



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

AMANDA OLIVEIRA DA SILVEIRA MARQUES DANTAS

**DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PRECOCE DOS CASOS DE HANSENÍASE:
dificuldades apontadas pelos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família**

**CAJAZEIRAS - PB
2011**

AMANDA OLIVEIRA DA SILVEIRA MARQUES DANTAS

**DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PRECOCE DOS CASOS DE HANSENÍASE:
dificuldades apontadas pelos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso Bacharelado em
Enfermagem da UFCG, como requisito parcial para
Obtenção do Título Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Msc. Arieli Rodrigues Nóbrega
Videres

**CAJAZEIRAS - PB
2011**



Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

D192d Dantas, Amanda Oliveira da Silveira Marques
Diagnóstico e tratamento precoce dos casos de
hanseníase: dificuldades apontadas pelos enfermeiros
da estratégia saúde da família./Amanda Oliveira da
Silveira Marques Dantas. Cajazeiras, 2011.
78f.: il.

Orientadora: Arieli Rodrigues Nóbrega Videres.
Monografia (Graduação) – CFP/UFPG

1.Hanseníase – diagnóstico e tratamento. 2.Saúde da
Família. 3.Centros de Saúde. I.Videres, Arieli
Rodrigues Nóbrega. II. Título.

UFPG/CFP/BS

CDU- 616-002.73

AMANDA OLIVEIRA DA SILVEIRA MARQUES DANTAS

**DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PRECOCE DOS CASOS DE HANSENÍASE:
dificuldades apontadas pelos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família**

Aprovado em ____ / ____ /2011

BANCA EXAMINADORA

Prof^o Msc. Arieli Rodrigues Nóbrega Videres
(UACV/CFP/UFCG)
Orientadora

Prof^o Cynara Rodrigues Carneiro
(UACV/CFP/UFCG)
Membro

Prof^a. Msc. Roberta Romero de Miranda Henriques
(UACV/CFP/UFCG)
Membro

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

A Deus por ser o alicerce da minha vida.

Aos meus amores, esposo e filho, Rommel e Segundo por compreenderem a importância dessa conquista, aceitando minha ausência quando necessário, sempre me apoiando nas alegrias e tristezas, vitórias ou derrotas, nunca permitindo que as dificuldades acabassem com meus sonhos.

Aos meus queridos pais, Marcos e Tica, por confiarem no meu potencial e não medirem esforços para que este sonho se realizasse.

Aos meus irmãos, cunhadas e sobrinhos, por contribuírem diretamente na realização dessa conquista.

As minhas amigas, Aninha, Andressa, Áurea, Brena, Bruna, Emanuely, Janile, Klebiana e Vaniely pela amizade dedicada, apoio depositado, estando presente nos melhores e piores momentos da minha vida acadêmica e pessoal, sempre ajudando e torcendo para a concretização desta vitória.

Ao amigo Demetrius por ter sido, em vida, exemplo de otimismo e perseverança.

À minha orientadora Arieli Rodrigues pela atenção, paciência, carinho e incentivo prestados.

Dedico

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARAIBA

AGRADECIMENTOS

A Deus por me conceder determinação e força de vontade em todos as etapas da vida;

A todos os meus amigos e familiares pelo apoio prestado;

Aos membros da Banca Examinadora pelo apoio e disponibilidade em analisar meu trabalho, orientando sempre à melhora do mesmo;

À professora Aissa Romina Silva do Nascimento por abrir as portas da sua casa disponibilizando seus conhecimentos e bibliografias que enriqueceram substancialmente este estudo;

Aos professores e funcionários da Universidade Federal de Campina Grande –CFP, que contribuíram de forma direta para a realização deste sonho;

Aos Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família de Sousa pela disponibilidade oferecida em responder meu questionário.

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

DURANTE ESTE TRABALHO...

As dificuldades não foram poucas...

Os desafios foram muitos...

Os obstáculos, muitas vezes, pareciam intransponíveis.

Muitas vezes nos sentimos só, e, assim, o estivemos...

O desânimo quis contagiar, porém, a garra e a tenacidade foram mais fortes, sobrepondo esse sentimento, fazendo-nos seguir a caminhada, apesar da sinuosidade do caminho.

Agora, ao olharmos para trás, a sensação do dever cumprido se faz presente e podemos constatar que as noites de sono perdidas, as viagens e visitas realizadas; o cansaço dos encontros, os longos tempos de leitura, digitação, discussão; a ansiedade em querer fazer e a angústia de muitas vezes não o conseguir, por problemas estruturais; não foram em vão.

Aqui estamos, como sobreviventes de uma longa batalha, porém, muito mais fortes e hábeis, com coragem suficiente para mudar a nossa postura, apesar de todos os percalços...

RESUMO

DANTAS, Amanda Oliveira da Silveira Marques. **DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PRECOSES NOS CASOS DE HANSENÍASE**: dificuldades dos Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. 2011. 78f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Centro de Formação de Professores, Unidade Acadêmica de Ciências da Vida, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras - PB, 2011.

