ao obtido na presente pesquisa, onde, dentro dessas categorias funcionais (visitador sanitário e atendente) encontrou-se que 60,0% receberam treinamento em serviço.

Em relação ao treinamento realizado pelo nível central da C.S.C. no D.R.S.6 no período de 22 a 29 de julho de 1981, participaram, entre outros profissionais, 17 enfermeiras e 23 auxiliares^(1,10).

Portanto, verificou-se que o levantamento dos dados para esta pesquisa se deu em seguida ao treinamento acima citado, o que contribui significativamente para elevar o número de pessoas que haviam sido capacitadas, nesse período, atingindo um percentual de 54,2%.

Do número total de pessoas que atuam na área de Dermatologia Sanitária-hanseníase encontraram-se 8 ocupacionais que não tinham participado de nenhum treinamento. No entanto, vale a pena ressaltar que este curso oferecido pela C.S.C., realizado na Regional de Ribeirão Preto, foi o primeiro de uma série e, sabe-se que está sendo programado, a nível regional, o treinamento de todos os funcionários dos.C.S. desta Regional de Saúde*.

Acredita-se que seja necessário atingir tal meta, principalmente para que se consiga cumprir os objetivos

* Dados obtidos em reunião com o Inspetor de Dermatologia Sanitária do Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto, 1983.

propostos no treinamento, quais sejam⁽¹⁰⁾:

- "uniformizar e atualizar conceitos;
- sensibilizar o pessoal para a problemática da hanseníase;
- oferecer condições técnicas à equipe de saúde para o desempenho de suas atividades no Subprograma de Controle da hanseníase; e
- proporcionar integração da equipe de saúde".

O interesse em conhecer o preparo do pessoal de enfermagem vem ao encontro da necessidade de identificar a capacitação desses profissionais e ocupacionais para atuar junto aos centros de saúde, de modo a adequar a assistência prestada às reais necessidades de saúde da população que recorre a esses serviços.

LOPES de la PEÑA⁽³³⁾ assinala que a formação do profissional de enfermagem que vai atuar diretamente no campo da saúde pública, em qualquer nível, requer, além dos conhecimentos técnico-científicos de enfermagem, conhecimento profundo da especialidade, visando a colaborar mais eficientemente com a equipe de saúde e, ao mesmo tempo, oferecer serviços mais qualificados à comunidade.

Quando se perguntou sobre o tempo de trabalho na área de Dermatologia Sanitária-Hanseníase do Centro de Saúde, encontrou-se que a maioria dos funcionários atuava há 4 ou 5 anos nessa área.

Ao se analisar a distribuição apresentada na Tabela 3 verifica-se que a maioria (66,6%) dos funcionários que trabalhavam nessa área apresentava um tempo de serviço necessário - entre 3 e 5 anos - para que os mesmos tivessem adquirido conhecimento sobre a dinâmica de assistência à

saúde prestada ao cliente. Além disso, é importante considerar que o tempo de serviço pode contribuir para aprimorar a habilidade do pessoal.

TABELA 3 - TEMPO DE TRABALHO NA ÁREA DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA-HANSENÍASE, SEGUNDO A CATEGORIA FUNCIONAL DOS ENTREVISTADOS.

TEMPO DE TRABALHO NA ÁREA	CATEGORIA FUNCIONAL				TOTAL
	Enfermeira	Visitador Sanitário	Auxiliar Enfermagem	Atendente	
< 1 ano	2	2	-	2	6
1 — 2 anos	-	2	-	-	2
2 — 3 anos	-	-	-	-	-
3 — 4 anos	2	-	-	-	2
4 — 5 anos	2	7	3	2	14
TOTAL	6	11	3	4	24

Em relação às enfermeiras, todas fizeram habilitação em Enfermagem de Saúde Pública em seguida à conclusão do Curso de Graduação.

Para o ingresso no quadro de pessoal dos Centros de Saúde da Coordenadoria de Saúde da Comunidade não há exigência de a enfermeira ter cursado a habilitação supra citada. Porém, se for considerada a opinião dos educadores de enfermagem, de que o currículo mínimo estipulado para o Curso de Graduação fica muito aquém do mínimo necessário, em relação às atuais necessidades exigidas para o atendimento à saúde da população, acredita-se que por meio dessa habilitação o profissional estaria preparado mais adequadamente para atuar nos serviços de saúde pública.

2 - CONHECIMENTO DO PESSOAL DE ENFERMAGEM SOBRE HANSENÍASE

A literatura sobre enfermagem em hanseníase a qual se teve acesso é bastante restrita. Procurando analisar especificamente o conhecimento do pessoal de enfermagem a respeito desta doença, no levantamento efetuado, encontraram-se apenas dois trabalhos^(1,10), os quais serão bastante úteis na discussão dos aspectos analisados neste item.

Dos dados apresentados no capítulo deste trabalho sobre a importância da hanseníase como problema de saúde pública, depreendeu-se que é fundamental uma participação efetiva da equipe de saúde visando ao desenvolvimento de ações que possam contribuir para o controle dessa doença. Essas ações devem envolver não só os conhecimentos específicos, mas também a análise crítica da situação existente.

Portanto, procurou-se identificar os conhecimentos do pessoal de enfermagem sobre hanseníase para, posteriormente, analisar a assistência prestada pelos mesmos junto aos pacientes inscritos no Subprograma de Controle da hanseníase.

A Tabela 4 apresenta o número médio de respostas em relação aos itens pesquisados, obtido através da média de resposta para cada sub-item, e os tipos de respostas que os profissionais e ocupacionais emitiram. Os dados detalha dos de cada item são apresentados no Anexo 4.

Cada item engloba os sub-itens:

- (1) causa, formas clínicas, características clínicas, período de incubação, modo de transmissão e contagiosidade;

TABELA 4 - NÚMERO MÉDIO E PORCENTAGEM DE RESPOSTAS PARA CADA ITEM RELACIONADO AO CONHECIMENTO DO PES
SOAL DE ENFERMAGEM SOBRE HANSENÍASE.

ITENS RELACIONADOS	TIPOS DE RESPOSTAS										TOTAL	
	CORRETA					NÃO SABE						
	COMPLETA		INCOMPLETA			INCORRETA		NÃO SABE				
	Número Médio	%	Número Médio	Número Médio	%	Número Médio	%	Número Médio	Número Médio	%		
AO												
CONHECIMENTO												
Noções sobre Doença (1)	14,5	60,4	6,3	26,4	1,1	4,9	2,0	8,3	24	100,0		
Noções sobre Tratamento (2)	11,6	48,4	5,6	23,3	1,4	5,8	5,4	22,5	24	100,0		
Noções sobre provas e testes (3)	8,0	33,3	6,5	27,1	1,3	5,4	8,2	34,2	24	100,0		
Noções sobre exames laboratoriais (4)	9,3	38,9	7,7	31,9	1,0	4,2	6,0	25,0	24	100,0		
Noções sobre preven ção de incapacidades (5)	10,2	42,7	10,0	41,7	-	-	3,7	15,6	24	100,0		

- (2) drogas utilizadas (tratamento básico, para esta dos reacionais, complementar), regularidade, resistência medicamentosa;
- (3) prova de histamina (procedimento, resultados), Teste de Mitsuda (indicação, procedimento, prazo para leitura, resultados);
- (4) indicação, coleta de material de lesão cutânea (local, material, técnica da coleta), coleta de material do muco nasal (material e técnica da coleta);
- (5) problemas oculares, do nariz, da mão, do pé (tipos de comprometimentos e cuidados).

Do item "Noções sobre a doença" os sub-itens que obtiveram maior porcentagem de respostas correta e completa foram "contagiosidade" (79,1%) e "período e incubação" (70,8%); o que foi respondido de forma incompleta com porcentagem mais alta foi o "modo de transmissão" (54,2%); 5 pessoas (20,8%) responderam incorretamente sobre a "causa da doença", e a frequência maior de respostas "não sabe" recaiu no sub-item "período de incubação" (Anexo 4).

Em relação a este primeiro item - "noções sobre a doença" -, observa-se que 60,4%, em média, do pessoal entrevistado responderam-no de forma correta e completa e que 4,9% e 8,3% respectivamente responderam incorretamente ou não sabiam (Tabela 4).

Quanto a "noções sobre o tratamento" verifica-se que a frequência média de respostas afirmativas corretas e completas, é de 48,4% e em média 5,6 (23,3%) profissionais responderam de forma correta e incompleta e, bem próximo a

este valor, 22,5% afirmaram não saber sobre este item (Tabela 4).

No sub-item "regularidade" observa-se que 23 (95,8%) das pessoas entrevistadas responderam de forma correta e completa; em relação ao "tratamento complementar" encontra-se 15 (62,5%) profissionais que não sabiam do que consta este tratamento (Anexo 4).

Apesar da prescrição de medicamentos ser uma ação que deve ser desenvolvida pelo médico, o conhecimento sobre as drogas utilizadas para o tratamento foi pesquisado, visto que a mesma pode ser entregue (prescrita) pelo pessoal de enfermagem ao paciente, em seu retorno no Centro de Saúde na realização do Atendimento de Enfermagem, desde que o mesmo não apresente nenhuma intercorrência na evolução do tratamento, e pelo fato desta ação ser normatizada pela Coordenadoria de Saúde da Comunidade. A entrega do medicamento, no entanto, deve ser sempre precedida das devidas orientações sobre o tratamento a ser realizado.

As respostas a respeito de "noções sobre provas e testes" a serem feitas no diagnóstico e controle da doença alcançaram um valor médio de respostas próximo às que foram obtidas de forma correta completa (8,0 ou 33,0%) e correta incompleta (6,5 ou 27,1%) (Tabela 4).

Incluiu-se neste item a "prova de histamina" e o "Teste de Mitsuda", conforme o preconizado pelo Subprograma de Controle da Hanseníase e encontrou-se que a prova de histamina não era desenvolvida em nenhum C.S. estudado, a maioria do pessoal, 17 (70,8%), desconhecia o procedimento indicado para esta prova e que, mesmo não a executando, apresentavam algum conhecimento teórico sobre ela.

Em relação ao Teste de Mitsuda, encontrou-se que

a concentração maior (87,5%) de respostas corretas e completas foi em relação ao prazo de "leitura", seguida do item "procedimentos" (37,5%); dos 24 profissionais entrevistados 14 (58,3%) responderam de forma incompleta sobre a indicação do teste e 10 (41,6%) sobre os resultados do mesmo.

Procurou-se verificar o conhecimento de "noções sobre exames laboratoriais". Para tanto, obtiveram-se dados somente sobre a baciloscopia, incluindo "coleta de material de lesão cutânea e muco nasal", por se caracterizar como atividade prevista de ser realizada por profissionais da equipe de enfermagem. Um outro exame laboratorial que é a biópsia e que deve ser feita por médico, não foi incluído no presente trabalho, visto que o desenvolvimento desta atividade exige conhecimentos mais profundos, além da técnica propriamente dita.

Das respostas obtidas que constam da Tabela 4, 25,0% dos entrevistados referiram não conhecer nada a respeito de exames laboratoriais e apenas 4,2% responderam incorretamente. A frequência maior de respostas corretas foi obtida no item "coleta de material da lesão cutânea".

Como consta da Tabela 4, o último item pesquisa do refere-se à "noções sobre prevenção de incapacidades físicas" e foi verificado que, em média, 84,4% dos profissionais responderam de forma correta sobre este item, sendo que destes, 41,7% apresentaram respostas incompletas e apenas 15,6% afirmaram não saber nada a respeito deste aspecto.

Os sub-itens apresentam uma concentração maior de respostas corretas em relação aos "problemas das mãos e pés", variando de 37,5%, a 54,2% e uma porcentagem máxima de 12,5% de respostas "não sabe", ao passo que em relação a

"problemas do nariz" encontrou-se 41,6% de desconhecimento sobre os cuidados preconizados.

Este conjunto de dados permite concluir que o conhecimento dos profissionais e ocupacionais de enfermagem que atuam na prestação de assistência a nível local é, em grande medida correto e completo, o que, sem dúvida, é um fator que contribui para a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

No entanto, deve-se ressaltar o número significativo de respostas "incorretas" e "não sabe" identificado neste trabalho o que, sem dúvida, vem reforçar medidas tomadas pelos responsáveis dos setores, de continuarem com programas de treinamento em serviço, visando a reverter esta situação de desatualização quanto aos avanços científicos realizados na área.

Verifica-se pelos dados apresentados que, de um modo geral, o pessoal de enfermagem tem um conhecimento acima da média, sobre hanseníase, visto que as respostas corretas, para todos os itens, variaram de 60,4% a 86,8%. Deve se considerar que partes destas respostas foram respondidas de forma incompleta, mas com uma porcentagem menor (23,3% a 41,7%) em relação às completas (33,3% a 60,4%), reforçando portanto a afirmação inicial (Tabela 4).

