

A ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA NO CONTROLE DA HANSENIASE

Análise das atividades realizadas *

Elisete Silva Pedrazzani **

PEDRAZZANI, E.S. A enfermagem de saúde pública no controle da hanseníase: 2 - Análise das atividades realizadas. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 22(1): 21-40, abr. 1988.

Apresenta-se um estudo com o objetivo de cotejar as atividades realizadas pelo pessoal de enfermagem, com as preconizadas pelo Subprograma de Controle da Hanseníase, nos Centros de Saúde I do Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto, da Secretaria da Saúde, do Estado de São Paulo.

Destacam-se as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros, sendo que os mesmos estão vinculados preponderantemente às funções administrativas e de assessoria.

UNITERMOS: *Hanseníase. Enfermagem de saúde pública. Pessoal de enfermagem.*

INTRODUÇÃO

A hanseníase, cultural e socialmente, está associada a um estigma que impede serem os doentes aceitos em sua comunidade; são eles, às vezes, desprezados até por membros sadios de sua família e por profissionais da área da saúde.

No Brasil, onde a hanseníase é endêmica, o problema vem preocupando as autoridades públicas, que têm procurado estabelecer diretrizes para o seu controle em todo o território nacional, prescrevendo os níveis de assistência à saúde a serem desenvolvidos no seu combate.

Nesse sentido, a Portaria Interministerial nº 3/78 propõe medidas de Prevenção Primária, com evidência na educação para a 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 ¹⁴.

* Segunda parte da Dissertação de Mestrado «A Enfermagem de Saúde Pública no Controle da Hanseníase» apresentada em 1984 na Faculdade de Saúde Pública - USP para obtenção do título de Mestre.

** Professora Assistente do Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal de São Carlos — Via Washington Luís, Km 235, 13560 — São Carlos-SP.

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. Estes 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 Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (S.E.S.S.P.) 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 estadual²⁰.

Em face desta situação, e considerando que a enfermagem está presente em todas as ações desenvolvidas na unidade sanitária, procurou-se caracterizar como se vem desenvolvendo a prática desta dentro do Subprograma de Controle da Hanseníase, uma vez que este tema tem sido questionado e objeto de reflexão por parte dos profissionais e estudiosos da área.

Segundo CASTRO⁷, as atuais características da prática da enfermagem são consequências da prática de saúde vigente no País. Esta é, por sua vez, decorrente da estrutura econômica e dos meios de produção prevalente. Assim, o desenvolvimento da prática de enfermagem tem sido influenciada pelas variáveis sócio-político-econômicas de cada época.

Nessa mesma linha de pensamento CARVALHO & CASTRO⁶ 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 ser outro agravamento a não percepção do problema, na maioria das vezes obscurecida pela alienação dos profissionais no processo econômico e político do País.

OLIVEIRA¹⁵, analisando aspectos da prática da enfermagem no País, em relação à estrutura social, concluiu que o modelo vigente de assistência à saúde, concentrador de recursos para a assistência curativa, repercutiu desfavoravelmente no seu desenvolvimento.

Analisando alguns aspectos da prática da enfermagem nota-se existir, ainda, grande distância entre o saber teórico e o prático, afirmação esta que concorda com o estudo realizado por ALMEIDA e col.³, 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 está na mão dos enfermeiros.

As características da prática de enfermagem destacadas por OLIVEIRA¹⁶ mostram a existência da heterogeneidade quanto ao padrão

da assistência prestada, devido aos desequilíbrios quantitativos dos recursos humanos de enfermagem e a falta de racionalidade na sua utilização e, também, que é uma profissão sub-remunerada e sobrecarregada, levando-se em conta as peculiaridades do serviço de enfermagem.

A discussão do desenvolvimento da prática da enfermagem remete a algumas considerações sobre recursos humanos; sendo assim, destaca-se o relato feito por VIEIRA & SILVA²¹, onde afirmam que “quando se trata de recursos humanos em enfermagem, sua escassez, qualidade e distribuição inadequados tem 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”.

A afirmação acima é, também, reforçada dentro da área de Dermatologia Sanitária — Hanseníase, e analisada no presente trabalho, no qual as ações previstas e desenvolvidas nem sempre atendem às reais necessidades da população em questão.