A hanseníase ainda constitui um grave problema de saúde pública, exigindo do enfermeiro um olhar epidemiológico para operacionalizar as ações de prevenção e controle que inclui desde a busca ativa para detecção de novos casos, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado até a busca dos faltosos. Destarte, o presente estudo objetivou primordialmente descrever as principais dificuldades apontadas pelos enfermeiros para diagnosticar precocemente e tratar adequadamente os portadores de hanseníase cadastrados nas Estratégias de Saúde da Família do município de Sousa-PB. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo com abordagem quanti-qualitativa, desenvolvido com 26 enfermeiros que atuam nas ESF do referido município, escolhidos através de uma amostragem não-probabilística intencional. Os dados coletados no período de maio e junho do decorrente ano através de um questionário semi-estruturado foram analisados quantitativamente através de cálculos de estatística descritiva, bem como, qualitativamente, através da técnica de análise de conteúdo. Vale ressaltar que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba sob número 0.180.0.133.000-11. Os principais resultados revelam um perfil de profissionais adulto-jovens com idades entre a faixa etária de 29 a 34 anos (50%), sendo a maioria do sexo feminino (92%), casada (62%), seguidores da doutrina católica (78%), formados entre um a cinco anos (58%), com título de especialistas nas mais diversas áreas da enfermagem (92%), atuantes na ESF entre sete meses a três anos (65%), com renda familiar variável entre dois a cinco salários mínimos (50%) e acima de cinco salários mínimos (50%) nacionais vigentes. Ademais, verificou-se que 54% dos participantes realizaram alguma capacitação em hanseníase, referindo não possuir nenhum caso cadastrado ou em acompanhamento na unidade atualmente; 54% enfatizaram já ter diagnosticado um novo caso, sendo que esta atividade é realizada pelo médico e enfermeiro concomitantemente (58%) na unidade de saúde. Dentre as dificuldades apontadas por 42% dos participantes para diagnosticar a doença, destaca-se a classificação clínica e operacional, a não adesão do paciente a unidade, a demanda elevada no atendimento, a realização do diagnóstico diferencial, a falta de recursos materiais específicos. Dentre as dificuldades destacadas por 31% dos enfermeiros para realizar o tratamento adequado da hanseníase, cita-se a realização de testes, a resistência dos pacientes ao tratamento, a insegurança para realizar alta por cura, a demanda excessiva no atendimento. No mais, 42% da amostra consideram o programa de controle da hanseníase inefetivo por considerarem a necessidade de capacitações e treinamento dos profissionais envolvidos com a problemática. Com isso, considera-se a necessidade de treinamentos permanentes aos Enfermeiros, permitindo-os adquirir conhecimento técnico atualizado e habilidades práticas suficientes para diagnosticarem precocemente e tratar corretamente os casos de hanseníase garantindo a interrupção da cadeia de transmissão e a prevenção das incapacidades físicas.

Palavras-chaves: Centros de Saúde. Enfermeiro. Hanseníase.

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

ABSTRACT

DANTAS, Amanda Oliveira da Silveira Marques. EARLY DIAGNOSIS AND TREATMENT IN CASES OF LEPROSY: Nurses' difficulties in Family Health Strategy. 78f. Monograph (Nursing in Graduation)- Center of Training of Teachers- University Federal of Campina Grande. Cajazeiras, 2011.

Leprosy still remains a serious public health problem, requiring the nurse an epidemiological standpoint to operationalize the prevention actions and control that ranges from the active search for new case detection, early diagnosis and appropriate treatment to the pursuit of defaulters. Therefore, this study aimed primarily to describe the main difficulties mentioned by the nurses to quickly diagnose and treat properly the leprosy patients registered at the Family Health Strategy from the city of Sousa-PB. This is an exploratory and descriptive study with quantitative and qualitative approach, developed with 26 nurses working in FHS, chosen through an intentional non-probabilistic sampling. The data collected between May and June of this year by the use of a semi-structured questionnaire was analyzed quantitatively by calculation of descriptive statistics and qualitatively through the technique of content analysis. Importantly, the study was approved by the Ethics Committee of the State University of Paraiba under 0.180.0.133.000-11 number. The main results reveal a profile of young adult professionals aged between 29 and 34 years (50%), mostly female (92%), married (62%), followers of the Catholic doctrine (78%), formed between one to five years (58%), with the title of experts in various areas of nursing (92%), acting in the FHS between seven months to three years (65%), with family incomes ranging from two to five minimum wages (50%) and above five minimum wages (50%) national current. Moreover, it was found that 54% of participants did some training in leprosy, referring there's no case registered or being in accompaniment at the unit actually; 54% emphasized already have diagnosed a new case, and this activity is performed by the doctor and nurse simultaneously (58%) in the health unit. Among the difficulties cited by 42% of the participants to diagnose the disease, stands to clinical and operational, the patient's noncompliance to the unity, the high demand on the service, the realization of the differential diagnosis, the lack of specific material resources. Among the problems highlighted by 31% of nurses to perform the appropriate treatment of leprosy, it's cited the testing, the resistance of patients to treatment, the insecurity of discharge by healing, the excessive demand in attendance. In all, 42% of the sample consider leprosy control program ineffective because they consider the need for capacity building and training of professionals involved with the problem. So, it is considered the need for permanent training to Nurses, allowing them to get updated technical knowledge and practical skills sufficient to earlier diagnose and treat cases of leprosy correctly, ensuring the interrupt the chain of transmission and prevention of physical disabilities.

Key words: Heath Centers. Nurses. Leprosy.

LISTA DE GRÁFICOS

- GRÁFICO 1-** Distribuições dos participantes referente à pergunta: Quantos portadores de hanseníase há em acompanhamento na unidade?.....37
- GRÁFICO 2-** Distribuições dos participantes referente à pergunta: O diagnóstico da hanseníase é feito pelo:.....38
- GRÁFICO 3 -** Distribuições dos participantes referente à pergunta: Já diagnosticou algum caso de Hanseníase na área? Se não, por que?.....41
- GRÁFICO 4 -** Distribuições dos participantes referente à pergunta: O que costuma fazer diante desse problema?.....46
- GRÁFICO 5-** Distribuições dos participantes referente à pergunta: Em que consiste a assistência de enfermagem no seguimento desses indivíduos?.....50
- GRÁFICO 6-** Distribuições dos participantes referente à pergunta: Considera o PNCH efetivo? Explique.....51

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- Caracterização sócio-demográfica dos participantes.....31

TABELA 2- Caracterização sócio-demográfica dos participantes.....34

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
- ESF – Estratégia Saúde da Família
- HD – Hanseníase Dimorfa
- HI – Hanseníase Indeterminada
- HT – Hanseníase Tuberculóide
- HV – Hanseníase Virchowiana
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
- MB – Multibacilar
- MS – Ministério da Saúde
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PB – Paucibacilar
- PNCH – Programa Nacional de Controle da Hanseníase
- PQT – Poliquimioterapia
- SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- SUS – Sistema Único de Saúde
- TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UEPB – Universidade Estadual da Paraíba

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
2.1 ASPECTOS GERAIS DA HANSENÍASE.....	17
2.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE HANSENÍASE NA ESF.....	20
3 METODOLOGIA	27
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	27
3.2 LOCAL DA PESQUISA.....	27
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	28
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	28
3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	28
3.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	29
3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	29
3.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	30
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	31
4.1 DADOS SÓCIO- DEMOGRÁFICOS	31
4.2 DADOS ESPECÍFICOS.....	37
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
REFERÊNCIAS.....	57
APÊNDICES.....	64
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	65
ANEXOS.....	68
ANEXO A - DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA...69	
ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL.....71	
ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE.....73	
ANEXO D - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....75	
ANEXO E - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....77	

1 INTRODUÇÃO

A história social da hanseníase no Brasil é marcada por diversos aspectos, tais como a implementação de rigorosas políticas públicas de saúde pelos governos vigentes e pelos médicos especializados na área, segregação e isolamento dos pacientes da sociedade dita sadia, tratamentos ineficazes e dolorosos, além de todo preconceito e estigma que envolve a doença até hoje.