Em estudo feito sobre o Treinamento em hanseníase desenvolvido pela C.S.C. da S.E.S.⁽¹⁾ encontrou-se que o conhecimento correto por temas foi alterado significativamente quando da aplicação do pós-teste e em relação ao pré-teste. Estes resultados foram observados tanto para pessoal auxiliar como para o de nível universitário.

É interessante registrar os dados obtidos no pré e pós-teste aplicados para avaliação do conhecimento corre-

to em relação a alguns temas tratados no treinamento e que foram também os itens verificados na presente pesquisa, para que se possa tecer uma análise real da situação encontra da neste levantamento.

No entanto, é preciso ressaltar que os resultados descritos no trabalho da equipe da S.E.S. referem-se ao treinamento desenvolvido em 11 Departamentos Regionais de Saúde, enquanto esta pesquisa se restringe apenas a uma regional, onde se contou com 14,2% do total dos participantes nos cursos de treinamento e também foi a que apresentou o maior número de pessoas treinadas, juntamente com o Departamento Regional de Saúde do Litoral.

A fim de comparar os dados obtidos da avaliação do conhecimento no treinamento feito pela C.S.C. e o encontrado no presente levantamento, optou-se por visualizar, nas colunas correspondentes da Tabela 5, a média das respostas do pessoal de níveis universitário e auxiliar, verificadas no treinamento, visto que os mesmos não são apresentados por categorias funcionais.

Dos itens pesquisados, a comparação mostra que, antes do treinamento os funcionários apresentavam um grau de conhecimento entre 35,5% e 77,6%, passando a atingir um grau bem mais elevado (entre 81,7% e 96,7%) quando da aplicação do pós-teste.

Como foi visto no item anterior (pág. 40), em relação aos cursos de treinamento que o pessoal de enfermagem fez, a maioria (54,2%) participou do último curso dado pela C.S.C. na Regional de Ribeirão Preto o que, pelo pequeno intervalo de tempo decorrido até o levantamento de dados da pesquisa, fez com que as pessoas entrevistadas ainda estivessem com as informações bastante claras e precisas.

No entanto, tem-se que considerar que 45,8% das demais categorias profissionais (auxiliar de enfermagem, visitador sanitário e atendente) fizeram cursos há mais de quinze anos atrás, ou até o momento da pesquisa não haviam tido oportunidade de serem reciclados de uma forma mais completa, fazendo com que a porcentagem de respostas corretas não atingisse níveis mais elevados.

Do exposto acima pode-se concluir que o pessoal de enfermagem tem o conhecimento sobre hanseníase que é esperado para atuar no serviço de saúde e, conseqüentemente capacitação para prestar uma assistência mais completa ao paciente e, portanto, participar mais ativamente das medidas de controle da doença.

3 - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO PESSOAL DE ENFERMAGEM NO SUBPROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE

3.1 - Atividades Realizadas pelo Pessoal de Enfermagem

Em função do segundo objetivo proposto, procurou-se, durante o levantamento, obter dados que permitissem tal análise, buscando identificar as atividades que eram realizadas pelo pessoal de enfermagem.

Verificou-se que, na entrevista realizada com os 24 funcionários nos 8 Centros de Saúde, apenas nos Centros de Saúde E e G não eram desenvolvidas as atividades de "pré consulta" e "atendimento de enfermagem" por 2 e 3 funcionários, respectivamente.

Em relação à "aplicação e leitura do Teste de Mitsuda" encontrou-se que em dois Centros de Saúde (B e D) esta atividade foi referida como não realizada por 1 funcionário em cada unidade e, no Centro de Saúde F, 1 pessoa en-

TABELA 5 - COMPARAÇÃO ENTRE OS DADOS DA AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE HANSENÍASE NO TREINAMENTO FEITO PELA C.S.C. (1981) E OS DADOS DO LEVANTAMENTO DA PRESENTE PESQUISA (1981).

ITENS	TREINAMENTO DA C.S.C.								PESQUISA	
	PRÉ-TESTE				PÓS-TESTE				MÉDIA	
	Pessoal Universitário	Pessoal Auxiliar	Pessoal Universitário	Pessoal Auxiliar	Pessoal Universitário	Pessoal Auxiliar	Pessoal Universitário	Pessoal Auxiliar	Pré-Teste	Pós-Teste
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
1- etiopatogenia, histopatogenia, imunologia	55,0	-	91,7	-	55,0	91,7	-	55,0	91,7	86,8
2- classificação, diagnóstico	63,3	57,9	96,0	81,8	60,6	88,9	60,6	60,6	88,9	60,4
3- reações, tratamento.	45,0	77,6	86,0	96,7	61,3	91,3	61,3	61,3	91,3	71,6
4- prevenção incapacidades	35,5	46,2	81,7	89,5	40,8	85,6	40,8	40,8	85,6	84,4

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS DO PESSOAL DE ENFERMAGEM, COM RELAÇÃO ÀS ATIVIDADES REALIZADAS NA ÁREA DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA-HANSENÍASE, SEGUNDO O CENTRO DE SAÚDE ESTUDADO.

ATIVIDADES	CENTROS DE SAÚDE												TOTAL															
	A			B			C			D			E			F			G			H						
	Sim	Não	S/Res posta	Sim	Não	S/Res posta	Sim	Não	S/Res posta	Sim	Não	S/Res posta	Sim	Não	S/Res posta	Sim	Não	S/Res posta	Sim	Não	S/Res posta	Sim	Não	S/Res posta				
Inscrição	4	-	-	3	-	-	5	-	-	1	-	-	3	-	-	2	-	-	4	-	-	2	-	-	24	-	-	
Pré-Consulta	4	-	-	3	-	-	5	-	-	1	-	-	1	2	-	2	-	-	4	-	-	2	-	-	22	2	-	
Pós-Consulta	4	-	-	3	-	-	5	-	-	1	-	-	3	-	-	2	-	-	4	-	-	2	-	-	24	-	-	
Atendimento de Enfermagem	4	-	-	3	-	-	5	-	-	1	-	-	3	-	-	2	-	-	1	3	-	2	-	-	21	3	-	
Convocação	4	-	-	3	-	-	5	-	-	1	-	-	3	-	-	2	-	-	4	-	-	2	-	-	24	-	-	
Visita Domiciliar	4	-	-	3	-	-	5	-	-	1	-	-	3	-	-	2	-	-	4	-	-	2	-	-	24	-	-	
Aplicação e Leitura do Teste de Mitsuda	4	-	-	2	1	-	5	-	-	-	1	-	3	-	-	1	1	-	4	-	-	2	-	-	21	2	1	
Coleta de Material	4	-	-	3	-	-	5	-	-	1	-	-	3	-	-	1	-	-	4	-	-	2	-	-	23	-	1	
Aplicação de Tratamento	3	3	1	-	3	-	5	-	-	-	1	-	-	3	-	2	-	-	-	4	-	-	-	2	-	7	16	1
Trabalho de Grupo	-	3	1	3	-	-	2	3	-	-	1	-	-	3	-	1	1	-	-	4	-	-	-	2	-	6	17	1
Prevenção de Incapacidades	3	-	1	3	-	-	5	-	-	1	-	-	1	2	-	-	2	-	-	4	-	-	1	1	-	14	9	1

trevistada deixou sem resposta o item.

No Centro de Saúde F apenas um profissional deixou de responder quem executava a atividade de "coleta de material para baciloscopia".

Essas informações estão apresentadas na Tabela 6, na página anterior, e pode-se verificar que as 8 primeiras atividades foram, na sua grande maioria, realizadas pelo pessoal de enfermagem nos Centros de Saúde estudados.

Para as outras três atividades pesquisadas (aplicação de tratamento, trabalho de grupo e prevenção de incapacidades), as respostas obtidas apresentaram uma distribuição discrepante em relação às anteriores.

Destacaram-se, da Tabela 6, essas atividades, procurando com isto identificar melhor a freqüência das respostas negativas dos funcionários quanto à não realização das mesmas nos Centros de Saúde, respostas estas especifica das a seguir:

CENTROS DE SAÚDE	APLICAÇÃO DE TRATAMENTO	TRABALHO DE GRUPO	PREVENÇÃO DE INCAPACIDADE
A	3	3	-
B	3	-	-
C	-	3	-
D	1	1	-
E	3	3	2
F	-	1	2
G	4	4	4
H	2	2	1

Observa-se que as atividades "aplicação de tratamento" e "trabalho de grupo" apresentam uma distribuição semelhante de não execução das mesmas, conforme as respostas de alguns funcionários, apresentando uma diferença maior no

Centro de Saúde B onde a segunda atividade é referida como sendo realizada por todos (Tabela 6).

Nos Centros de Saúde E, F, G e H é que se encontrou um número maior de respostas negativas dos funcionários quanto à não realização da atividade de prevenção de incapacidades; observa-se ainda que nos 4 Centros de Saúde restantes (A, B, C e D) todos os funcionários referiam que a mesma era desenvolvida.

Tem-se ainda que registrar, quanto a essas 3 atividades, que no Centro de Saúde A, um funcionário deixou de responder com relação à execução ou não das mesmas na unidade de sanitária.

A "prevenção de incapacidades físicas" através de técnicas simples, foi um dado cuja obtenção parece valiosa, uma vez que poderia contribuir para uma avaliação do desenvolvimento da mesma, apesar de não fazer parte do grupo de atividades a serem introduzidas desde o início da implantação do subprograma em todos os C.S. da C.S.C.

Desde 1980 a Coordenadoria de Saúde da Comunidade vem desenvolvendo um trabalho junto aos Centros de Saúde, com vistas a intensificar as atividades de prevenção de incapacidades físicas; este trabalho demonstra ter dado algum resultado pois, de 24 profissionais e ocupacionais entrevistados, 14 responderam que realizavam esta atividade nos serviços estudados (Tabela 6).

Na página seguinte é apresentada, na Tabela 7, a distribuição das atividades desenvolvidas e as categorias profissionais que as executam; vale lembrar que, para o levantamento das mesmas, foram selecionadas somente aquelas que, segundo o Subprograma de Controle da hanseníase, deveriam ser realizadas por pessoal de enfermagem.

TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS POSITIVAS SOBRE AS ATIVIDADES REALIZADAS NA ÁREA DE DERMATOLOGIA SANEITÁRIA - HANSENÍASE E AS CATEGORIAS PROFISSIONAIS QUE AS EXECUTAM

ATIVIDADE	PROFISSIONAL						TOTAL DE RESPOSTAS
	Enfermeira	Auxiliar de Enfermagem	Visitador Sanitário	Atendente	Outros (1)		
Inscrição	1	2	4	13	6		24
Pré-Consulta	-	2	13	15	-		22
Pós-Consulta	-	5	18	8	-		24
Atendimento de Enfermagem	-	7	15	11	-		21
Convocação (2)	-	1	24	5	5		24
Visita Domiciliária	-	1	23	2	2		24
Aplicação e Leitura do Teste de Mitsuda	3	6	8	3	13		21
Coleta de Material	-	8	5	2	11		23
Aplicação de Tratamento	-	1	5	3	-		7
Trabalho de Grupo	5	-	3	3	1		6
Prevenção de Incapacidades	4	2	9	6	4		14

(1) médico, auxiliar de laboratório, escriturário, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, motorista e estudante de enfermagem.

(2) pode ser realizada por carta e telefone.

As respostas foram obtidas perguntando-se a cada entrevistado quem executava aquelas atividades em questão, naquele Centro de Saúde, obtendo-se, portanto, de um único entrevistado, informação de que mais de um profissional realizava a mesma atividade.

Essa tabela mostra que os membros da equipe que executavam a maioria das atividades de enfermagem eram os auxiliares de enfermagem, visitantes sanitários e atendentes. Em relação a esta última categoria de pessoal, as atividades por eles mais desenvolvidas foram as de "pré-consulta" e a de "inscrição" no subprograma.

O visitador sanitário participa da realização de todas as atividades pesquisadas, apresentando uma frequência maior para a "convocação", "visita domiciliária", "pós consulta" e "atendimento de enfermagem", e uma participação menor junto ao "trabalho de grupo". Por outro lado, o atendente, que também executa todas as atividades, mostra uma maior frequência para a "pré-consulta", "inscrição" e "atendimento de enfermagem".

O auxiliar de enfermagem não está presente apenas junto ao "trabalho de grupo"; no entanto, apresenta uma participação significativa, em relação aos demais membros da equipe de enfermagem, na atividade de "coleta de material", seguida do "atendimento de enfermagem" e "aplicação e leitura do Teste de Mitsuda".

Por outro lado, as atividades que contavam com a participação da enfermeira foram, em ordem decrescente, as seguintes: "trabalho de grupo", "prevenção de incapacidades", "aplicação e leitura do Teste de Mitsuda" e a "inscrição" no subprograma.