No entanto, D'AVILA⁸ 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”.

Nessa mesma linha de pensamento BEZERRA & SILVA⁵ consideram que a prática preponderante do serviço de enfermagem, mediante atuação dinâmica junto ao paciente e seus familiares, poderá influir decisivamente no controle da endemia.

Dos dados fornecidos pela literatura, vale ressaltar que a tradicional carência do enfermeiro nos serviços de saúde e, conseqüentemente, sua pequena integração na equipe de Dermatologia Sanitária — Hanseníase, pode ser um dos fatores que tem dificultado a participação deste profissional no controle da endemia.

Foi, portanto, objetivo deste estudo cotejar as atividades de controle da hanseníase desenvolvidas nessa Regional, com as preconizadas pelo Subprograma específico da C.S.C.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo foi realizado nos Centros de Saúde I da Divisão Regional de Saúde de Ribeirão Preto (DRS. 6), da Coordenadoria de Saúde da Comunidade de São Paulo, conforme metodologia descrita em trabalho anterior¹⁷.

Com o instrumento para a coleta de dados em mãos, entrevistou-se individualmente os funcionários, procurando com isto evitar interferência sobre as respostas, e verificar se, efetivamente, as atividades previstas pelo Subprograma eram realizadas.

Utilizou-se, ainda, um segundo instrumento, para o levantamento das anotações efetuadas pelo pessoal de enfermagem no prontuário do paciente. Procedeu-se ao estabelecimento de critérios para categorizar a resposta, da seguinte forma:

— a atividade foi considerada “completa”, no caso de ter sido encontrado 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 foi encontrado registro das ações (por exemplo: visita domiciliária, Teste de Mitsuda, trabalho de grupo, prevenção e 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 poderia ter sido realizada outra (por exemplo: pré e pós-consulta, atendimento de enfermagem e visita domiciliária).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Buscando identificar as atividades que foram realizadas pelo pessoal de enfermagem, verificou-se que, na entrevista efetuada 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”, 2 e 3 funcionários, respectivamente (TABELA 1).

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 um funcionário em cada unidade e, no Centro de Saúde F, uma pessoa entrevistada deixou sem resposta o item (TABELA 1).

No Centro de Saúde F apenas um profissional deixou de responder quem executava a atividade de “coleta de material para baciloscopia” (TABELA 1).

Na TABELA 1, também pode-se verificar que as oito 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.

TABELA 1

DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS DO PESSOAL DE ENFERMAGEM, RELATIVAS AS ATIVIDADES REALIZADAS NA ÁREA DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA-HANSENÍASE, SEGUNDO O CENTRO DE SAÚDE ESTUDADO.

Atividades	Centros de Saúde																			
	A		B		C		D		E		F		G		H		Total			
	Sim	S/Resposta	Sim	S/Resposta	Sim	S/Resposta	Sim	S/Resposta	Sim	S/Resposta	Sim	S/Resposta	Sim	S/Resposta	Sim	S/Resposta	Sim	S/Resposta		
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 Domiciliária	4	—	3	—	5	—	1	—	3	—	2	—	4	—	2	—	24	—		
Aplicação e Leitura do Teste de Mitsuda	4	—	2	1	5	—	—	1	3	—	1	—	4	—	2	—	21	2	1	
Coleta de Material	4	—	3	—	5	—	1	—	3	—	1	—	4	—	2	—	23	—	1	
Aplicação de Tratamento	3	3	—	3	5	—	—	1	—	3	—	2	—	4	—	—	7	16	1	
Trabalho de Grupo	—	3	1	3	—	2	3	—	1	—	3	—	1	1	—	4	—	6	17	1
Prevenção de Incapacidades	3	—	1	3	—	6	—	1	—	1	2	—	—	4	—	1	1	14	9	1

Foram discutidas, ainda, na Tabela 1, essas 3 últimas atividades, a fim de ser mais facilmente identificada a freqüência das respostas negativas do funcionários quanto à realização das mesmas nos Centros de Saúde, respostas estas especificadas a seguir:

Respostas Negativas Quanto à Realização das Atividades

Centro de Saúde	Aplicação Tratamento	Trabalho Grupo	Prevenção 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, conforme as respostas de alguns funcionários, havendo diferença maior no Centro de Saúde B onde a segunda atividade é referida como sendo realizada por todos.