Segundo Gomes; Frade e Foss (2007), a hanseníase é uma doença infecto-contagiosa de evolução crônica, com alta infectividade e baixa patogenicidade, causada pelo bacilo álcool-ácido resistente parasita intracelular obrigatório, o *Micobacterium Leprae* que acomete predominantemente os nervos periféricos e, secundariamente, pele e mucosas.

Em 2003, 513.798 novos portadores foram diagnosticados em todo mundo, no qual o sudeste asiático, a América do Sul e a África apresentaram maiores prevalências da doença. Em 2004, dos 400.000 casos novos da doença diagnosticados no mundo, o Brasil foi responsável pela notificação de 49.384 casos (PREVEDELLO; MIRA, 2007).

No ano de 2005, o coeficiente de prevalência da hanseníase no Brasil diminuiu para 1,48 casos por 10.000 habitantes, equivalendo a 27.313 indivíduos em tratamento. No mais, a taxa de detecção foi de 2,09 por 10.000 habitantes, o que corresponde à notificação de 38.410 casos. Dessunti (2008) elucida que no último quinquênio o Brasil vem mantendo uma média de 47 mil casos novos por ano.

Em 2006, conforme Amaral; Lana (2008), o Brasil registrou um aumento dos coeficientes de prevalência de 2,02 casos por 10 mil habitantes, e de detecção de 2,11 casos por 10 mil habitantes. No ano de 2007, foram detectados em todo o mundo 254.525 casos novos da doença. O Brasil por sua vez, contribuiu com 15,4% (39.125) desses casos, com destaque para a região Nordeste, responsável pela detecção de 16.335 daqueles casos, o equivalente a 41% dos casos do país (ALENCAR et al., 2008; BARBOSA et al., 2008).

Gauy; Hino; Santos (2007) e Gomes et al. (2005) apontam que aproximadamente 94% dos casos conhecidos nas Américas e 94% dos casos novos diagnosticados são notificados pelo Brasil, considerado como o país que apresenta o maior número de casos no continente Americano (93,2% - 39.125 entre 41.978 casos do continente).

Conforme Façanha et al. (2006), desde meados da década de 1980, esforço global tem sido empregado com o objetivo de controlar a doença. Diante da proposta do Ministério da Saúde (MS) em controlar a hanseníase até o ano de 2005, tendo como meta a redução do

coeficiente de prevalência para menos de um caso por 10.000 habitantes, alguns países como Angola, República Central Africana, República Democrática do Congo, Índia, Madagascar, Moçambique, Nepal, República Unida da Tanzânia e Brasil, ainda não conseguiram atingir a meta proposta, tendo sido postergada para no ano de 2010 (MORENO; ENDERS; SIMPSON, 2008).

Dias; Pedrazzani (2008) apontam à permanência de casos não diagnosticados e a prevalência oculta da doença como fatores que impediram o Brasil de alcançar a meta de controle no ano de 2005.

No entanto, as taxas de prevalência da hanseníase apresentaram uma significativa redução devido à implementação da poliquimioterapia (PQT) preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na década de 1980, visando à queda da prevalência global da doença.

No mais, desejando ampliar e intensificar as estratégias de controle da doença, o MS através da Portaria Ministerial nº 1073/GM de 26 de setembro de 2000 orienta sobre a implantação do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) na atenção básica de saúde, mais especificamente na Estratégia Saúde da Família (ESF) com vistas na redução da morbidade da doença para menos de 1/10.000 habitantes, objetivando detectar precocemente casos novos, evitar a transmissão da doença em menores de 15 anos de idade e reduzir os danos causados pela doença, as incapacidades físicas e psicossociais (BRASIL, 2000a; 2006).

Pela primeira vez, as atividades de diagnóstico e de tratamento da hanseníase estão integradas no conjunto das ações da atenção básica. Brasil (2006) ressalta que a grande receptividade desse novo modelo pela sociedade e pelos gestores do Sistema único de Saúde (SUS) indica que se trata de um processo irreversível.

Almejando a efetivação desse programa, fica evidente a necessidade de um esforço organizado de toda a rede básica de saúde, principalmente dos profissionais de saúde, no sentido de atuar sobre esse problema. Nesse âmbito, vale ressaltar a relevância das ações desenvolvidas pelo enfermeiro- principal articulador das ações na ESF- na equipe de saúde, as quais vão desde a prevenção da doença até a prevenção de incapacidades causadas pela doença

Figueiredo (2007) enfatiza que o enfermeiro deve ter uma atitude de vigilância em relação ao potencial incapacitante da doença, visando diagnosticar precocemente e tratar adequadamente as neurites e reações, a fim de prevenir incapacidades e evitar que as mesmas evoluam para deformidades irreversíveis.

A enfermagem, de modo peculiar, vem brilhando no caminho da interdisciplinaridade, pois aborda o sujeito na sua totalidade promovendo a participação de todos os integrantes do processo. No tratamento de um caso da hanseníase, o atendimento deve ser integral, atentando para a avaliação dermatoneurológica, a entrega dos poliquimioterápicos, o acompanhamento do paciente e dos contatos intradomiciliares, com vistas a identificar e tratar as possíveis intercorrências e complicações da doença e a percussão e tratamento das incapacidades físicas (GUERRA et al., 2002).