A "inscrição" é uma atividade que, conforme os

dados obtidos, é executada por todos os profissionais da equipe de enfermagem e ainda por funcionário de outra categoria como, por exemplo, o escriturário. Neste caso deve ter ocorrido falha na interpretação sobre inscrição no subprograma e a matrícula do paciente no Centro de Saúde, uma vez que esta é feita sempre por escriturário no Fichário Central e aquela deve ser feita na própria área, pelo pessoal de enfermagem.

As atividades de "pré", "pós-consulta", "atendimento de enfermagem" e "aplicação de tratamento" foram as únicas citadas que são realizadas exclusivamente por pessoal de enfermagem.

Das atividades externas realizadas, "convocação" e "visita domiciliária", verifica-se que, além dos membros da equipe de enfermagem que as executam, a "convocação" é feita também por motorista, ou através de outros recursos, como uso da carta e do telefone. A "visita domiciliária" é feita também por médico e estudante de enfermagem.

A "aplicação e leitura do Teste de Mitsuda" é uma atividade que na maioria das vezes é realizada por outros profissionais que não os da enfermagem. No presente caso, as informações obtidas indicam que a mesma é feita por médicos.

Dados semelhantes foram obtidos por ADAMI⁽²⁾, que afirma, em relação ao Teste de Mitsuda: "nota-se que um número significativo de enfermeiras não aplica (79,6%) e nem procede à leitura (87,7%)".

Assim como a atividade de "aplicação e leitura do Teste de Mitsuda", a "coleta de material para baciloscopia" também é desenvolvida por médico e auxiliar de laboratório.

O fato de o médico participar da execução destas atividades vem, sem dúvida, contribuir para uma melhor qualidade dos serviços prestados ao paciente, uma vez que tem um maior conhecimento sobre este assunto; no entanto, nem todas as unidades contam com recurso material disponível para a execução da mesma, sendo desta forma utilizado o instrumento previsto na programação.

Em duas atividades - "trabalho de grupo" e "prevenção de incapacidades" - encontrou-se a participação de profissionais que não fazem parte do quadro de pessoal dos Centros de Saúde da C.S.C. No entanto, acredita-se ser importante ressaltar a presença do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional através de convênio firmado com a universidade que oferece esses cursos.

A presença de professores e alunos destes cursos se dão junto ao Centro de Saúde na cidade de São Carlos, onde existe uma Universidade Federal que conta com três Cursos de Graduação na área de saúde: o de Enfermagem, em funcionamento desde 1977, o de Terapia Ocupacional e o de Fisioterapia, funcionando desde 1978.

O terapeuta ocupacional vem ampliando seu espaço de atuação, estando presente também na cidade de Araraquara, junto ao Serviço Especial de Saúde de Araraquara da Faculdade de Saúde Pública, na época em que foi feito o levantamento dos dados.

Observou-se ainda que foi registrada, na atividade "visita domiciliária", a participação de alunos de enfermagem. Apesar de existirem cursos de graduação nas cidades de São Carlos e de Ribeirão Preto, só foram referidos os estudantes apenas nesta, última cidade, talvez porque há mais

tempo se possibilita a atuação de alunos em estágio nessa área.

"Aplicação e leitura do Teste de Mitsuda" e "coleta de material para baciloscopia" foram as outras duas atividades que contaram com a participação significativa do médico para a sua realização; o previsto é que deveriam ser realizadas pelo atendente ou visitador sanitário.

Frente à participação do pessoal de enfermagem na realização das atividades desenvolvidas, pode-se verificar que há uma presença constante das diferentes categorias ocupacionais. No entanto, vale ressaltar que as enfermeiras participam das atividades assistenciais de uma forma menos intensa.

Nos 8 Centros de Saúde pesquisados encontraram-se apenas 6 enfermeiras e cada uma lotada em um Centro de Saúde. Considerando-se que este profissional tem ainda sob a sua responsabilidade todas as demais atividades de enfermagem previstas na programação da Coordenadoria de Saúde da Comunidade, é extremamente difícil uma participação ativa da mesma em todos os programas e subprogramas desenvolvidos na unidade de saúde.

Cabe acrescentar que, durante a entrevista, questionaram-se também os motivos pelos quais as atividades eram pouco realizadas pela enfermeira. Dados sobre este particular serão discutidos quando da apresentação da Tabela 8 na página 67.

Observa-se, portanto, uma utilização adequada do pessoal de enfermagem, porém deve-se destacar a realização da atividade de "convocação", como atribuição do visitador sanitário, o que não é próprio de sua função. Conforme o previsto no SPCH esta é para ser realizada pelo motorista,

servente ou através de outros meios como carta e/ou telefone; no entanto, a prática nos mostra que não há utilização destes recursos previstos e sim que a mesma é feita pelo pessoal que desenvolve as atividades externas do Centro de Saúde, ou seja, o visitador sanitário.

Apesar de ser utilizado um ocupacional com maior preparo para executar esta atividade mais simples, observa-se, através dos relatos e anotações do prontuário, que aquela que seria inicialmente uma "convocação" passa a ser caracterizada como "visita domiciliária"; daí o fato de se encontrar um registro maior desta última, do que daquela atividade.

Na tentativa de analisar as atividades preconizadas pelo subprograma, apresentou-se anteriormente quais são as realizadas e quem as executa. A partir deste momento, verificar-se-á a distribuição da freqüência de respostas sobre os motivos alegados pelos profissionais para a não realização de cada atividade. Tendo por objetivo facilitar a exposição dos motivos referidos optou-se por agrupá-los em 4 categorias: relacionados ao pessoal, relacionados ao paciente, relacionados à estrutura dos serviços e outros.

Estas informações são apresentadas no Quadro 1 a seguir.

Identificou-se, a partir dos dados da Tabela 6 (página 54), que as atividades não realizadas, em ordem de crescente de citação, foram as seguintes: "trabalho de grupo" (17 vezes), "aplicação de tratamento" (16), "prevenção de incapacidades físicas" (09), "atendimento de enfermagem" (03), "aplicação e leitura do Teste de Mitsuda" e "pré-consulta"⁽⁰²⁾.

QUADRO 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS MOTIVOS QUE LEVAM À NÃO REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DO S.P.C.H. NOS CENTROS DE SAÚDE

ATIVIDADE	MOTIVOS*			Outros
	Relacionados ao Pessoal	Relacionados ao Paciente	Relacionados à Estrutura do Serviço	
Pré-consulta	.funcionário não está acostumado	.paciente não fala o que sente		
Atendimento de Enfermagem		.resistência do paciente .paciente prefere médico	.tem muito paciente .subprograma não está devidamente implantado .falta de pessoal e material	
Aplicação e Leitura do Teste de Mitsuda			.falta material .não há pedido	
Aplicação de Tratamento	.não sabe .falta tempo .orientado para não fazer	.paciente não pode comparecer .paciente mora longe	.impossível ter controle diário do paciente .falta medicamento .falta lugar .falta material	.não há necessidade .mãis fácil levar para casa
Trabalho de Grupo	.conhecimento recente .resistência do funcionário	.complexo do paciente .resistência do paciente .pouco tempo do paciente	.falta condições .falta pessoal .falta pessoal treinado .falta local	.em fase de preparo
Prevenção de Incapacidades	.conhecimento recente .falta trabalho em equipe		.ainda não foi decidido .falta pessoal .falta material .falta pessoal treinado	.não há necessidade

* Manteve-se a mesma terminologia utilizada pelos funcionários, por ocasião da entrevista para preenchimento do formulário.

Das respostas sobre os motivos apresentados verificou-se que há uma concentração maior naqueles ligados a problemas relacionados à estrutura do serviço e, dentre estes, identificaram-se inúmeras citações sobre a falta de material e de pessoal; especificamente para as atividades de "trabalho de grupo" e "prevenção de incapacidades" foi citada a ausência de "pessoal treinado" para tal fim, o que dificulta o desenvolvimento destas atividades.

A alegação para a não execução da "pré-consulta" e do "atendimento de enfermagem" foi basicamente relacionada ao paciente; de certa forma, este apresenta preferência pelo atendimento médico, expondo apenas para o médico o seu real problema de saúde apresentado naquele momento.

Há que se considerar as condições em que normalmente são realizadas as "pré-consultas" e os "atendimentos de enfermagem", ou seja, são utilizadas as salas para atendimento de todos os pacientes, conversando-se individualmente com os mesmos, segundo a ordem de chegada, porém nem sempre é garantida a privacidade no atendimento, o que não ocorre com a consulta médica, onde este aspecto importante é assegurado.

Outro fator a ser considerado é o carisma que envolve a profissão médica, o que de certa forma exerce grande influência na relação médico-paciente.

Outra atividade a ser analisada é a "aplicação do tratamento" que, de acordo com a proposta do subprograma e com os recursos materiais de que os Centros de Saúde dispõem, deve-se fornecer a medicação para o paciente tomar diariamente em casa dando as devidas orientações; e de acordo com o que foi referido em entrevista com os funcionários, não há necessidade de o mesmo comparecer à unidade,

sendo mais fácil levar os medicamentos para a tomada diária, durante determinado período.

Quanto ao "trabalho de grupo", observou-se que apesar de não ser desenvolvido - segundo a maioria das informações obtidas (17) -, em algumas respostas esta atividade estava em fase de preparo (2) e, em outras, os profissionais (5) afirmaram ter adquirido conhecimento recentemente, o que dificultava a sua programação, uma vez que faltava preparo do pessoal.

Outros problemas alegados para a não realização desta programação que envolve uma participação efetiva entre os pacientes e os membros da equipe são os relacionados aos próprios pacientes como, por exemplo, o complexo e a sensibilidade do mesmo.

A "prevenção de incapacidade" não é desenvolvida segundo 9 entrevistados, de acordo com os dados da Tabela 6, outros 14 entrevistados afirmaram que a mesma é realizada. Dentre os motivos alegados para a não realização encontra-se um maior número de citações para o conhecimento, que é ainda recente, e para a falta de pessoal.

Um motivo apresentado no Quadro 1 em relação à "prevenção de incapacidades físicas", que causou estranheza, é o da "não necessidade" de que esta atividade seja realizada dentro do subprograma. O fato de ser estranha tal afirmação é que vários estudos mostram a importância do desenvolvimento desta atividade e, apesar de ser apenas uma afirmação, este comportamento apresentado por um funcionário pode dificultar todo o trabalho de uma equipe interessada em desenvolver ações que tenham por objetivo esse tipo de prevenção.

Pelo exposto até o momento, sobre os motivos ale-

gados para a não realização das atividades já referidas, pode-se destacar algumas contradições entre as respostas obtidas, ou seja, a população entrevistada alega que atividades como a "pré-consulta", "atendimento de enfermagem", "aplicação e leitura do Teste de Mitsuda", "trabalho de grupo" e "aplicação do tratamento", não são realizadas ora por falta de pessoal, ora pelas condições oferecidas pela própria estrutura do serviço e ora por resistência e/ou complexo do paciente. Pode-se concordar que todos estes motivos devem ser considerados como variáveis que provavelmente interferem no atendimento ao paciente hansênico, mas, pelos dados disponíveis, obtidos somente com o pessoal de enfermagem, seria ainda prematuro neste momento optar por um dos motivos apresentados e dizer que é aquele que afeta realmente o atendimento. Por outro lado, pode-se afirmar, também com base nos outros dados já apresentados, que o pessoal que atua na área está preparado para executar as atividades propostas no subprograma; no entanto, seus conhecimentos teóricos nem sempre são colocados em prática.

3.2 - Atividades Realizadas pela Enfermeira

Com o objetivo de identificar as atividades realizadas pelas enfermeiras junto a área de Dermatologia Sanitária-Hanseníase, dos C.S. pesquisados, consideraram-se as seguintes funções gerais propostas para a Enfermagem: assistência, administração, ensino, pesquisa e assessoria. Entre outros autores, ADAMI⁽²⁾, FERREIRA SANTOS⁽²³⁾ HORTA⁽²⁷⁾, PEDRAZZANI⁽⁴⁵⁾ e LOPEZ de la PEÑA⁽³³⁾ discutem estas funções.

A análise destas áreas funcionais da enfermeira Contribuiu para identificar o conjunto de atividades apre-

sentadas no Anexo 5, agrupadas segundo essas funções quando do desenvolvimento do subprograma de hanseníase em um C.S. tipo I; com esse agrupamento verificou-se que as atividades eram realizadas de maneira eventual ou rotineiramente.

A seguir, a Tabela 8 apresenta a distribuição da média das respostas obtidas sobre o exercício ou não de cada função e, quando o dado era afirmativo, se o fato acontecia eventualmente ou como rotina.

TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DA MÉDIA DAS RESPOSTAS, SOBRE AS FUNÇÕES EXERCIDAS PELAS ENFERMEIRAS A ÁREA DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA - HANSENÍASE

FUNÇÕES	RESPOSTAS			TOTAL
	Sim		Não	
	Eventual	Rotina		
Assistência	2,8	0,2	3,0	6
Administração	1,4	4,6	-	6
Ensino	2,5	0,7	2,8	6
Pesquisa	-	-	6,0	6
Assessoria	4,0	2,0	-	6

Segundo ADAMI⁽²⁾ a função assistencial é a primordial para a profissão, pois não depende da autoridade de outro profissional, senão da do enfermeiro.