Nos Centros de Saúde E, F, G e H houve maior número de respostas negativas dos funcionários quanto à realização da atividade de “prevenção de incapacidades”; observa-se que nos quatro Centros de Saúde restantes (A, B, C e D) todos os funcionários referiam que a mesma era realizada.

Tem-se, ainda, que registrar, quanto a essas três atividades, que no Centro de Saúde A, um funcionário deixou de responder sobre a execução ou não das mesmas na Unidade Sanitária.

A “prevenção de incapacidades físicas” por meio de técnicas simples foi um dado cuja obtenção parece valiosa, uma vez que poderia contribuir para a 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 Centros de Saúde 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.

Apresenta-se na Tabela 2 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 2

DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS POSITIVAS SOBRE AS ATIVIDADES REALIZADAS NA ÁREA DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA-HANSENIASE 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, 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.

Os dados da Tabela 2 mostram serem os auxiliares de enfermagem, visitantes sanitários e atendentes, os membros da equipe que executam a maioria das atividades de enfermagem. Em relação a esta última categoria de pessoal, as atividades por eles mais desenvolvidas são as de "inscrição" no Subprograma e a "pré-consulta".

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

O auxiliar de enfermagem não está presente no "trabalho de grupo"; no entanto, apresenta 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".

As atividades que contam com a participação da enfermeira, são 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 membros da equipe de enfermagem, e, ainda, por funcionário de outra categoria, por exemplo, o escriturário. Neste caso deve ter havido 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-consulta", "pós-consulta" e "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 de serem executadas pelos membros da equipe de enfermagem, a "convocação" é feita também por motorista, ou através de outros recursos como uso da carta e do telefone e a "visita domiciliária" é feita também por médico e estudante de enfermagem.

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

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

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 de C.S.C. No entanto, acredita-se ser importante ressaltar a presença do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional, como profissionais que atuam no setor desenvolvendo tais atividades.

A presença de professores e alunos destes cursos foi notada no Centro de Saúde da cidade de São Carlos, onde existe uma Universidade Federal que conta com três Cursos de Graduação na área de saúde:

Enfermagem, desde 1977, e Terapia Ocupacional e Fisioterapia, desde 1978.

“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.

Em face da 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 forma menos intensa.

Nos oito Centros de Saúde pesquisados foram encontradas apenas 6 enfermeiras, e cada uma lotada em um Centro de Saúde. Considerando-se que esta profissional tem ainda sob a sua responsabilidade todas as demais atividades de enfermagem previstas na programação da C.S.C., é extremamente difícil sua participação mais ativa em todos os programas e subprogramas desenvolvidos na unidade de saúde.

Observa-se, portanto, 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 mostra que há pouca utilização destes recursos e que a mesma é feita pelo pessoal preparado para exercer 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, nos 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 registro maior desta última do que daquela atividade.

Na tentativa de analisar as atividades preconizadas pelo subprograma, foram apresentadas quais são as realizadas e quem as executa. A partir deste momento verificar-se-á a distribuição da frequência de respostas sobre os motivos alegados pelos profissionais para a não realização de cada atividade (Quadro 1).

DISTRIBUIÇÃO DOS MOTIVOS QUE LEVAM A NÃO REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES NOS CENTROS DE SAÚDE.