O diagnóstico e tratamento precoce da hanseníase garantem a interrupção da cadeia de transmissão e a prevenção das incapacidades físicas. Cabe ressaltar que, atualmente, esta responsabilidade foi ampliada para os profissionais da atenção básica, sobretudo para as equipes da ESF, que deixaram de desenvolver apenas a dispensação de medicamentos, para o desempenho das funções de busca ativa, diagnóstico, tratamento, exames e vacinação dos comunicantes, alta prevenção de incapacidades, acompanhamento e monitoramento de casos de reações e incapacidades. Ademais, possuem um papel fundamental de alimentação e retroalimentação do sistema de informação, desde a notificação de casos ao envio mensal do boletim de acompanhamento dos pacientes a Secretaria de Saúde do Município.

Para Goulart; Penna; Cunha (2002) o profissional de saúde, sobretudo o enfermeiro, deve possuir um olhar epidemiológico para operacionalizar as ações de prevenção e controle da hanseníase, que inclui desde a busca ativa para detecção de casos, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado até a busca dos faltosos. Com isso, justifica-se a necessidade do desenvolvimento do presente estudo com vistas a contribuir com profissionais enfermeiros no sentido de melhorar o desempenho na detecção precoce da doença proporcionando um tratamento mais rápido, prevenindo maiores seqüelas aos indivíduos por ela acometidos, mantendo-os no convívio social, sem incapacidades e deformidades além de interromper a cadeia de transmissão da doença.

Considerando-se a eficácia do diagnóstico precoce e tratamento adequado no controle e redução dos índices de detecção e prevalência da hanseníase, surgiram os questionamentos norteadores do estudo: Em que consiste o diagnóstico e tratamento da hanseníase nas Estratégias Saúde da Família do município de Sousa? Quais as principais dificuldades dos profissionais enfermeiros para diagnosticar precocemente e tratar adequadamente os portadores de hanseníase cadastrados nessas unidades?

A partir da inserção contextual desta pesquisa cumprir-se-á com a finalidade precípua dos mais renomados periódicos quanto à divulgação de conhecimentos científicos produzidos no Brasil que servirá de instrumento, entre outras, para a comunidade acadêmica, apontando

caminho para outros trabalhos nessa área. No mais, pode-se conhecer a realidade que circunscribe a problemática de maneira mais densa, possibilitando aos enfermeiros uma reflexão crítica acerca de sua prática, bem como o planejamento de estratégias para melhorar a qualidade da consulta e acompanhamento aos portadores de hanseníase.

Espera-se contribuir também com os gestores de saúde do município de Sousa-PB, no sentido de oferecer subsídios que facilitem a implementação de ações objetivas e efetivas no diagnóstico e tratamento de portadores de Hanseníase culminando, para os pacientes e comunicantes, em um acesso pleno e irrestrito aos cuidados impostos pelas necessidades próprias da enfermidade.

O despertar para este estudo surgiu a partir da vivência multifacetada da orientanda com enfermeiros da ESF do município de Sousa, em estágio curricular da Universidade Federal de Campina Grande - Cajazeiras-PB, no qual a mesma pode presenciar inúmeros casos de encaminhamentos por parte dos enfermeiros de pacientes com queixas dermatológicas, sem que fossem feitas quaisquer tentativa de suspeição diagnóstica, seja baseada em parâmetros clínicos, histológicos ou baciloscópico. Isso chamou a curiosidade da pesquisadora em saber quais as dificuldades que os enfermeiros têm para diagnosticar e tratar a hanseníase e suas complicações.

Vale ressaltar também a necessidade de novas pesquisas nesta área, considerando-se a escassez de estudos atualmente publicados que abordam a problemática das dificuldades do diagnóstico precoce e tratamento adequado como ferramentas para subsidiar uma assistência de enfermagem mais qualificada e eficaz ao portador de hanseníase.

Os objetivos que nortearam essa pesquisa foram: Descrever as principais dificuldades apontadas pelos profissionais enfermeiros para diagnosticar precocemente e tratar adequadamente os portadores de hanseníase cadastrados nas Estratégias de Saúde da Família do município de Sousa-PB; Caracterizar as ações dos profissionais enfermeiros desenvolvidas nas Estratégias Saúde da Família para diagnosticar precocemente e tratar corretamente os portadores cadastrados e Identificar os fatores que interferem na efetividade do Programa Municipal de Controle da Hanseníase.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ASPECTOS GERAIS DA HANSENÍASE

A hanseníase, ao longo da história, foi descrita como uma doença que causava horror, em decorrência, das deformidades físicas relacionados ao doente não tratado, que ocasionou estigma e preconceito dos mais diversos. Na história da humanidade, provavelmente, nenhuma doença gerou um estigma social tão intenso quanto à hanseníase. Sempre associada a conceitos, como: pecado, impureza e punição (TALHARI et al., 2006.), constitui uma patologia das mais antigas que atua no organismo humano, com indícios remotos que datam de 600 a.C., procedente da Ásia e África, consideradas o berço da doença (CAMPOS et al., 2001). “Ocorre naturalmente apenas em duas espécies, os seres humanos e os tatus” (PREVEDELLO, 2007, p.452).

Ainda nos tempos modernos não se sabe ao certo a origem da hanseníase, conhecida como doença de Hansen ou Lepra, morfêia, mal morfético, mal de São Lázaro e peste negra. Conforme Margarido e Rivitti (2007) existem vários relatos históricos antigos ao redor do mundo, o que aproxima a possibilidade de uma origem multifocal.

Curi (2002) revela que a evolução histórica da hanseníase foi norteadada por ideais místicos respaldados na Bíblia, principalmente no livro de Levítico do Antigo Testamento, onde os escritos sagrados tratavam essa doença como digna de profanos e impuros.

“Considerada como um castigo por muitas religiões, os ‘leprosos’ eram isolados e condenados a viver fora das cidades, em isolamento ou em leprosários (colônias)” (MARGARIDO; RIVITTI, 2007, p. 940). Aqueles que utilizavam a Bíblia como base para o tratamento da lepra, também tinha o isolamento social como principal método empregado, método este, que contribuiu significativamente para a disseminação do estigma em relação à doença (CURI, 2002). Segundo Opromolla (1981) o isolamento compulsório, recomendado para o controle da hanseníase, persistiu até o início da década de 1960, tendo sido oficialmente abolido no ano de 1962.