Discutindo sobre a função de assistência, PEDRAZZANI⁽⁴⁵⁾ diz que, "se o enfermeiro apresentar um empenho adequado desta função, assumindo e levando a cabo as atividades que compreendem a mesma, poderá, ao mesmo tempo, estar proporcionando um nível melhor de assistência de enfermagem a nível hospitalar e ser um agente de transforma-

ção em alguns aspectos da problemática saúde-doença".

Ao analisar os dados coletados sobre esta função, observou-se que, em média, 0,2 das enfermeiras a exercem rotineiramente, 2,8 (47,4%) de forma eventual, enquanto que 3,0 (50,0%) não desenvolvem esta função junto ao subprograma.

Das atividades pesquisadas dentro desta função, apenas a "aplicação e leitura do Teste de Mitsuda" foi citado como realizado rotineiramente por uma enfermeira, enquanto que a "visita domiciliária", "pré-consulta" são realizadas de forma eventual por 5 destes profissionais e a totalidade das entrevistadas (6) não fazem a "consulta de enfermagem" (Anexo 5).

Quanto à função administrativa, a que requer que a enfermeira seja capaz de realizar as atividades de planejar, organizar, dirigir, coordenar, supervisionar e avaliar os serviços de enfermagem prestados ao paciente, observa-se que, em média, 4,6 enfermeiras a exercem como rotina e apenas 1,4 fazem-na eventualmente.

Estes dados, se comparados com os analisados na função de assistência, descritos acima, demonstram um contraste bastante acentuado, pois as atividades administrativas são exercidas pela totalidade da população entrevistada, enquanto que as atividades relacionadas com a função de assistência - a primordial para a Enfermagem - 3,0 (50,0%) não fazem e, em média, apenas 2,8 enfermeiras as realizam de forma eventual, dando, portanto, um total de 5,8 (97,4%) que não executam ou fazem eventualmente as atividades assistenciais.

Por outras palavras, poder-se-ia dizer que as enfermeiras entrevistadas não prestam assistência direta ao

paciente e sim delegam a outros membros da equipe, como pode ser observado através de outras atividades. Assim, tem-se que as atividades de planejamento e de organização dos recursos de enfermagem são feitas de forma eventual por 3,0 (50,0%) das entrevistadas, ao passo que as atividades de coordenação e controle do trabalho de enfermagem e a de direção do mesmo são realizadas como rotina por todas as enfermeiras. Apenas uma (16,6%) faz a supervisão e avaliação do trabalho de enfermagem eventualmente.

Segundo ALMEIDA⁽³⁾, "até o momento, o trabalho da enfermeira tem sido predominantemente na esfera da organização e administração, criando uma situação de crise por não estar aí o objeto de sua prática".

Em relação à função de ensino observa-se que, nestes últimos anos, esta vem sendo mais estudada e discutida. Era inicialmente apresentada como o conjunto das atividades desenvolvidas nas instituições escolares, nos seus vários níveis; depois, houve uma expansão, onde foi dada grande ênfase à educação continuada; atualmente, além da necessidade desta função ser exercida nas duas situações anteriores, identifica-se o quanto ela é relevante na assistência de enfermagem prestada ao paciente, família e comunidade.

Nessa função, as respostas afirmativas foram em média de 3,2, sendo que 2,5 enfermeiras exercem a mesma de forma eventual, e 0,7 como rotina; as demais (2,8) não executam nenhuma das atividades integrantes da mesma.

Os programas de educação continuada são desenvolvidos rotineiramente por 2,0 (33,3%) das enfermeiras entrevistadas. Este mesmo valor foi verificado para as seguintes atividades: aulas para grupos da comunidade, palestras para a clientela do C.S. e treinamento de campo para estu-

dantes de enfermagem; no entanto, essas ações são realizadas de forma eventual.

A única função não exercida por nenhuma enfermeira que respondeu ao levantamento foi a de pesquisa. Esta situação vem justificar a preocupação apresentada por MENDES & TREVIZAN⁽³⁵⁾ que atestam o despreparo do enfermeiro com relação à elaboração de pesquisa, e a aplicação do produto das pesquisas à prática, bem como a pequena ênfase que tem sido dada nos currículos dos cursos de Graduação em Enfermagem à metodologia de pesquisa, entre outros fatores. Esses dados, merecem uma reflexão maior por parte dos órgãos formadores de pessoal, assim como dos órgãos prestadores de serviços.

Apesar das limitações deste estudo, particularmente em relação à pequena amostra que apresenta, verifica-se que nenhuma pesquisa é desenvolvida pelas enfermeiras dos Centros de Saúde I da Regional de Ribeirão Preto, apesar desta função ter como objetivo a melhoria da prática de enfermagem.

Em estudo feito por ADAMI⁽²⁾ sobre as funções da enfermeira nos Centros de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, do total de 49 enfermeiras que participaram do levantamento apenas 7 responderam exercer a função de pesquisa. Apesar de terem decorrido cinco anos do referido trabalho, verifica-se pelos dados deste estudo que parece não haver ocorrido mudanças significativas em relação à participação de enfermeiras dos Centros de Saúde em pesquisas.

A última função em questão é a assessoria de enfermagem, que é entendida como o auxílio técnico prestado pelo enfermeiro, com base nos seus conhecimentos especializados na área.

Normalmente, na unidade sanitária, esta função é exercida quando há solicitação do Diretor Técnico, e no presente levantamento verificou-se que a mesma é realizada pelas enfermeiras, de forma eventual, em 4,0 e de rotina em 2,0; portanto, a totalidade das profissionais desenvolve esta função na unidade de saúde.

A afirmativa feita por ALMEIDA⁽³⁾ de que, na divisão técnica do trabalho da enfermagem, as ações mais complexas, tidas como "mais intelectuais", ficam nas mãos das enfermeiras, categoria dominante da enfermagem, é coerente com a análise obtida neste estudo.

Os dados apresentados dizem respeito as características profissionais dos integrantes da equipe de enfermagem que estavam envolvidos na prestação de assistência junto a área de Dermatologia Sanitária-Hanseníase, dos Centros de Saúde pesquisados.

4 - ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRESTADA AO DOENTE DE HANSENÍASE

4.1 - Situação dos Pacientes Inscritos no Subprograma de Controle da hanseníase

Como já foi descrito no item procedimento deste trabalho, procurou-se identificar a situação dos pacientes inscritos (casos novos) no Subprograma de hanseníase nos C.S.I do D.R.S.6 no período de julho/80 a junho/81 e as características das atividades executadas pelo pessoal de enfermagem para com estes pacientes.

A Tabela 9 mostra o número de pacientes inscritos no Subprograma de hanseníase no período determinado para a pesquisa, os que foram excluídos e o total utilizado

para o levantamento junto aos prontuários.

TABELA 9 - DISTRIBUIÇÃO DE PACIENTES SEGUNDO O PREENCHIMENTO OU NÃO DO REQUISITO DA PESQUISA

CENTROS DE SAÚDE	INSCRITOS		NÃO ENCONTRADOS	TRANSFERIDOS	EXCLUIDOS	UTILIZADOS	
	Nº	%				Nº	%
A	15	100,0	-	-	1	14	93,4
B	30	100,0	-	4	4	22	73,3
C	20	100,0	2	-	2	16	80,0
D	5	100,0	-	-	4	1	20,0
E	8	100,0	2	-	1	5	62,5
F	16	100,0	1	1	1	13	81,2
G	20	100,0	-	-	1	19	95,0
H	8	100,0	1	-	1	6	75,0
TOTAL	122	100,0	6	5	15	96	87,7

Portanto, observa-se que a porcentagem de perdas variou de 5,0 a 80,0% para os C.S. G e D respectivamente, o que leva a concluir que apesar de os C.S. terem a mesma sistemática de funcionamento, nem sempre existem as condições essenciais para este ocorrer de maneira satisfatória.

Do número de casos novos registrados, no ano em estudo, resultou um coeficiente de incidência que variou de 0,63 a 2,34 casos por cem mil habitantes, ou seja, nos locais pesquisados, encontraram-se os seguintes coeficientes:

C.S. A	1,25	C.S. E	1,73
C.S. B	2,34	C.S. F	2,19
C.S. C	0,63	C.S. G	1,34
C.S. D	1,06	C.S. H	2,14

A partir da coleta de dados junto aos prontuários dos pacientes inscritos em cada Centro de Saúde, procurou-se agrupá-los segundo a forma da doença, de acordo com a classificação utilizada pelos serviços de saúde, ou seja, forma Indeterminada (I), Tuberculóide (T), Virchoviana (V) e Dimorfa (D).

Os dados obtidos são apresentados a seguir, na Tabela 10.

TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES DE HANSENÍASE SEGUNDO A INSCRIÇÃO NO CENTRO DE SAÚDE E FORMA DA DOENÇA

CENTRO DE SAÚDE	FORMA DA DOENÇA				TOTAL	
	V	T	I	D	Nº	%
A	9	4	-	1	14	14,6
B	7	7	6	2	22	22,9
C	7	6	2	1	16	16,7
D	1	-	-	-	1	1,0
E	2	2	1	-	5	5,2
F	5	1	7	-	13	13,5
G	8	6	5	-	19	19,8
H	3	2	-	1	6	6,2
TOTAL	42 (43,7%)	28 (29,2%)	21 (21,9%)	5 (5,2%)	96	100,0

A concentração maior de inscrição de doentes no período pesquisado foi no Centro de Saúde B, com um total de 22 inscritos, seguido do Centro de Saúde G, com 19 pacientes; o Centro de Saúde D é o que apresentou o menor número de inscritos (apenas 1). No entanto, temos que considerar que neste Centro de Saúde foram excluídos quatro pa-

cientes porque a data da inscrição não coincidia com a do início do tratamento (ver Tabela 9). Em média, obtiveram-se 12 pacientes inscritos por Centros de Saúde pesquisados.

Como pode-se verificar, 48,9% dos pacientes inscritos nestes Centros de Saúde pertenciam às formas Virchowiana e Dimorfa, 21,9% à forma Indeterminada e 29,2% à forma Tuberculóide.

Estes dados correspondem aos encontrados em outros estudos^(12, 56) e sempre se caracterizam por apresentar uma concentração maior de casos nas formas polares (V+D e T), com valores bastante elevados; nesta pesquisa encontraram-se 78,1% dos casos pertencentes a estas formas.

Tendo por base o subprograma de controle da doença que estabelece as atividades a serem desenvolvidas, e um cronograma de atendimento aos doentes, sendo que os pacientes das formas Virchowiana, Dimorfa e Indeterminada devem comparecer de rotina na unidade, de 3 em 3 meses e o da forma Tuberculóide, de 6 em 6 meses, sempre alternando a consulta médica com o atendimento de enfermagem, verifica-se que, além das datas do agendamento, o mesmo poderá procurar assistência em qualquer momento que se fizer necessário, o que caracteriza o atendimento de forma eventual. Procurou-se, por meio da análise de registros, verificar os comparecimentos dos pacientes, de acordo com a forma da doença, apresentados a seguir na Tabela 11 e no Anexo 6.

TABELA 11 - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE COMPARECIMENTO DO DOENTE DE HANSENÍASE SEGUNDO A FORMA DA DOENÇA

COMPARECIMENTOS	FORMA DA DOENÇA								TOTAL	
	I		T		V		D			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1º	21	100,0	28	100,0	42	100,0	5	100,0	96	100,0
2º	18	85,7	25	89,3	38	90,5	5	100,0	86	89,6
3º	13	61,9	24	85,7	33	78,6	4	80,0	74	77,1
4º	7	33,3	19	67,8	25	59,5	4	80,0	55	57,3
5º	3	14,3	11	39,2	18	42,9	2	40,0	34	35,4
6º	2	9,5	7	25,0	13	30,9	2	40,0	24	25,0
7º	2	9,5	3	10,7	7	16,6	2	40,0	14	14,6
8º	1	4,7	1	3,6	3	7,1	2	40,0	7	7,3
9º	1	4,7	1	3,6	2	4,7	2	40,0	6	6,2
10º	-	-	1	3,6	2	4,7	2	40,0	5	5,2
11º	-	-	1	3,6	2	4,7	1	20,0	4	4,1
12º	-	-	-	-	1	2,4	-	-	1	1,1
13º	-	-	-	-	1	2,4	-	-	1	1,1
TOTAL	68		121		187		31		407	

Verifica-se, por estes dados apresentados acima, que os comparecimentos dos pacientes nos Centros de Saúde foram muito superiores, em quantidade, aos preconizados pelo subprograma, na sua totalidade, e também por forma da doença.