Motivos relacionados a:*

Atividade	Pessoal	Paciente	Estrutura do Serviço	Outros
Pré-Consulta	<ul style="list-style-type: none"> • não está acostumada 	<ul style="list-style-type: none"> • não fala o que sente 		
Atendimento de Enfermagem		<ul style="list-style-type: none"> • oferece resistência • prefere médico 	<ul style="list-style-type: none"> • muitos pacientes • subprograma não devidamente implantado • falta de pessoal e material 	
Aplicação e Leitura do Teste de Mitsuda			<ul style="list-style-type: none"> • falta material • não há pedido 	<ul style="list-style-type: none"> • não há necessidade • mais fácil levar para casa
Aplicação de Tratamento	<ul style="list-style-type: none"> • não sabe • falta-lhe tempo • foi orientado para não fazer 	<ul style="list-style-type: none"> • não pode comparecer • mora longe 	<ul style="list-style-type: none"> • impossível ter controle diário do paciente • falta medicamento • falta lugar • falta material 	
Trabalho de Grupo	<ul style="list-style-type: none"> • tem conhecimento recente • oferece resistência 	<ul style="list-style-type: none"> • tem complexo • oferece resistência • tem pouco tempo 	<ul style="list-style-type: none"> • faltam condições • falta pessoal • falta pessoal treinado • falta local 	<ul style="list-style-type: none"> • em fase de preparo
Prevenção de Incapacidades	<ul style="list-style-type: none"> • tem conhecimento recente • falta trabalho em equipe 		<ul style="list-style-type: none"> • ainda não foi decidido • falta pessoal • falta material • falta pessoal treinado 	<ul style="list-style-type: none"> • não há necessidade

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

Tendo por objetivo facilitar a exposição dos motivos referidos optou-se por agrupá-los em: relacionados ao pessoal, ao paciente, à estrutura dos serviços e a outros (Quadro 1).

Foi identificado, a partir dos dados da Tabela 1, que as atividades não realizadas, em ordem decrescente 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).

Das respostas sobre os motivos apresentados verificou-se que há concentração maior naqueles ligados a problemas relativos à estrutura do serviço e, dentre estes, identificaram-se as 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 a sua execução.

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

Há que considerar as condições em que normalmente são realizadas as "pré-consultas" e os "atendimentos de enfermagem", para as quais são utilizadas as salas de atendimento de todos os pacientes, conversando-se individualmente com os mesmos, segundo a ordem de chegada; portanto nem sempre é garantida a necessária privacidade no atendimento, o que não ocorre com a consulta médica, durante a qual 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 a devida orientação; de acordo com o que foi referido em entrevista com os funcionários, não há necessidade do 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 realizado segundo a maioria das informações obtidas (17), em algumas respostas esta atividade está em fase de preparo (2) e, em outras, os profissionais (5) afirmam 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 participação efetiva entre os pacientes e os membros da equipe, são os relacionados aos próprios pacientes, como, por exemplo, o complexo e a sensibilidade dos mesmos.

A "prevenção de incapacidades" não é desenvolvida segundo nove entrevistados (Tabela 1); outros 14 afirmaram que a mesma é realizada. Dentre os motivos alegados para a não realização os mais citados são o conhecimento, que é ainda recente, e a falta de pessoal.

Um motivo apresentado no Quadro 1 em relação à "prevenção de incapacidades físicas", que causou estranheza é a "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 da mesma 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 alegados para a não realização das atividades já referidas, podem-se destacar algumas contradições entre as respostas obtidas, ou seja, a população entrevistada alega que atividades como "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 devido às 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 hanseniano, 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 em fatos apresentados anteriormente (17), que o pessoal que atua na área está preparado para executar as atividades propostas no subprograma, no entanto seus conhecimentos teóricos nem sempre são postos em prática.

Atividades realizadas pela Enfermagem

Com o objetivo de identificar as atividades realizadas pelas enfermeiras junto à área de Dermatologia Sanitária — Hanseníase, dos C.S. pesquisados, foram consideradas as seguintes funções gerais propostas para a Enfermagem: assistência, administração, ensino, pesquisa e assessoria. Entre outros autores ADAMI¹, FERREIRA SANTOS¹⁰, HORTA¹¹, PEDRAZZANI¹⁹ e LOPEZ de la PEÑA¹² discutem estas funções.

A análise de tais áreas funcionais contribuiu para a identificação do conjunto de atividades apresentadas no Anexo 1, agrupadas segundo essas funções gerais quando do desenvolvimento do subprograma de Hanseníase em um Centro de Saúde tipo I; com esse agrupamento verificou-se que as atividades eram realizadas de maneira eventual ou rotineira.

A Tabela 3 apresenta a distribuição da média das respostas obtidas sobre o exercício ou não de cada função e, quando afirmativo, se o fato acontecia eventualmente ou como rotina.