A hanseníase representa ainda hoje um problema de saúde pública, sendo uma doença infectocontagiosa crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*, ou bacilo de Hansen, o qual é um parasita intracelular obrigatório com tropismo por células cutâneas, em especial, as da face, orelhas, nádegas, braços, pernas, e costas, além dos nervos periféricos, sendo os

principais nervos acometidos, o radial, ulnar, mediano, fibular, tibial posterior, trigêmeo e facial (SCOLLARD, 2006; BRASIL, 2002b).

Caracteriza-se por uma evolução lenta, alta infectividade e baixa patogenicidade, manifestando-se, principalmente, através de sinais e sintomas dermatoneurológicos, determinadas pela resposta imune do indivíduo acometido (SCOLLARD, 2006; BRASIL, 2002b).

As alterações neurológicas advindas de lesões nos troncos nervosos periféricos são causadas tanto pela ação direta do bacilo quanto pelos estados racionais. Elas se manifestam por meio de dor e/ou espessamento neural, diminuição ou perda da sensibilidade e/ou da força motora, nas áreas com inervação afetada e, quando não diagnosticada e tratada precoce e adequadamente, levam a incapacidades (SCOLLARD, 2006; GOULART, 2002).

De acordo com Scollard (2006) uma vez acometido, o nervo pode adquirir condições de anestésias e paralisias, com potencial para o desenvolvimento de deformidades incapacitantes, como garra de artelhos, absorções ósseas, lagofalmo, dentre outras.

Brasil, Veronesir e Focacciar (2007) admitem que a principal forma de contágio da Hanseníase é a inter-humana e o maior risco de contágio é a convivência domiciliar com o doente bacilífero. Destaca-se que a principal via de eliminação dos bacilos são as vias aéreas superiores, especificamente o trato respiratório é a mais provável via de entrada do agente etiológico no corpo, quando do contato direto.

Em Brasil (2002a) o aparecimento da doença na pessoa infectada e suas diferentes manifestações clínicas dependem da resposta do sistema imunológico do organismo atingido, podendo ocorrer após um longo período de incubação, em média de 2 a 7 anos, onde o risco de adoecer está intimamente ligado as condições individuais, aos níveis de endemia, as condições sócio-econômica desfavoráveis e, sobretudo, ao elevado número de ocupação das moradias.

A hanseníase manifesta-se através de lesões de pele como manchas pigmentares ou discrômicas, placas, infiltrações, pápulas e nódulos com alteração de sensibilidade (hipoestesia, anestesia ou hiperestesia), o que difere o seu diagnóstico de outras doenças dermatológicas.

Brasil (2002b) afirma que, devido a sua baixa patogenicidade, a maioria das pessoas não adoecem e aquelas que adoecem apresentam manifestações clínicas e evolução da doença de acordo com o seu grau de imunidade. São quatro as formas de manifestação clínica da Hanseníase: Indeterminada (HI), Tuberculóide (HT), Vichorwiana (HV) e Dimorfa (HD),

tem imunidade e a HD os de imunidade instável. Os pacientes são agrupados, com base nos sinais e sintomas e para fins de tratamento quimioterápico, por classificação operacional, sendo Paucibacilar (PB) quando apresentam até 5 lesões e Multibacilares (MB) quando apresentam mais de cinco lesões. Quanto a baciloscopia, os casos PB, que representam as formas HI e HT resultam em baciloscopia negativa; os casos MB apresentam baciloscopia positiva diante à forma HV e à forma clínica HD pode oscilar entre baciloscopia positiva ou negativa.

De acordo com Duarte (2008), tem-se registrado indiscutível progresso no tratamento da hanseníase, uma vez que houvera tempos não longínquos em que não se tinha tratamento específico. Foi na década de 1940 as descobertas das sulfonas (dapsona), afastando a singularidade do tratamento por isolamento compulsório e concretizando a possibilidade de um tratamento ambulatorial. Em 1960 a clofazimina veio para corroborar com a recomendação do tratamento ambulatorial. Nos anos 1970, junto com o surgimento da rifampicina, de alto poder bactericida, nasceu o conceito de cura da doença. Em 1989 a poliquimioterapia PQT foi introduzida no Brasil, ratificando além da cura, o ensejo da eliminação da hanseníase.

Duarte (2008) referencia, ainda, o tratamento da hanseníase como sendo essencial para que se alcance o controle da doença, enquanto problema de saúde pública, haja vista que ele tem a capacidade ímpar de interromper a transmissão da doença, quebrando com a cadeia epidemiológica, além de prevenir incapacidades físicas, promover cura e a reabilitação física e social do doente.

A estratégia adotada pelos países membros da OMS definiu, em 1991, que a hanseníase deixaria de ser um problema de saúde pública naqueles países onde o coeficiente de prevalência fosse menor ou igual a 1 caso para cada 10 mil habitantes. Sendo desenvolvida, após etapa preparatória, em três fases principais: 1) a fase intensiva – adoção de medidas para interromper a transmissão; 2) a fase de consolidação – localização e eliminação dos casos residuais e importados e 3) a fase de manutenção- manutenção dos resultados obtidos mediante uma cuidadosa vigilância (FELICIANO, 1998). No entanto, WHO (2005, 2008) revela que a hanseníase ainda não foi eliminada dos continentes africano, asiático e sul-americano.

Para Duarte (2008) o Brasil segue ocupando o 2º lugar do mundo e o 1º das Américas em números absolutos de casos onde a alta detecção de casos novos associada ao seu potencial incapacitante - que acarreta para o doente diminuição da capacidade de trabalho,

limitação da vida social e problemas psicológicos - mantém a hanseníase como um importante problema de saúde pública.

2.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE HANSENÍASE NA ESF

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2007a). Nesse sentido, Campos (2005) considera que a inserção das atividades das unidades básicas de saúde contribui por aumentar o acesso da população aos serviços, permitindo maior participação de profissionais na assistência dos portadores da hanseníase. Moreira (2002) e Mendes (2008) esclarecem que essa inserção pode ocorrer nas unidades das redes municipais de saúde, a partir da ESF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), universalizando o acesso da população ao diagnóstico e ao tratamento da hanseníase.