Estes números foram coletados diretamente do prontuário do paciente, no período de um ano, e observa-se que aqueles que retornaram mais vezes na unidade foram os da forma Virchoviana, seguidos da Tuberculóide, Dimorfa e Indeterminada, respectivamente. Vale a pena acrescentar que esta mesma seqüência na concentração é válida para o nú-

mero de doentes por forma.

Analisando a representação gráfica do Anexo 6 verifica-se que a concentração maior de comparecimentos dos pacientes é no início da descoberta da doença, ou seja, nos 3 primeiros comparecimentos, e observa-se também, através dos dados coletados, que o intervalo entre um e outro era pequeno, de acordo com o cronograma estabelecido e, em alguns casos, foi de dias ou semanas.

Pela Tabela 11 pode-se notar que a partir do terceiro comparecimento verifica-se uma queda gradual para todas as formas, sendo que a porcentagem de pacientes que vieram pela quarta vez no C.S. caiu para 33,3% na forma Indeterminada, 67,8% para Tuberculóide, 59,2% para Virchoviana e um valor um pouco maior (80,0%) para a forma Dimorfa, no entanto, encontraram-se pacientes (1,1%) que compareceram ao C.S. até 13 vezes, no período de 1 ano.

Quanto ao comparecimento, segundo a forma da doença, observa-se que as formas Virchoviana, Tuberculóide e Dimorfa apresentam um comportamento semelhante, ou seja, a queda no número de retornos é mais lenta, ao passo que no grupo Indeterminado a diminuição do número de retornos é acentuada, logo no início da descoberta da doença.

Aos 96 pacientes inscritos corresponde um total de 407 comparecimentos, o que dá uma média de 4,2 retornos/paciente durante o período de julho/80 a junho/81, que é discutida a seguir.

Para tanto, construiu-se a Tabela 12, que mostra a média de comparecimento dos pacientes, segundo o Centro de Saúde e a forma da doença.

TABELA 12 - NÚMERO MÉDIO DE COMPARECIMENTOS DOS DOENTES DE HANSENÍASE SEGUNDO A FORMA DA DOENÇA E O CENTRO DE SAÚDE

CENTRO DE SAÚDE	FORMA DA DOENÇA			
	I	T	V	D
A	-	5,2	5,6	11,0
B	3,3	4,4	5,1	3,0
C	3,0	4,0	5,1	10,0
D	-	-	4,0	-
E	5,0	5,5	4,5	-
F	2,5	1,0	2,2	-
G	3,8	3,6	2,8	-
H	-	3,0	5,6	4,0

Verifica-se, portanto, que existe uma variação das médias, tanto em relação ao Centro de Saúde quanto em relação às formas da doença.

A forma Dimorfa é a que apresenta maior média de comparecimentos por paciente, sendo 11,0% para o Centro de Saúde A e 10,0 para o Centro de Saúde C; as maiores médias para a forma Virchoviana foram de 5,6 nos Centros de Saúde A e H e 5,1 nos Centros de Saúde B e C; em relação à forma Tuberculóide as médias que se sobressaíram foram as de 5,5 e 5,2 comparecimentos/pacientes, nos Centros de Saúde E e A, respectivamente; o Centro de Saúde E também apresenta a maior média na relação número de comparecimentos por paciente na unidade para a forma Indeterminada, que foi de 5,0.

Considerando a totalidade dos Centros de Saúde, encontramos que a média de comparecimento dos pacientes segundo a forma da doença foi a seguinte:

grupo Indeterminado.....	3,2
forma Tuberculóide.....	4,3
forma Virchoviana.....	4,4
grupo Dimorfo.....	6,2

Numa primeira etapa procurou-se verificar quais atividades eram realizadas na unidade, na área de Dermatologia Sanitária-Hanseníase, segundo as informações dos diversos profissionais da equipe de enfermagem, conforme os dados apresentados na Tabela 6, página 54.

Posteriormente, identificaram-se os prontuários dos pacientes inscritos no período pré-estabelecido para, desta forma, analisar as atividades realizadas pelas diversas categorias funcionais da enfermagem, o que será abordado no próximo item.

4.2 - Anotações de Enfermagem nos Prontuários

Para se atingir o objetivo proposto, procurou-se analisar as atividades realizadas pelo pessoal de enfermagem que atuava na área de Dermatologia Sanitária - hanseníase, através do levantamento das anotações de enfermagem realizadas para cada atividade, e que constavam dos prontuários dos pacientes que foram objeto da pesquisa.

A distribuição total das atividades gerais, realizadas pelos funcionários, são apresentadas a seguir, na Tabela 13.

TABELA 13 - DISTRIBUIÇÃO DOS 407 COMPARECIMENTOS, SEGUNDO O TIPO DE ATIVIDADE E SUA REALIZAÇÃO

TIPO DE ATIVIDADE	REALIZAÇÃO DA ATIVIDADE			
	Sim		Não	Não se Aplica
	Compl.	Incomp.		
1- Pré-Consulta	-	263	108	36
2- Pós-Consulta	2	270	56	79
3- Atendimento de Enfermagem	2	49	1	355
4- Visita Domiciliária	-	36	255	116
5- Aplicação e Leitura do Teste de Mitsuda	9	2	180	216
6- Coleta de Material	73	35	93	206
7- Trabalho de Grupo	1	-	391	15
8- Prevenção de Incapacidades	1	9	397	-

Na apresentação desta tabela constam apenas as atividades gerais, computadas em todos os comparecimentos dos pacientes; no entanto, o levantamento foi realizado da forma mais objetiva possível, procurando-se verificar se cada ação que integrava determinada atividade era registrada ou não e, em caso positivo, se a mesma era feita de forma completa ou incompleta, ou, ainda, se aquela ação não se aplicava àquele comparecimento (Anexo 2).

Do total de 407 comparecimentos apresentados na Tabela 13, aos quais corresponde a realização de uma ou mais atividades, observa-se através dos registros que, dentre estas, salienta-se a "coleta de material para baciloscopia" que foi desenvolvida de forma completa em 73 casos; as atividades de "pré-consulta" e "visita domiciliária" não foram registradas nenhuma vez de forma completa; o "trabalho de grupo" e a "prevenção de incapacidades", conforme os registros encontrados, foram realizados apenas uma vez de for-

ma completa, ao passo que a "pós-consulta" e o "atendimento de enfermagem" apresentaram apenas dois registros completos e, por último, somente nove registros satisfatórios para a atividade referente à "aplicação e leitura do Teste de Mitsuda".

Considerando as atividades que foram realizadas de forma incompleta, encontrou-se uma concentração maior para a "pós" e "pré-consulta", num total de 270 e 263 respectivamente, seguidos do "atendimento de enfermagem" com 49, a "visita domiciliária" com 36 e a "coleta de material para baciloscopia" com 35.

As atividades que, na maioria dos casos, não foram realizadas são: "prevenção de incapacidades através de técnicas simples" (397), "trabalho de grupo" (391), "visita domiciliária" (255), "aplicação e leitura do Teste de Mitsuda" (180) e "coleta de material para baciloscopia" (93); quanto à "pré-consulta", apesar de registrada na maioria das vezes, observa-se uma concentração bastante alta (108) de não realização.

Apesar de se ter detectado um número pequeno de ações desenvolvidas que estão associadas à "prevenção de incapacidades", é necessário destacar que as medidas preventivas exigem a participação consciente de todos os profissionais da área de saúde e, em especial, da enfermagem. Portanto, através de ações educativas pode-se estimular para que tais medidas sejam desenvolvidas a nível de Unidades Assintáticas e, conseqüentemente, estimular os pacientes para que as incluam na sua vida diária. Desta forma espera-se contribuir para determinar a real importância das medidas de prevenção de incapacidades.

Vale a pena destacar do item "não se aplica" a

atividade "atendimento de enfermagem", uma vez que a maioria dos comparecimentos dos pacientes nas unidades de saúde, principalmente no início do tratamento, é para consulta médica; encontraram-se também informações relatadas por funcionários de que o médico "quer ver o doente em todo comparecimento" do mesmo. Portanto, apesar de estar agendado para "atendimento de enfermagem", é realizada a "consulta médica"; por outro lado, neste período o paciente se sente inseguro e por pequeno problema que apresenta é encaminhado à consulta médica, onde ele encontra o profissional em quem deposita maior confiança. Daí a justificativa para o fato de não se aplicar o atendimento de enfermagem, naquele momento.

Ainda em relação a este último item, destaca-se o Teste de Mitsuda que se caracteriza por ser feito uma única vez, não havendo necessidade de repeti-lo se a técnica de aplicação e leitura foram feitas de forma correta; por tanto, esta atividade apresenta uma alta concentração no item "não se aplica".

Observa-se que a "coleta de material para baciloscopia" também apresenta dados bastante significativos para o item "não se aplica" (206), pois é uma atividade que deve ser realizada quando da inscrição do doente no subprograma; se positiva, colher novo material até negativar; se der negativo no primeiro exame, e nos casos após negativação, deverá ser feito apenas uma vez por ano, para o controle do paciente.

Pode-se verificar, através dos dados acima apresentados, que a deficiência do registro no prontuário, das atividades prestadas pela enfermagem ao paciente pode ser considerada como significativa. O atual estágio de desen-

volvimento dos serviços de saúde tendem cada vez mais a utilizar as anotações dos prontuários como fontes de dados que contribuem para a avaliação qualitativa da assistência prestada à clientela.

Considerando-se estes aspectos, e analisando a importância das anotações dos cuidados de enfermagem, DUARTE afirma que "sendo a enfermagem, parte integrante da assistência prestada ao paciente, a anotação dos cuidados prestados ao mesmo, exprimirá toda a ação de enfermagem, desde a sua concepção até a execução"; quando comenta sobre a deficiência das anotações, relata que "o problema maior não está na forma desordenada de anotar, ou mesmo na questão do que e de quem anotar, e sim, na ausência de anotações ou na hibridéz da formulação daquelas encontradas".

ANGERAMI e col.⁽⁸⁾, em estudo sobre as anotações de enfermagem no prontuário do paciente, relatam que uma das formas de comunicação entre os membros da equipe consiste nas anotações registradas, as quais "emitem mensagens que fornecem subsídios para a elaboração de novos planos, avaliação daqueles que estão em andamento com o objetivo de restabelecer o máximo de saúde em um mínimo de tempo possível".

Estes autores citados acima afirmam também que a inexistência de padrões estabelecidos no sistema de anotações de enfermagem torna difícil uma avaliação das mesmas e acresce a esta dificuldade o fato de se trabalhar com diferentes categorias profissionais de enfermagem, as quais têm um preparo diferente; portanto, as exigências e expectativas deverão estar de acordo com o preparo deste pessoal.

KURCGANT⁽³⁰⁾ lembra que a "atuação de enfermagem deve, fundamentalmente, ser avaliada pelos resultados obti-

dos na avaliação das atividades desenvolvidas no cuidado dos pacientes".

Em estudo realizado por PEDRAZZANI & LUIZ⁽⁴⁴⁾ sobre a orientação de enfermagem prestada a pacientes portadores de hanseníase, foi feito um levantamento nos prontuários, dos registros realizados pelo pessoal de enfermagem. Verifica-se que os dados encontrados são semelhantes aos da presente pesquisa; observa-se, por um lado, a falta de uniformidade das anotações existentes, com uma abordagem precária das necessidades básicas da clientela atendida e, por outro lado, a preocupação do funcionário em relação ao que anotar, principalmente em se tratando de uma doença que leva consigo um estigma social que determina um certo obscurantismo, ou ainda, um certo encobrimento de problemas do próprio paciente, por parte do funcionário mais antigo da unidade sanitária.

Estes fatores contribuem, sem sombra de dúvida, para a manutenção da carência de padrões seguros e precisos que objetivam aprimorar a sistemática de registro das ações de enfermagem, quer pela sua importância como fonte de dados para a avaliação qualitativa da assistência prestada, quer como fonte de dados para pesquisas.

VI - CONCLUSÕES

Ao final deste trabalho verificou-se que dentre os objetivos propostos conseguiu-se identificar as características fundamentais da assistência de enfermagem prestada ao doente de hanseníase, como concluídas a seguir.

1. Os dados relacionados ao nível de conhecimento sobre hanseníase apresentado pelos profissionais e ocupacionais de enfermagem que atuam na área de Dermatologia Sanitária-Hanseníase nos Centros de Saúde são, em grande medida, corretos e completos.

2. Dentre as atividades de controle da hanseníase desenvolvidas pelo pessoal de enfermagem, todas foram assinaladas como sendo executadas pela população deste estudo.

3. Dos exercentes da equipe de enfermagem, o visitador sanitário e o atendente são os que participam da realização de todas as atividades pesquisadas.

4. Os motivos alegados por parte significativa dos funcionários, para a não realização de algumas das atividades, estão relacionados ao paciente, ao próprio pessoal que trabalha na área e ainda à estrutura do serviço de saúde.

5. Em relação às atividades realizadas pelas enfermeiras pode-se verificar que as mesmas estão vinculadas preponderantemente às funções administrativa e de assessoria.