TABELA 3

DISTRIBUIÇÃO DA MÉDIA DAS RESPOSTAS SOBRE AS FUNÇÕES EXERCIDAS PELAS ENFERMEIRAS NA ÁREA DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA - HANSENIASE.

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	2,7	6
Pesquisa	—	—	6,0	6
Assessoria	4,0	2,0	—	6

Ao analisar os dados coletados sobre a função assistencial, observou-se que, em média, 0,2 (3,3%) 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 desta função, apenas a “aplicação e leitura do Teste de Mitsuda” foi citada como feita de rotina por uma enfermeira; enquanto que a “visita domiciliária”, “pré” e “pós-consulta” são realizadas de forma eventual por 5 destes profissionais e a totalidade das entrevistadas (6) não fazem a “consulta de enfermagem”.

Quanto à função administrativa, que exige da enfermeira capacidade para 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, eventualmente.

Estes dados, se comparados com os analisados na função de assistência, descritos acima, demonstram contraste bastante acentuado entre ambos 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 a executam, em média, apenas 2,8 enfermeiras as realizam de forma eventual, dando, portanto, um total de 5,8 (97,4%) que não executam ou apenas eventualmente dedicam-se às atividades assistenciais.

Em outras palavras, poder-se-ia dizer que as enfermeiras entrevistadas não prestam assistência direta ao paciente e sim a delegam a outros membros da equipe, como pode ser observado através de outras atividades. Assim, tem-se que as atividades de organização dos recursos de enfermagem e de planejamento são feitos 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 ², "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, quando 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 realizam a mesma de forma eventual, 0,7 como rotina; os demais (2,8) não executam nenhuma das atividades integrantes da mesma.

Os programas de educação continuada são realizados 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 Centro de Saúde e treinamento de campo para estudantes de enfermagem; no entanto, essas ações são realizadas de forma eventual.

A única função não exercida por qualquer das enfermeiras que responderam ao levantamento, foi a de pesquisa. Esta situação vem justificar a preocupação apresentada por MENDES & TREVIZAN ¹³, quando afirmam haver despreparo do enfermeiro com relação à elaboração de pesquisa, e à aplicação do produto das pesquisas à prática, bem como a pouca ênfase dada nos currículos dos cursos de Graduação em Enfermagem, à metodologia de pesquisa. Esses dados, merecem reflexão maior por parte dos órgãos formadores de pessoal, assim como dos órgãos prestadores de serviços.

Apesar das limitações deste estudo, particularmente devidos à pequena amostra que apresenta, verifica-se que nenhuma pesquisa é desenvolvida pelas enfermeiras dos C.S.I. da DRS. 6, apesar da pesquisa em enfermagem ter como objetivo a melhoria do exercício da profissão.

Em relação à função de assessoria, esta 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 como rotina em 2,0; portanto, a totalidade das profissionais desenvolve esta função na unidade de saúde.

Após a verificação das atividades referidas pelos entrevistados, como sendo realizadas, procurou-se fazer um levantamento no prontuário de

todos os atendimentos prestados pelo pessoal de enfermagem aos pacientes e desta forma constatar a atividade que havia sido registrada e considerá-la como efetivamente realizada.

TABELA 4

DISTRIBUIÇÃO DAS ATIVIDADES, SEGUNDO A SUA REALIZAÇÃO NOS 407 COMPARECIMENTOS DOS PACIENTES.

Tipo de Atividade	Realização da Atividade			
	Sim		Não	Não se Aplica
	Completa	Incompleta		
1. Pré-Consulta	—	263	108	36
2. Pós-Consulta	2	270	56	79
3. Atendimento Enfermagem	2	49	1	355
4. Visita Domiciliária	—	36	255	116
5. 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 Tabela 4 constam, apenas, as atividades gerais computadas em todos os comparecimentos dos pacientes; no entanto, o levantamento foi realizado da mais objetiva forma 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 naquele comparecimento.