De acordo com Cortez e Tocantins (2006) a ESF constitui um dos principais eixos responsáveis por realizar medidas preventivas e curativas, visto que prevê um atendimento multiprofissional à saúde da população de sua área adscrita, inserindo-se no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência à saúde: a atenção básica. Essa nova estratégia nasce alicerçada em princípios que, se realmente respeitados, serão capazes de provocar a transformação necessária para reorganização das ações e serviços de saúde, em específico, promover a redução das prevalências de hanseníase no Brasil.

Segundo Brasil (2000b), no ano de 1999 em Genebra, houve uma reunião especial do Comitê Consultor para Eliminação da Hanseníase da OMS, na qual se concluiu por uma revisão crítica na estratégia de eliminação dessa doença. A recomendação mais importante da reunião foi que a estratégia de eliminação não está inválida, ela necessita urgentemente ser intensificada. Nesta ocasião, reiterou-se aos países que não atingiram a fase de eliminação da OMS a descentralização das atividades de delegação das responsabilidades pela eliminação da Hanseníase a nível municipal.

A descentralização é conceituada por Mills (1990) como um processo ao qual o nível superior transfere o poder operativo juntamente com o suporte de recursos necessários para o nível de decisão-execução. Na Reforma Sanitária Brasileira, no entanto, já se falava em descentralização, mas naquela oportunidade esse conceito assumia um caráter político-administrativo; hoje a atenção básica do Sistema Único de Saúde admite a descentralização

como a atenção prestada à população pelos serviços de saúde da esfera municipal (BRASIL, 2000a).

Para Moreira (2002) a descentralização da gestão da saúde, instituída através do processo de municipalização, não se baseia apenas na transferência legal e material dos serviços de saúde ao município, e nem na transferência de recursos financeiros, mas sim, na efetiva capacidade de buscar solução aos problemas da comunidade onde o principal objetivo dessa nova estratégia é o de aumentar a cobertura e a melhoria da atenção ao portador de hanseníase, que até então era assistida pelos serviços oferecidos pelas unidades estaduais de saúde, instaladas em alguns municípios.

Segundo Mello (1991) a palavra descentralização vem sendo empregada como sinônimo de desconcentração, dispersando física e territorialmente as instituições localizadas na esfera central. Desconcentração é um processo administrativo pelo qual as atividades até então centradas em uma área, são transferidas para áreas periféricas, utilizando tanto critérios funcionais como espaciais, portanto, a descentralização não significa apenas transferência de poder aos municípios, mas a capacidade de exercê-lo.

Foi entre fevereiro de 1999 e agosto de 2001, afirma Andrade (1999), no anseio pela aceleração da eliminação da hanseníase, que se instituiu formalmente a descentralização das atividades de suspeição, diagnóstico e tratamento PQT na rede básica de saúde dos municípios. E este momento, assegura Moreira (2002), ter enfraquecido o modelo vertical e especializado do programa de hanseníase onde o atendimento é centrado no profissional médico com especialidade em dermatologia, levando os médicos generalistas a não assumirem o atendimento dos doentes de hanseníase na rede básica de saúde.

Para Andrade (1999) a inserção das atividades de eliminação da hanseníase (diagnóstico de suspeitos e de casos e do tratamento) nas ações da Atenção Básica além de aumentar o acesso da população a estes procedimentos, vem permitindo uma maior participação de profissionais generalistas na assistência dos portadores desta doença, universalizando o acesso da população ao diagnóstico e ao tratamento da hanseníase.

Feliciano (1998) aponta que a descentralização das ações de controle de doenças específicas, como é o caso da hanseníase, encontra fortes obstáculos técnicos, administrativos e organizacionais dentro da rede de serviços de saúde, os quais se podem elencar a baixa disponibilidade de recursos humanos treinados, deficiências no reconhecimento clínico da doença, demanda de atendimentos na unidade, curta duração das consultas, subnotificação de casos suspeitos, escassez de material específico para manejo do portador de hanseníase e,

somados a estes, o preconceito existente aos portadores mais o medo que esta doença provoca nos profissionais de saúde.

Com relação à duração da consulta, em estudo, Feliciano (1998, p.10), apresenta portadores de hanseníase que foram atendidos em serviços, classificados como portes I, II e III, onde constatou que o tempo médio para uma consulta foi de 6,0 minutos, tendo sido observado, ainda, pacientes que permaneceram apenas um minuto no consultório médico. Feliciano (1998) associa, pois, o elevado número de profissionais que não investigam a existência de lesões de pele durante a anamnese e não examinam toda a superfície corporal ao tempo despendido à consulta, mostrando uma tendência para interrogar, apenas, sobre antecedentes da doença e pesquisar as alterações de sensibilidade.

A descentralização das ações de controle da hanseníase e o aumento de cobertura da ESF vêm atraindo milhares de enfermeiros, trazendo consigo uma demanda crescente das necessidades de capacitação em hanseníase, entre outros agravos ainda prevalentes em nosso meio (OLIVEIRA, 2008a). Em estudo, Lapa et al. (2006) demonstraram que após a descentralização houve aumento da detecção e demanda espontânea nos serviços, redução de evasão, além de alterações importantes nos indicadores epidemiológicos e operacionais.

O Programa de Controle da Hanseníase é um programa normativo que tem como objetivo reduzir a morbidade da doença para menos de um caso em cada dez mil habitantes. Moreira (2002) enfatiza que se soma a este objetivo a detecção precoce dos casos novos, evitando a transmissão da doença principalmente às crianças e a redução dos danos causados pela doença, as incapacidades e deformidades físicas e psicossociais.

A partir de 1998, o Ministério da Saúde adota, os instrumentos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) como fonte exclusiva e oficial de dados para avaliação e o acompanhamento das ações do Programa de Controle da Hanseníase, dando ênfase à efetividade do tratamento e ao monitoramento da prevalência da doença. Todavia, por este ainda constituir-se como um sistema impreciso e frágil, não permite uma avaliação criteriosa e detalhada dos dados referentes à hanseníase no Brasil (MOREIRA, 2002).