6. No referente ao registro da assistência de enfermagem, de acordo com o levantamento de dados nos prontuários, em termos de composição técnica, observa-se a existência de uma grande distância entre a prática das atividades realizadas nos Centros de Saúde e as previstas no Subprograma de Controle da Hanseníase.

No entanto, vale ressaltar que todos os treina-

mentos foram realizados com o deslocamento dos funcionários para outras unidades - sede do treinamento - o que nem sempre condiz com a realidade da sua unidade de trabalho, e que sem dúvida contribui para o distanciamento do teórico e da prática.

7. Pelo número de atividades de enfermagem não realizadas, porém previstas pelo subprograma, para o atendimento ao doente de hanseníase, verificou-se que o padrão de qualidade da assistência de enfermagem não depende exclusivamente do nível de conhecimento dos profissionais e ocupacionais e que, para entender essa diferença é importante considerar os fatores inerentes à estrutura dos serviços de saúde.

No que concerne às anotações de enfermagem nos prontuários, registros estes que permitem identificar a participação da equipe de enfermagem, é interessante ressaltar que aqui também se encontra uma defasagem acentuada, onde a prática mostra que determinadas ações são desenvolvidas sem, no entanto serem registradas.

8. Do levantamento de dados para análise da assistência de enfermagem detectou-se um número de comparecimentos dos pacientes nos Centros de Saúde, superior ao preconizado pelo subprograma, apresentando uma concentração maior no início da descoberta da doença. O número de comparecimentos acima do previsto pode, por um lado, mostrar que a qualidade do atendimento está satisfatória e que o paciente, sentindo-se seguro com o mesmo, retorna mais vezes ao serviço de saúde para maior contato com os profissionais da área; por outro lado, pode inversamente refletir uma qualidade insatisfatória da assistência, talvez por precariedade

de recursos.

9. Para a manutenção do equilíbrio entre o conhecimento adquirido e a assistência prestada, faz-se necessário que ocorra uma dinamização no atendimento ao doente de hanseníase, ou seja, que as unidades de saúde locais passem a desenvolver atividades próprias que atendam às necessidades da clientela, tendo por base o subprograma de controle da doença.

10. Dos resultados obtidos verifica-se a premente necessidade de se avaliar o S.P.C.H., considerando que alguns dados demonstraram que a assistência de enfermagem prestada não satisfaz a necessidade da clientela.

Por outro lado, essa assistência pode contribuir para um controle mais adequado da hanseníase, para que seu estigma social seja diminuído, para que se possa instituir políticas sociais no campo da saúde pública mais conseqüentes com a diminuição dessa doença, melhorando a capacitação das pessoas para o trabalho, ou melhor ainda, impedindo que aumente o número de pessoas incapacitadas. Com pouco custo social numa intervenção conseqüente de saúde, pode-se obter um benefício econômico, social, psicológico e humano de proporções muito maiores.

VII - REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

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, 29/ Congresso Nacional da Abrasco, 19, São Paulo, 1983. Resumos. São Paulo, 1983. p. 128.
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 USP., 1978.
3. ALMEIDA, M.C.P. Contribuição ao estudo da prática de enfermagem - Brasil. Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP., s/d. [mimeografado].
4. ALMEIDA, M.C.P. et al. A produção do conhecimento na Pós Graduação em enfermagem no Brasil. Ribeirão Preto. s/d. [mimeografado].
5. ANALISE dos resultados da avaliação das atividades de enfermagem no programa de controle da hanseníase, em 1979. Rev. paul. Hosp., 28(5):150-152, 1980.
6. ANDRADE, O.B. & ADAMI, N.P. Configuração das funções da enfermeira de saúde pública - Modelo programático requerido para o exercício dessas funções. Enf. no vas Dimens., 2(6):308-318, 1976.
7. ANGERAMI, E.L.S. & ALMEIDA, M.C.P. O enfermeiro no seu "espaço". Educ. méd. Salud, 17(2):150-162, 1983.

8. ANGERAMI, E.L.S. et al. Análise crítica das anotações de enfermagem. Rev. bras. Enf., DF., 29:28-37,1976.
9. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA de ENFERMAGEM. Recomendações. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 319, Fortaleza, C.E., 1979. Anais. Fortaleza, C.E., 1979. p. 145 149.
10. BAPTISTELA, M.A. et al. Organização de um sistema de treinamento no campo da hanseníase no enfoque na formação de recursos humanos. In: Congresso Paulista de Saúde Pública, 29/ Congresso Nacional da Abrasco, 19, São Paulo, 1983. Resumos. São Paulo, 1983. p. 128.
11. BELDA, W. Legislação. [Apresentado a Conferência Nacional para Avaliação da Política de Controle da Hanseníase, Brasília, DF., 1976 - mimeografado].
12. BELDA, W. & LOMBARDI, C. A incidência da hanseníase no Estado de São Paulo em 1978. Hansen. int.4(2):98 112, 1979.
13. BELLO, P. Treinamento de pessoal. [Apresentado a Conferência Nacional para Avaliação da Política de Controle da Hanseníase, Brasília, DF., 1976 - mimeografado].
14. BEZERRA, M.Z.V. & SILVA, I.V. Estudo de aspectos epidemiológicos dos casos de hanseníase no ambulatório da Universidade Integrada de Sobradinho.[Apresentado no 32º Congresso Brasileiro de Enfermagem, Brasília, DF., 1979].

15. BROWNE, S.G. The nurses job in leprosy. Nurs. Mirror, 142(10):48-50, 1976.
16. CARVALHO, V. & CASTRO, I.B. Reflexões sobre a prática da enfermagem. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 319, Fortaleza, C.E., 1979. Anais. Fortaleza, C.E., 1979. p.51-59.
17. CASTRO, I.B. O papel social do enfermeiro: realidade e perspectiva de mudança. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 349, Porto Alegre, R.S., 1982. Anais. Porto Alegre, R.S., 1982. p.33-52.
18. CRISTOFOLINI, L. Prevenção de incapacidade na hanseníase. Rev. bras. Enf., R.S., 35:226-237, 1982.
19. D'AVILA, M.G. Importância da atuação da enfermeira no controle da hanseníase. Bol. Div. nac. Derm.sanit., 37(1/4):51-55, 1978.
20. DECRETO 16545 de 26/01/82: Reestrutura e dispõe sobre as atribuições dos Distritos Sanitários e Centros de Saúde. Diário Oficial do Estado de São Paulo, 27 jan.1981. p.3-10.
- 21- DUARTE, A.B. et al. Importância das anotações dos cuidados de enfermagem. Rev. bras. Enf., DF.,29:83-91, 1976.
22. EPIDEMIOLOGIA de la lepra en Rio Grande do Sul, Brasil, 1975-1980. Bol. epidem., 2(6):9-12, 1981.
23. FERREIRA SANTOS, C.A. A enfermagem como profissão. São Paulo, Pioneira, 1973.

24. GONÇALVES, A. Controle depende de decisão política. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública FIOCRUZ, 1983. V.1, p.9-10 (RADIS/Tema 5).
25. GONÇALVES, N.N.S. & GONÇALVES, A. Política de realizações de recursos humanos em hanseníase no Brasil a nível nacional. In: Congresso Paulista de Saúde Pública, 29/ Congresso Nacional da Abrasco, 1º, São Paulo, 1983. Resumos. São Paulo, 1983. p.127.
26. HANSENÍASE: atendimento integrado na rede básica é a solução. Rio de Janeiro-FIOCRUZ, 1983. V.1, p.1, 6-8 (RADIS/Tema 5).
27. HORTA, W.A. Enfermagem: Teoria, Conceitos, Princípios e Processo. Rev. Esc. Enf. USP., 8(1):7-15, 1974.
28. JOHANSEN, H. Control of leprosy: a challenger to the nurse. Nurs. J. India, 65(1):11-12, 1974.
29. JOHN, A. Leprosy and the nurse of today. Nurs. J. India, 65(1):22, 1974.
30. KURCGANT, P. Auditoria em enfermagem. Rev. bras. Enf., DF., 29:106-124, 1976.
31. LOMBARDI, C. A urbanização da hanseníase: a situação em São Paulo [entrevista]. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública-FIOCRUZ, 1983. V.1, p.11-12 (RADIS/Tema 5).
32. LOMBARDI, C. Situação da endemia de hanseníase no Município de São Paulo (1976-1977). São Paulo, 1978. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

33. LOPEZ de la PENA, J. A enfermeira de saúde pública. São Paulo, 1971. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].
34. MACEDO, C.G. Uma política de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. [Apresentado no I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados. Brasília, 1979].
35. MENDES, I.A.C. & TREVIZAN, M.A. Acerca da utilização do método científico nas pesquisas de enfermagem. Rev. bras. Enf., R.S., 36:13-19, 1983.
36. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. Situação atual da endemia hansênica. Brasília, 1980.
37. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Interministerial nº 3 de 27/10/78. Bol. Div. nac. Derm. Sanit. Brasília, DF., 37(1/4):15-18, 1978.
38. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Recursos Humanos. Recursos humanos para serviços básicos de saúde: formação de pessoal de níveis médio e elementar pelas instituições de saúde. Brasília, 1982.
39. OGUISSO, T. A enfermagem e as habilitações a nível de 2º grau. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 29º, Camburiú, S.C., 1977. Anais. Camburiú, S.C., 1977, p.65-74.
40. OLIVEIRA, M.I.R. Enfermagem e estrutura social. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 31º, Fortaleza, C.E., 1979. Anais. Fortaleza, C.E., 1979. p.9-26.

41. OLIVEIRA, M.I.R. O enfermeiro e a enfermagem. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 339, Manaus, 1981. Anais. Manaus, 1981. p.19-31.
43. OLIVI, M.L. Contribuição ao debate sobre as tendências da prática de enfermagem no Brasil. Rio de Janeiro, 1982. [Dissertação de Mestrado - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz].
43. PALM, E.R. Papel da enfermeira de saúde pública no controle à lepra. Rev. bras. Enf., 14(6):561-568,1961.
44. PEDRAZZANI, E.S. & LUIZ, V.R. Análise da Orientação de enfermagem prestada a pacientes portadores de hanseníase numa unidade sanitária. In: Congresso Paulista de Saúde Pública, 29/ Congresso Nacional da Abrasco, 19, São Paulo, 1983. Resumos. São Paulo, 1983, p.127.
45. 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].
46. RIBEIRO, C.M. Atividades de enfermagem. Rev. Esc. Enf., USP., 3(1):5-8, 1969.
47. ROMERO, A. Políticas y estratégias para los programas de control de la lepra. Bol. Ofic. sanit. panamer., 93(3):220-231, 1982.
48. ROTBERG, A. Noções de hansenologia. Fundação paulista contra a hanseníase. São Paulo, 1977.

49. SADALA, M.L.A. O ensino superior de enfermagem e a realidade prática do enfermeiro. São Carlos, S.P., 1981. [Dissertação de Mestrado - Universidade Federal de São Carlos].
50. SAIKAWA, K. The effect of rapid socio-economic development on the frequency of leprosy in a population. Leprosy. Rev., 52(Suppl.1):167-175, 1981.
51. SANSARRICQ, H. Leprosy in the world today. Leprosy. Rev., 52(Suppl.1):15-31, 1981.
52. SANTOS, I. & VIEIRA, C.A.B. Análise crítica da prática atual da enfermagem no país. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 319, Fortaleza, C.E., 1979. Anais. Fortaleza, C.E., 1979. p.85-91.
53. SANTOS, M.L.C. Projeto de criação de um curso de enfermagem em uma universidade. Rev. bras. Enf., DF., 31:537-541, 1978.
54. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Subprograma de controle da hanseníase. São Paulo, Coordenadoria de Saúde da Comunidade, 1976. [mimeografado].
55. SILVA, E. et al. Análise dos temas apresentados na 2ª semana da enfermagem, aberta à comunidade. Rev. bras. Enf., DF., 32:213-216, 1979.
56. TORNERO, N. et al. Alguns aspectos sobre a hanseníase na região de Londrina, Paraná, 1968-1978. 2. Características específicas. Hansen. int., 6(2):122-129, 1981.

57. VIEIRA, T.T. & SILVA, A.L.C. Recursos humanos na área de enfermagem - adequação da formação à utilização. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 34º, Porto Alegre, R.S., 1982. Anais. Porto Alegre, R.S., 1982. .61-77.