Do total de 407 comparecimentos apresentados na Tabela 4, aos quais corresponde a realização de uma ou mais atividades, observa-se, nos registros que, dentre estas, a “coleta de material para baciloscopia” foi desenvolvida de forma completa em 73 casos; as atividades de “pré-consulta” e “visita domiciliária” não foram registradas, nem sequer uma vez, de forma completa; o “trabalho de grupo” e a “prevenção de incapacidades”, foram realizados apenas uma vez de forma completa, ao passo que a “pós-consulta” e o “atendimento de enfermagem” apresentaram apenas dois registros completos; e, por último, foram encontrados somente nove registros satisfatórios para a atividade referente à “aplicação e leitura do Teste de Mitsuda”.

Ao serem verificados os registros das atividades que foram realizadas de forma incompleta, encontrou-se número 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” (397), “trabalho de grupo” (391), “visita domiciliária” (255), “aplicação e leitura do Teste de Mitsuda” (180) e “coleta de material para bacilosopia” (93), quanto à “pré-consulta”, apesar de registrada na maioria das vezes, observa-se número bastante alto (108) de não realização.

Apesar de se ter detectado um número pequeno de ações realizadas 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 que tais medidas sejam exercidas nas Unidades Sanitárias 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, no item “não se aplica”, a atividade “atendimento de enfermagem”, uma vez que a maioria dos comparecimentos relatadas por funcionários de que o médico “quer ver o doente em todo do paciente na unidade de saúde, principalmente no início do tratamento, é para consulta médica; encontraram-se também informações 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 que seja o problema apresentado 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 corretamente; portanto, esta atividade apresenta uma alta concentração no item “não se aplica”.

Observa-se que a “coleta de material para bacilosopia” 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 no registro das atividades realizadas pela enfermagem no prontuário do paciente é significativa. O atual estágio de desenvolvimento dos serviços de saúde e de pesquisa em enfermagem tendem cada vez mais a utilizar as anotações dos prontuários como fonte de dados que contribui para a avaliação da assistência prestada à clientela.

Considerados estes aspectos, e analisada a importância das anotações dos cuidados de enfermagem, DUARTE e col.⁹ afirmam 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 hibridez da formulação daquelas encontradas".

ANGERAMI e col.⁴, 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 e avaliação daqueles que estão em andamento, com o objetivo de restabelecer o máximo de saúde em um mínimo de tempo possível".

Os autores acima referidos afirmam, também, que a inexistência de padrões estabelecidos no sistema de anotações de enfermagem torna difícil a avaliação das mesmas e que esta dificuldade é acrescida pelo fato do trabalho ser executado por pessoal de diferentes categorias, com preparo diferente; portanto, as exigências e expectativas deverão estar de acordo com seu preparo.

Em estudo realizado por PEDRAZZANI & LUIZ¹⁸ sobre a orientação de enfermagem prestada a pacientes portadores de hanseníase, foi feito um levantamento nos prontuários, dos registros realizados pelo pessoal de enfermagem. 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 marcada por 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 inexistência de padrões seguros e precisos que objetivem aprimorar a sistemática de registro das ações de enfermagem, quer pela importância como fonte de dados para a avaliação qualitativa da assistência prestada, quer como fonte de dados para pesquisas.

CONCLUSÕES

Com os resultados obtidos nesta pesquisa, verificou-se:

1. dentre as atividades de controle da hanseníase a serem realizadas pelo pessoal de enfermagem, todas foram assinaladas como sendo executadas pela população deste estudo;
2. dos exercentes da equipe de enfermagem, o visitador sanitário e o atendente são os que participam da realização de todas as atividades pesquisadas;

3. 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, a estrutura do serviço de saúde;

4. em relação às atividades realizadas pelas enfermeiras pode-se verificar que as mesmas estão vinculadas, preponderantemente, às funções administrativa e de assessoria;

5. 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 e Controle da Hanseníase.

PEDRAZZANI, E.S. Public health nursing in leprosy control: analysis of work done achieved. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 22(1):21-40, Apr. 1988.

In this paper, the author presents a comparative study of the work done by the nursing personnel in Health Center I of the Regional Health Department of Ribeirão Preto, State Health Bureau of the State of São Paulo, in compliance with the recommendations set forth by the Sub-program for the Controle of Leprosy.