Para Andrade (1996) as avaliações do controle da hanseníase ainda são efetuadas exclusivamente dessa uma única fonte de dado: a ficha de notificação SINAN, encontrando mais uma vereda para o efetivo monitoramento dos dados, uma vez que a compilação destes é geralmente realizada em nível municipal, todavia quando os dados são consolidados e analisados em nível estadual e/ou federal, os seus resultados dificilmente retornam aos municípios.

Quanto à vigilância epidemiológica, Pedrazzani (1995) vê o sistema de registro como de fundamental importância na avaliação epidemiológica e operacional das atividades de controle da hanseníase, em qualquer nível de atuação desde a unidade básica que se constitui na porta de entrada do sistema, até o nível central, contando neste primeiro com o aparato da consulta de enfermagem.

A consulta de enfermagem, legitimada em 1968, teve como atividade precursora a entrevista pós-clínica realizada na década de 1920, sendo um essencial instrumento para a concretização da assistência preconizada pelo MS e almejada pela população. Segundo Adami (1989) ela foi inicialmente implantada em alguns serviços de saúde, visando o controle de gestantes e crianças sadias. Posteriormente, foi sendo estendida a outros grupos inscritos no programa de saúde que visavam o controle da tuberculose, da hanseníase e de outras doenças crônico-degenerativas, como o diabetes e a hipertensão arterial.

A regulamentação da consulta de enfermagem deu-se pela Lei nº 7498/86 e pelo Decreto nº 94406/87 que em seu artigo 11º a legitima e a determina como modalidade de prestação de assistência direta ao cliente, sendo esta, uma atividade privativa do profissional enfermeiro (DUARTE, 2008).

A consulta de enfermagem é uma atividade primordial na assistência, pois estabelece uma interação terapêutica entre o indivíduo e o profissional de saúde e, mais do que isso, uma valorização da subjetividade deste primeiro, o que possibilita o reconhecimento das condições de vida, através da escuta e da palavra, que determinarão os perfis de saúde e doença, resultando numa prática profissional independente, autônoma e estimuladora da qualidade de vida dos indivíduos (DUARTE, 2008).

Para Adami et al (1989) a consulta de enfermagem tem um potencial estratégico de cuidado ao portador de hanseníase, tendo em vista que são considerados os aspectos sócio-culturais e biológicos que envolvem a doença e o doente, além de ressaltar ao indivíduo acometido a importância da autonomia e do autocuidado.

Para Brasil (2001) por ser uma doença de fácil diagnóstico e tratamento ambulatorial gratuito através da PQT, mesmo que este não ocorra precocemente, não há necessidade de especialistas ou equipamentos sofisticados para o desenvolvimento de controle da hanseníase, devendo ser realizado nas Unidades Básicas de Saúde, e ainda as decisões sobre o tratamento integral a ser instituído para cada paciente devem basear-se nas informações obtidas durante o processo de diagnóstico da doença.

Feliciano (1998) entende que o diagnóstico precoce e o tratamento adequado dos portadores de hanseníase são condições essenciais para interromper a transmissão, além de reduzir as consequências físicas e sociais da doença, uma vez que o tratamento é inteiramente gratuito e facilitado com drogas eficazes, de fácil aplicação e de técnicas simples para a prevenção das incapacidades provocadas pela hanseníase, salientando sempre o estímulo à prática do autocuidado, por parte do profissional.

O diagnóstico da hanseníase baseia-se em parâmetros clínicos, histopatológicos, imunológicos e baciloscópicos. Todavia, Lastória (2003) retrata em seus estudos a defasagem no diagnóstico, uma vez que o paciente procura dois ou mais serviços de saúde, com queixas dermatológicas para que seja feita uma suspeição e/ou confirmação diagnóstica, num espaço de tempo elevado (mais de seis meses), sendo ainda encontradas relativas falhas nesse diagnóstico. De acordo com Arantes (2010, p. 157), as unidades básicas de saúde são as primeiras e mais procuradas pela população para que seja feito o diagnóstico da hanseníase. Pedrazzani (1995) por sua vez, acrescenta que na busca e no diagnóstico dos casos devem ser desempenhadas tarefas relevantes que não se esquivem dos princípios da integralidade no atendimento, onde o trabalho deva se dar de forma integrada com os demais membros da equipe multiprofissional da unidade de saúde, contribuindo para que o enfermeiro consiga estabelecer uma relação efetiva com os usuários.

Como estratégia para um possível aumento na detecção de novos casos o MS recomenda aumentar a identificação da doença no seu estágio inicial pela própria população por meio da realização de campanhas freqüentes, da distribuição de panfletos, dentre outras atividades educativas que envolvam a comunidade junto à ESF.

Nas duas últimas décadas o envolvimento do enfermeiro com as ações de controle da hanseníase no Brasil ampliou-se de forma considerável. Oliveira (2008a) analisa que não poderia ser diferente, já que na expansão do SUS essa categoria profissional tem um papel fundamental na organização dos serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade.

Na hanseníase, o grande impulso veio com a implantação da poliquimioterapia (PQT) com dose supervisionada, em 1989, atividade que demandava uma série de novas tarefas, cuja supervisão e execução são atribuições da enfermagem. Além disso, as ações de prevenção e tratamento das incapacidades físicas inseriram na rotina do atendimento uma diversidade de ações do cuidado, em grande parte assumidas pela enfermagem (OLIVEIRA, 2008a).

Pedrazzani (1995) enfatiza que na área administrativa, o enfermeiro tem desempenhado sua atuação em dois setores distintos: gerência da assistência de enfermagem

propriamente dita e a gerência e/ou coordenação de programas de controle. Livisotto (2010) reforça que as competências do enfermeiro na área administrativa englobam tomada de decisão, liderança e administração.

Oliveira (2008a) ressalta que atualmente, na maioria das unidades federadas, a coordenação das ações de controle estaduais e municipais da hanseníase é desempenhada por enfermeiros, onde este profissional tem desempenhado um papel estratégico para a atenção integral e humanizada no SUS e para a organização dos serviços na perspectiva da equipe de saúde, contribuindo para o desenvolvimento das ações interdisciplinares na atenção à saúde.