VIII - BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- ADAMI, N.P. Avaliação de desempenho do pessoal de enfermagem de saúde pública - aplicação a situações de supervisão. *Enf. novas Dimens.*, 3(5):267-282, 1977.
- ANGERAMI, E.L.S. & ALMEIDA, M.C.P. Divulgação do conhecimento científico produzido na enfermagem. *Rev. Esc. Enf. USP.*, 16(2):211-223, 1982.
- BASTOS, N.C.B. A educação continua nas profissões de saúde. *Rev. FSESP*, 23(2):31-37, 1978.
- BELDA, W. A endemia da hanseníase no Estado de São Paulo: situação atual: tendência secular, 1924-1970. São Paulo, 1972. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP.].
- BELDA, W. Aspectos da incidência de hanseníase no Estado de São Paulo em 1976. *Hansen. int.*, 2(1):73-88, 1977.
- BOEMER, M.R. Funções da enfermeira e suas perspectivas. *Enf. novas Dimens.*, 2(3):170-173, 1976.
- CRISTOFOLINI, L. Aspectos da assistência de enfermagem na hanseníase: prevenção da úlcera plantar. São Paulo, 1980. [Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem da USP.].
- CRUZ, N.S. Contribuição da enfermagem na lepra. *Rev. bras. Enf.*, 20(4):342-348, 1967.
- FAVERO, W. Subsídios para o planejamento e programação das atividades de controle da lepra no Brasil. Bol.Div.nac. Lepra, Rio de Janeiro, 29(3/4):47-74, 1970.
- FERREIRA, M.L.S. et al. O treinamento de visitantes de saúde pública, no Centro de Saúde Experimental da Barra

- Funda e Bom Retiro. Enf. novas Dimens., 1(6): 312-337, 1976.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IX Recenseamento Geral do Brasil - 1980. Rio de Janeiro. IBGE, 1982-1983. 1(t.4,19):108-116.
- LANGUILLON, J. Cours des infirmiers spécialistes de la lèpre. Acta Leprol., 71-72:1-74, 1978.
- LEDGER, J. Nursing care in leprosy. Nurs.Mirror, 142(10): 51-52, 1976.
- MAIOR atenção aos hansenianos. Folha de São Paulo, São Paulo, 6 jan. 1983, p.17.
- MINISTÉRIO DA SALDE. Manual de leprologia. Rio de Janeiro, Divisão Nacional de Lepra, 1960.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia para o controle da lepra. Brasília, DF., Divisão Nacional de Lepra, 1973.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de normas e procedimentos de enfermagem de tipo ambulatorial no controle da hanseníase. Brasília, DF., 1978.
- MINZONI, M.A. Assistência ao doente mental internado-análise de uma experiência de treinamento em hospital psiquiátrico. Rev. Esc. Enf. USP., 12(2):117-136, 1978.
- NOGUEIRA, M.J.C. Subsídios para descrição do conteúdo global da ocupação enfermeira de saúde pública. Enf. novas Dimens., 1(3):119-125, 1975.
- NOGUEIRA, M.J.C. Tentativa de avaliação do ensino de enfermagem de saúde pública em nível de graduação nas escolas

de enfermagem do Estado de São Paulo. São Paulo, 1972.
[Tese de Doutorado - Escola de Enfermagem USP].

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Comité de Expertos en-
Prevenición de Incapacidades y Rehabilitación, Ginebra,
17-23, feb. 1981. Informe. Ginebra, 1981. (Ser. Inf.
tecn., 668).

PORTARIA SS-CG 26, de 15/12/1981. Diário Oficial do Estado
de São Paulo, 19 jan. 1982. p.17-18.

PUCÚ, A.S.S. & TEIXEIRA, M.C. Aspectos do setor saúde-par-
ticipação do enfermeiro. Rev. bras. Enf., DF., 32:375
384, 1979.

ROTBURG, A. O estigma e o dinheiro. O Estado de São Pau-
lo. São Paulo, 28 jun. 1980.

ROTBURG, A. Lepra: o estigma agrava a doença. Rio de Ja-
neiro, Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ, 1983.
V.1, p.2-5 (RADIS/Tema 5).

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Tratamento da hanseníase:
Norma Técnica SS-25/80, de 10/12/80. São Paulo, 1980.
[mimeografado].

SECRETARIA DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE. Tratamento e Profi-
laxia da hanseníase. Norma Técnica SSMA 23/82. Porto
Alegre, 1982. [mimeografado].

THUMMERER, H. Treinamento e educação em serviço. Rev. bras.
Enf., DF., 31:117-122, 1978.

TREVIZAN, M.A. et al. Educação e treinamento em serviço pa-
ra atendentes de enfermagem. REV. Enf. ESC. Enf: Ribeir-
ão Preto: USP., 1(2):63-69, 1973.

IX - ANEXOS

ANEXO 1

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA PARA O PESSOAL DE ENFERMAGEM

I - DADOS PESSOAIS

1. Sexo:- _____
2. Idade:- _____
3. Categoria profissional:-
4. Formação profissional

4.1. Fez cursos de treinamento em serviço e/ou reciclagem em hanseníase?

Sim _____ Não _____

4.2. Em caso positivo, especifique

- tipo (nome) do curso:-
- duração:- ____ horas
- época:-

Questões específicas para o enfermeiro:-

4.3. Quando concluiu o curso de graduação?

4.4. Fez habilitação no Curso de

Graduação? Sim _____ Não _____

4.5. Em caso positivo,

- qual:- _____
- quando:- _____

4.6. Tem outros cursos ligados a saúde pública e hanseníase?

Sim _____ Não _____

4.7. Em caso positivo, especifique:

5. Há quanto tempo trabalha na área de Dermatologia Sanitária (Hanseníase) neste Centro de Saúde?
-

Questão específica para o enfermeiro:-

6. Há quanto tempo tem a área de Dermatologia Sanitária (Hanseníase) sob sua responsabilidade?
-

II - "CHECK-LIST" DO CONHECIMENTO

TIPOS DE RESPOSTAS ITENS	SIM			NÃO SABE
	Correta		Incorreta	
	Completa	Incompleta		
1. Noções sobre a doença a) Causa b) Formas clínicas c) Caracter. clínicas d) Período de incubação e) Modo de transmissão f) Contagiosidade				
2. Noções sobre o tratamento a) Drogas utilizadas - tratamento básico - tratamento para esta dos reacionais - tratamento complementar b) Regularidade c) Resistência medicamentosa				
3. Noções sobre a aplicação de provas e testes a) Prova de histamina - procedimento - resultado b) Teste de Mitsuda - indicação - procedimento - prazo para leitura - resultados				

TIPOS DE RESPOSTAS ITENS	SIM		Incorreta	NÃO SABE
	Correta			
	Completa	Incompleta		
<p>4. Noções sobre exames laboratoriais (baciloscopia)</p> <ul style="list-style-type: none"> - indicação a) Coleta de material de lesão cutânea <ul style="list-style-type: none"> - local - material - técnica da coleta b) Coleta de material do muco nasal <ul style="list-style-type: none"> - material - técnica da coleta <p>5. Noções sobre prevenção de incapacidades físicas</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Problemas oculares <ul style="list-style-type: none"> - tipo de comprometimento - cuidados b) Problemas do nariz <ul style="list-style-type: none"> - tipo de comprometimento - cuidados c) Problemas da mão <ul style="list-style-type: none"> - tipo de comprometimento - cuidados d) Problemas do pé <ul style="list-style-type: none"> - tipo de comprometimento - cuidados 				

III - DISCRIMINAÇÃO DAS ATIVIDADES REALIZADAS NO CENTRO DE SAÚDE PELO PESSOAL DE ENFERMAGEM, NA ÁREA DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA-HANSENÍASE

ATIVIDADES	Realizadas			DESCONHECE
	SIM	POR QUEM (profissional)	NÃO	
1 -Inscrição no subprograma				
2 -Pré-consulta				
3 -Pós-consulta				
4 -Atendimento de enfermagem				
5 -Convocação de faltosos				
6 -Visita domiciliária				
7 -Aplicação e leitura do Teste de Mitsuda				
8 -Coleta de material para baciloscopia				
9 -Aplicação do tratamento				
10-Trabalho de grupo				
11-Técnicas simples para prevenção e tratamento de incapacidades físicas				

IV - DISCRIMINAÇÃO DAS ATIVIDADES REALIZADAS PELO ENFERMEIRO DO CENTRO DE SAÚDE, NA AREA DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA-HANSENÍASE

ATIVIDADES	SIM		NÃO	POR QUÊ?
	EVEN TUAL	ROTI NA		
<p>1. De Assistência</p> <ul style="list-style-type: none"> - complementação da Consulta Médica (pré-pós) - consulta de enfermagem - vacinação BCG - aplicação e leitura do Teste de Mitsuda - visita domiciliária - administração de medicamentos e curativos 				
<p>2. De Administração</p> <ul style="list-style-type: none"> - planejamento - organização dos recursos de enfermagem - direção do trabalho de enfermagem - coordenação e controle do trabalho de enfermagem - supervisão e avaliação do trabalho de enfermagem 				
<p>3. De Ensino</p> <ul style="list-style-type: none"> - programas de educação continuada - aulas para grupos da comunidade - palestras para a clientela do Centro de Saúde - treinamento de campo para estudantes de enfermagem 				
<p>4. De Pesquisa</p>				
<p>5. De Assessoria</p>				

ANEXO 3

MODELO PARA AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO

PADRONIZAÇÃO E DEFINIÇÃO

I. NOÇÕES SOBRE A DOENÇA:

1. Causa (bacilo): *Micobacterium Leprae*; bacilo de Hansen.
2. Formas clínicas: Virchoviana - V
Tuberculóide - T
Limítrofe; Borderline; Dimorfa - D
Indeterminada - I
Tuberculóide Reacional - TR.
3. Características clínicas:
 - Sintomatologia inicial: Doença crônica
 - parestesias nas extremidades dos membros superiores e inferiores
 - áreas de anestésias
 - nevralgias
 - lesões tegumentares - manchas hipocrômicas, ou eritemato-hipocrômicas ou eritematosas
 - diminuição da sudorese
 - rarefação dos pelos.
4. Período de incubação: 03-05 anos.
5. Modo de transmissão:
 - contato domiciliar íntimo e prolongado
 - contato fortuito, porém repetido

O bacilo proveniente das lesões cutâneas ou das secreções nasais penetra no organismo através da pele ou do trato respiratório.
6. Contagiosidade: baixa.

Na pele hansênica: ausência do ente
ma secundário (reação incompleta).

2. Teste de Mitsuda:

- Deve ser realizado em: Doentes inscritos da forma I

Doentes candidatos à alta
Comunicantes

Procedimento: inocular, intradermicamente, 0,1 ml
(técnica)

de antígeno, de preferência na face
anterior do antebraço esquerdo; for-
mar-se-á uma pápula isquêmica, de apro-
ximadamente 1 cm de diâmetro.

- Leitura: Deve ser feita na 4ª semana (1 mês, 30
dias).

- Resultados: Negativa: ausência de qualquer sinal
no ponto de inoculação

Positiva: pápula ou tubérculo maior
do que 3 mm de diâmetro.

IV. NOÇÕES SOBRE EXAMES DE LABORATÓRIO (baciloscopia)

1. Deverá ser realizada em:

- Todo doente inscrito
- Todo doente que no momento da inscrição tenha apre-
sentado baciloscopia positiva, até que se obtenha
a negativagão, por 03 vezes seguidas
- Uma vez por ano, após negativação bacterioscópica
ou em doentes "I" inicialmente negativos.

2. Coleta de material da lesão cutânea:

a) Local:

- no caso de manchas ou lesões em placa, freqüen-
tes nas formas I e T, o local é a bordada lesão
- nas lesões virchovianas (tubérculos, nódulos e

infiltrações) o local é o centro da lesão

- lóbulo da orelha.

b) Material:

- qualquer tipo de escarificador (agulha, bisturi, gilete)

- lâmina de vidro numerada.

c) Técnica da colheita:

- isquemiá, por compressão, o local da colheita, fixando-se firmemente a lesão entre o polegar e o indicador, ou por meio de pinça

- fazer, com o escarificador, uma incisão linear da epiderme e derme, de 1 cm de extensão

- raspar as bordas da incisão com o escarificador

- fazer um esfregaço fino com o material colhido no centro de uma lâmina, em movimentos circulares

- secar ao ar

- fixar pelo calor passando a lâmina 03 vezes pela chama de uma lamparina a álcool, com o esfregaço do lado de cima

- flambar ao rubro o escarificador usado.

3. Coleta de material de muco nasal:

a) Material:

- porta algodão

- algodão hidrófilo

- lâminas de vidro numeradas.

b) Técnica da coleta:

- pedir ao paciente que assoe o nariz

- orientar que poderá provocar espirro ou lacrimajamento, mas não é doloroso

- colocar o paciente em posição correta (cabeça

levantada)

- introduzir o estilete em direção ao septo
- retirar o material
- fazer um esfregaço sobre a lâmina numerada - flambar - lâmina e estilete.

V. NOÇÕES SOBRE PREVENÇÃO DE INCAPACIDADES FÍSICAS

1. Problemas oculares:

a) tipo de comprometimento: - lacrimejamento

- entrópico
- ectrópico
- lagoftalmo
- anestesia da córnea (lesões)
- dor
- fotofobia
- diminuição da acuidade visual.

b) cuidados:

- dia: óculos escuros com haste lateral larga
limpeza com água fervida ou soro fisiológico
uso de colírio
- noite: protetor para os olhos.