It should be stressed that the nurses' work was of a mainly administrative and advisory nature.

UNITERMS: *Hansen's disease. Public health nursing. Nursing staff.*

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. 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.
2. ALMEIDA, M.C.P. *Contribuição ao estudo da prática de enfermagem — Brasil*. Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, s/d. (mimeografado).
3. ALMEIDA, M.C.P. et alii. *A produção do conhecimento na pós-graduação em enfermagem no Brasil*. Ribeirão Preto, s/d. (mimeografado).
4. ANGERAMI, E.L.S. et alii. *Análise crítica das anotações de enfermagem*. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 29(4):28-37, out./dez. 1976.
5. BEZERRA, M.Z.V. & SILVA, I.V. *Estudo de aspectos epidemiológicos nos casos de hanseníase no ambulatório da Universidade Integrada de Sobradinho*. (Trabalho apresentado no CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 32, Brasília, 1979).
6. CARVALHO, V. & CASTRO, I.B. *Reflexões sobre a prática da enfermagem*. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 31, Fortaleza, 1979. *Anais*. Fortaleza, 1979. p. 51-59.
7. CASTRO, I.B. *O papel social do enfermeiro: realidade e perspectiva de mudança*. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 34, Porto Alegre, 1982. *Anais*. Porto Alegre, 1982. p. 33-52.
8. D'AVILA, M.G. *Importância da atuação da enfermeira no controle da hanseníase*. *Bol. Div. Nac. Derm. Sanit.*, Brasília, 37(1/4):51-55, 1978.
9. DUARTE, A.B. et alii. *Importância das anotações dos cuidados de enfermagem*. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 29(3):83-91, jul./set. 1976.

10. FERREIRA SANTOS, C.A. *A enfermagem como profissão*. São Paulo, Pioneira, 1973.
11. HORTA, W.A. *Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo*. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 8(1):7-15, mar. 1974.
12. LOPEZ de la PEÑA, J. *A enfermeira de saúde pública*. São Paulo, 1971. (Tese de Doutoramento — Faculdade de Saúde Pública da USP).
13. MENDES, I.A.C. & TREVISAN, M.A. *Acerca da utilização do método científico nas pesquisas de enfermagem*. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 36(1):13-19, jan./mar. 1983.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 3, de 27-10-78. *Bol. Div. Nac. Derm. Sanit.* Brasília, 37(1/4):15-18, 1978.
15. OLIVEIRA, M.I.R. *Enfermagem e estrutura social*. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 31, Fortaleza, 1979. *Anais*. Fortaleza, 1979. p. 9-26.
16. OLIVEIRA, M.I.R. *O enfermeiro e a enfermagem*. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 33, Manaus, 1981. *Anais*. Manaus, 1981. p. 19-31.
17. PEDRAZZANI, E.S. *A enfermagem de saúde pública no controle da hanseníase*. 1. *Conhecimento do pessoal de enfermagem*. *Rev. Esc. Enf. USP.*, São Paulo, 21(2):171-182, ago. 1987.
18. 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, 2, CONGRESSO NACIONAL DA ABRASCO, 1, São Paulo, 1983. *Resumos*. São Paulo, 1983. p. 127.
19. PEDRAZZANI, J.C. *Proposição de objetivos comportamentais para a disciplina anatomia do currículo de graduação em enfermagem*. São Carlos, 1983. (Dissertação de Mestrado — Universidade Federal de São Carlos).
20. SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. *Subprograma de Controle da Hanseníase*. São Paulo, Coordenadoria de Saúde da Comunidade, 1976. (mimeografado).
21. VIEIRA, T.T. & SILVA, A.L.C. *Recursos humanos na área de enfermagem — adequação da formação à utilização*. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 34, Porto Alegre, 1982. *Anais*. Porto Alegre, 1982. p. 61-77.

Recebido para publicação em 8-12-86.

Aprovado para publicação em 15-5-88.

ANEXO 1

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

Funções e Atividades	Tipo de Resposta		
	Sim		Não
	Eventual	Rotina	
1. Assistencial			
• complementação da cons. médica (pré-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 enfermagem	—	6	—
• supervisão e avaliação do trabalho de enfermagem	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	—