2. Problemas do nariz:

a) tipo de comprometimento: infiltração da mucosa
ressecamento
desabamento da pirâmide nasal

b) cuidados: higiene
umidificação

3. Problemas das mãos:

- a) tipo de comprometimento: ressecamento da pele
anestesia
paralisia ou paresia
retrações
neurites
amiotrofias
"mão calda".
- b) cuidados: hidratação
lubrificação
massagens
exercícios
adaptação de instrumentos de trabalho
uso de férulas
orientação quanto aos cuidados para
evitar traumas.

4. Problemas dos pés:

- a) tipo de comprometimento: mal perfurante plantar
amiotrofias
ressecamento da pele
anestesia
paralisia ou paresia
retrações
neurites
"pé caído".
- b) cuidados: hidratação
lubrificação
massagens
exercícios
uso de férulas
modificação dos calçados

orientação quanto aos cuidados para evitar traumatismos.

ANEXO 4

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS EM NÚMERO E PORCENTAGEM, PARA CADA ITEM RELACIONADO AO CONHECIMENTO DO PESSOAL DE ENFERMAGEM SOBRE HANSENÍASE.

ITENS RELACIONADOS AO CONHECIMENTO	TIPOS DE RESPOSTAS								TOTAL	
	Sim				Incorreta	Não Sabe				
	Correta		Incorreta							
	Completa	Incompleta							Nº	%
1. Noções sobre a doença										
a) Causa	13	54,2	3	12,5	5	20,8	3	12,5	24	100,0
b) Formas clínicas	16	66,7	6	25,0	0	-	2	8,3	24	100,0
c) Características clínicas	13	54,2	10	41,6	0	-	1	4,2	24	100,0
d) Período de incubação	17	70,8	3	12,5	0	-	4	16,7	24	100,0
e) Modo de transmissão	9	37,5	13	54,2	1	4,2	1	4,2	24	100,0
f) Contagiosidade	19	79,1	3	12,5	1	4,2	1	4,2	24	100,0
2. Noções sobre o tratamento										
a) Drogas utilizadas										
. tratamento básico	18	75,0	4	16,7	0	-	2	8,3	24	100,0
. tratamento para estado reacional	8	33,3	13	54,2	1	4,2	2	8,3	24	100,0
. tratamento complementar	5	20,8	4	16,7	0	-	15	62,5	24	100,0
b) Regularidade	23	95,8	0	-	0	-	1	4,2	24	100,0
c) Resistência medicamentosa	4	16,7	7	29,1	6	25,0	7	29,1	24	100,0
3. Noções sobre a aplicação de provas e testes										
a) Prova de histamina										
. procedimento	1	4,2	5	20,8	1	4,2	17	70,8	24	100,0
. resultado	3	12,5	2	8,3	0	-	19	79,1	24	100,0
b) Teste de Mitsuda										
. indicação	7	29,1	14	58,3	2	8,3	1	4,2	24	100,0
. procedimento	9	37,5	7	29,1	3	12,5	5	20,8	24	100,0
. prazo para leitura	21	87,5	1	4,2	0	-	2	8,3	24	100,0
. resultados	7	29,1	10	41,6	2	8,3	5	20,8	24	100,0
4. Noções sobre exames laboratoriais (baciloscopia)										
. indicação	12	50,0	11	45,8	0	-	1	4,2	24	100,0
a) Coleta de material de lesão cutânea										
. local	5	20,8	16	66,7	1	4,2	2	8,3	24	100,0
. material	15	62,5	3	12,5	2	8,3	4	16,7	24	100,0
. técnica de coleta	11	45,8	5	20,8	1	4,2	7	29,1	24	100,0
b) Coleta de material do muco nasal										
. material	9	37,5	4	16,7	1	4,2	10	41,6	24	100,0
. técnica de coleta	4	16,7	7	29,1	1	4,2	12	50,0	24	100,0
5. Noções sobre prevenção de incapacidades físicas										
a) Problemas oculares										
. tipo de comprometimento	7	29,1	15	62,5	0	-	2	8,3	24	100,0
. cuidados	9	37,5	8	33,3	0	-	7	29,1	24	100,0
b) Problemas do nariz										
. tipo de comprometimento	9	37,5	11	45,8	0	-	4	16,7	24	100,0
. cuidados	12	50,0	2	8,3	0	-	10	41,6	24	100,0
c) Problemas da mão										
. tipo de comprometimento	10	41,6	13	54,2	0	-	1	4,2	24	100,0
. cuidados	10	41,6	11	45,8	0	-	3	12,5	24	100,0
d) Problemas do pé										
. tipo de comprometimento	12	50,0	11	45,8	0	-	1	4,2	24	100,0
. cuidados	13	54,2	9	37,5	0	-	2	8,3	24	100,0

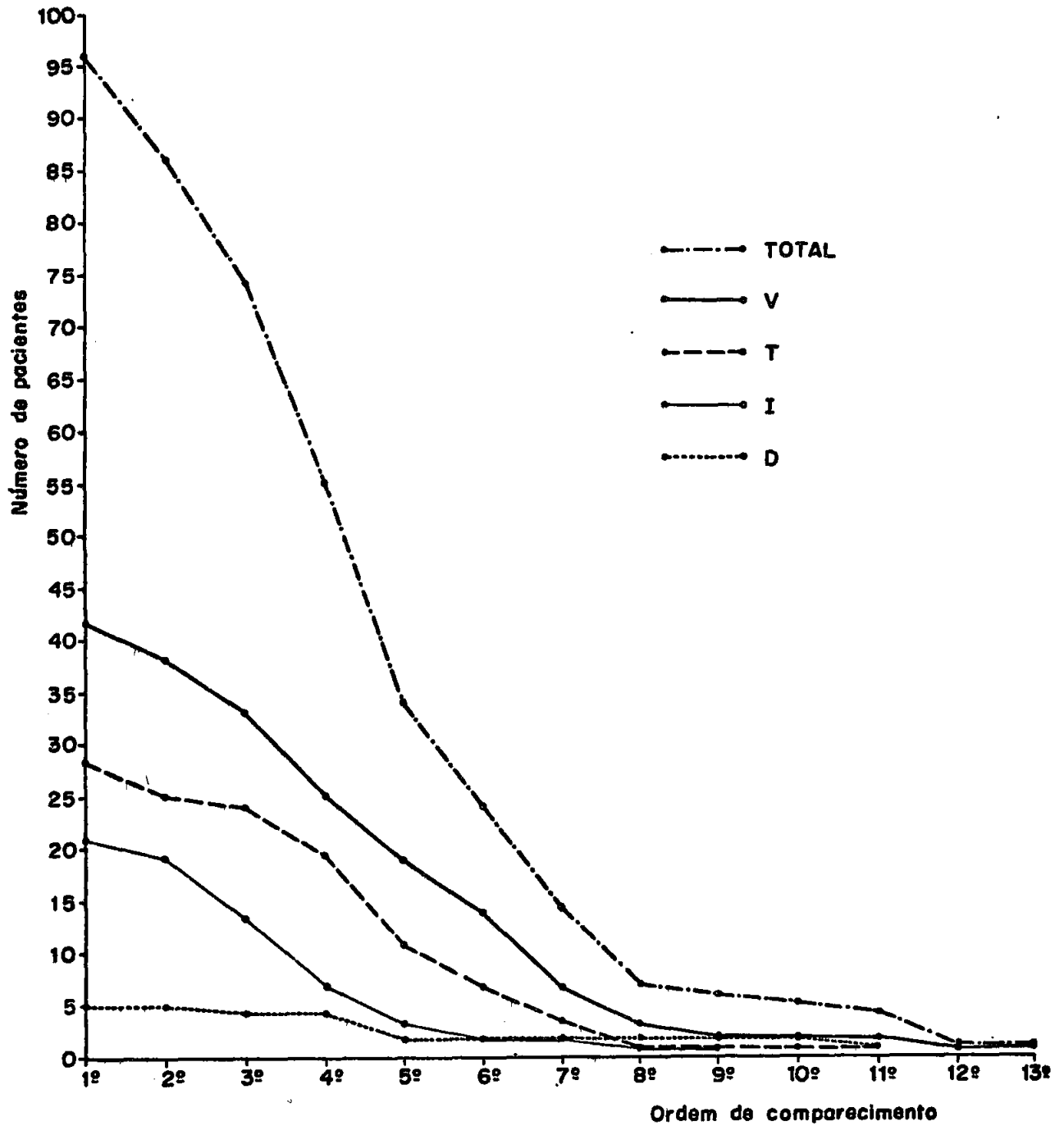
ANEXO 5

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS, DAS FUNÇÕES E ATIVIDADES REALIZADAS PELAS ENFERMEIRAS NA AREA DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA - HANSENÍASE.

FUNÇÕES E ATIVIDADES	TIPO DE RESPOSTA		
	Sim		Não
	Eventual	Rotina	
1. Assistencial			
. complementação da cons. médica (prê-pós)	5	1	1
. consulta de enfermagem	-	-	6
. vacinação BCG	3	-	3
. aplicação e leitura do Teste de Mitsuda	3	1	2
. visita domiciliária	5	-	1
. administração de medicamentos e curativos	1	-	5
2. Administração			
. planejamento	3	3	-
. organização dos recursos de enfermagem	3	3	-
. direção do trabalho de enfermagem	-	6	-
. coordenação e controle do trabalho de <u>en</u> fermagem	-	6	-
. supervisão e avaliação do trabalho de <u>en</u> fermagem	1	5	-
3. Ensino			
. programas de educação contínua	4	2	-
. aulas para grupos da comunidade	2	-	4
. palestras para a clientela do C.S.	2	-	4
. treinamento de campo para estudantes de enfermagem	2	1	3
4. Pesquisa	-	-	6
5. Assessoria	4	2	-

ANEXO 6

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE COMPARECIMENTOS DO PACIENTE
SEGUNDO A FORMA DA DOENÇA.



ANEXO 8

A - DISTRIBUIÇÃO DOS 68 COMPARECIMENTOS DOS DOENTES DE FORMA INDETERMINADA, SEGUNDO O TIPO DE ATIVIDADE E SUA REALIZAÇÃO.

TIPO DE ATIVIDADE	REALIZAÇÃO DA ATIVIDADE			
	Sim		Não	Não se Aplica
	Completa	Incompleta		
Pré-consulta	-	37	23	8
Pós-consulta	-	43	10	15
A. Enfermagem	-	10	1	57
V. Domiciliária	-	8	26	34
Ap.Leit. Teste Mitsuda	3	-	46	19
Col. Material	10	8	14	36
T. Grupo	-	-	64	4
Prev. Incapac.	-	-	68	-

B - DISTRIBUIÇÃO DOS 121 COMPARECIMENTOS DOS DOENTES DE FORMA TUBERCULÓIDE, SEGUNDO O TIPO DE ATIVIDADE E SUA REALIZAÇÃO.

TIPO DE ATIVIDADE	REALIZAÇÃO DA ATIVIDADE			
	Sim		Não	Não se Aplica
	Completa	Incompleta		
Pré-consulta	-	83	25	13
Pós-consulta	1	78	16	26
A. Enfermagem	1	14	-	106
V. Domiciliária	-	13	77	31
Ap.Leit. Teste Mitsuda	2	1	113	5
Col. Material	14	8	42	57
T. Grupo	-	-	117	4
Prev. Incapac.	-	5	116	-

C - DISTRIBUIÇÃO DOS 187 COMPARECIMENTOS DOS DOENTES DE FORMA VIRCHOVIANA, SEGUNDO O TIPO DE ATIVIDADE E SUA REALIZAÇÃO.

TIPO DE ATIVIDADE	REALIZAÇÃO DA ATIVIDADE			
	Sim		Não	Não se Aplica
	Completa	Incompleta		
Pré-consulta	-	122	53	12
Pós-consulta	1	126	27	33
A. Enfermagem	1	22	-	164
V. Domiciliária	-	13	130	44
Ap.Leit. Teste Mitsuda	2	1	-	184
Col. Material	40	18	31	98
T. Grupo	1	-	179	7
Prev. Incapac.	1	4	182	-

D - DISTRIBUIÇÃO DOS 31 COMPARECIMENTOS DOS DOENTES DE FORMA DIMORFA, SEGUNDO O TIPO DE ATIVIDADE E SUA REALIZAÇÃO.

TIPO DE ATIVIDADE	REALIZAÇÃO DA ATIVIDADE			
	Sim		Não	Não se Aplica
	Completa	Incompleta		
Pré-consulta	-	21	7	3
Pós-consulta	-	23	3	5
A. Enfermagem	-	3	-	28
V. Domiciliária	-	2	22	7
Ap.Leit. Teste Mitsuda	2	-	21	3
Col. Material	9	1	6	15
T. Grupo	-	-	31	-
Prev. Incapac.	-	-	31	-