Respaldados nessas prerrogativas, Pedrazzani (1995) entende que os enfermeiros devem intensificar sua participação na prevenção da hanseníase, busca e diagnóstico de casos, tratamento e seguimento dos pacientes, prevenção e tratamento de incapacidade, gerência das atividades de controle, sistema de registro, vigilância epidemiológica e pesquisas objetivando a implementação de conhecimentos disponíveis sobre o controle da doença nos serviços locais de saúde e, conseqüentemente, a melhoria da prática de enfermagem, sendo que a pesquisa surge como um instrumento preciso na produção de novos conhecimentos, que resultam num aprimoramento da atuação profissional, bem como, da análise crítica dos problemas inerentes à profissão e à doença propriamente dita.

Em relação ao tratamento e seguimento de pacientes Pedrazzani (1995) destaca, ainda, a necessidade de uma atitude crítica, que permita unir aprimoramento no seu saber diário, com incorporação de todo o conhecimento técnico-científico que vem sendo adotado nessa área, como por exemplo, a multidrogaterapia. A prevenção e o tratamento de incapacidades merecem destaques especialmente no acompanhamento do paciente com reações hansênicas e conseqüente atuação nos casos que necessitem de prescrição e/ou execução de técnicas de prevenção e tratamento de incapacidades tanto para mãos, pés, olhos e nariz.

Pedrazzani (1995) atribui à prevenção da hanseníase, não apenas ao pessoal de enfermagem capacitado, mas sim à participação social, onde haja veraz mente, a conscientização da população como o meio mais adequado para o desenvolvimento da auto-responsabilidade e autocuidado do paciente e família.

Baseado na Teoria Transcultural de Madeleine Leninger, articulada a partir de 1978, para tentar dar conta da problemática que envolve o sujeito portador de hanseníase e da assistência de enfermagem prestada a esse sujeito, Junior (2008) enfatiza que o cuidado é a essência da prática e do conhecimento, incluindo assistir, dar suporte e facilitar atos para atender necessidades. Desse modo, é função da (o) enfermeira(o) da ESF proporcionar uma

educação continuada dos auxiliares e técnicos de enfermagem, bem como dos agentes comunitários de saúde, e principalmente, realizar consultas de enfermagem que proporcionem, dentre outras funções, a identificação dos fatores de risco e de adesão no tratamento da hanseníase.

Nessa perspectiva, Leopardi (2006) afirma ser imprescindível na ESF uma perspectiva cultural em que a enfermagem relacione o cuidado e sua influência na assistência, funcionando como suporte na facilitação e capacitação a indivíduos ou grupos, para manter ou reaver o seu bem-estar ou ajudá-los a enfrentar dificuldades ou até mesmo a morte, de uma forma culturalmente significativa e satisfatória.

Para Brasil (2007b) a hanseníase apresenta tendência de estabilização dos coeficientes de detecção no Brasil, porém ainda existem patamares muito altos nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste, onde a intensificação da vigilância epidemiológica, principalmente nessas áreas mais endêmicas, requer grande mobilização social, incluindo a vontade política de todos os gestores, compromisso e motivação dos técnicos e controle social. Para as demais áreas faz-se necessário reforçar a manutenção de ações efetivas a fim de estabilizar a endemia.

Para Brasil (2008) a desaceleração na produção de novos casos era esperada, com o surgimento da PQT e ampliação dos serviços de saúde que compõem o SUS, todavia, os coeficientes médios de detecção em um número significativo de municípios corroboram o tratamento da hanseníase como um problema de saúde pública.

A meta de eliminação da hanseníase, com base no indicador de prevalência pontual, foi substituída pelo indicador de detecção de casos novos onde o foco é a atenção integral para reduzir as fontes de transmissão, entretanto, o alcance das metas propostas para 2011 depende da melhoria dos resultados de indicadores de cura de todos os casos diagnosticados precocemente, da vigilância de contatos, especialmente nos casos menores de 15 anos por esses casos evidenciarem doença recente e focos de transmissão ativos, sendo o acompanhamento epidemiológico relevante para o controle da hanseníase, avaliação e monitoramento das incapacidades físicas apresentadas pelos casos já diagnosticados tardiamente, entre outros. Isso somente será possível com a expansão do acesso às oportunidades de diagnóstico, tratamento e vigilância (BRASIL, 2008).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Propondo o alcance dos objetivos propostos, foi desenvolvido um estudo exploratório-descritivo com abordagem quanti-qualitativa, que segundo Minayo (1996, p.23), “reflete posições frente à realidade, momentos do desenvolvimento e da dinâmica social, preocupações e interesses de classes e de grupos determinados”.

De acordo com Prestes (2003) na pesquisa exploratória adota-se uma postura de descobertas, pois esta se configura como a que acontece na fase preliminar, antes do planejamento formal do trabalho, o que complementa os preceitos da pesquisa descritiva, na qual o foco é observar, registrar, analisar, classificar e interpretar fatos.

Para Polit; Hungle; Becker (2004, p. 26) “a pesquisa qualitativa é flexível, capaz de ajustar-se ao que está sendo aprendido durante a coleta de dados. Envolve a mistura de várias estratégias de coleta e tende a ser holística, buscando a compreensão do todo”.

Já na pesquisa quantitativa o estudo remete para a investigação das causas através de medidas objetivas, testando hipóteses, utilizando-se basicamente de estatísticas (GONÇALVES, 2003).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido nas ESF localizadas município de Sousa, situado no Alto-sertão paraibano. O município possui uma área de 842 km sendo o 3º maior em território do Estado da Paraíba. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE, 2009) a população total é de 65.930 correspondendo a 31.580 homens e 34.350 mulheres.

A região administrativa sanitária tem 26 ESF, e destas 19 estão localizadas na zona urbana e as demais na zona rural. Em cada unidade existe uma equipe composta por aproximadamente 12 profissionais que assistem uma área adscrita que vai de 800 até 3.120 pessoas. Sua primeira equipe foi implantada em 2002 e em cada uma delas atuam: um enfermeiro, um médico, um dentista, um auxiliar em consultório dentário, um técnico em enfermagem, um atendente e seis agentes comunitários de saúde, podendo variar esse número, conforme a sua área e população adscrita.

Esse município é responsável por aproximadamente 15% do total dos casos de hanseníase notificados no estado.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Neste estudo a população/amostra foi composta por todos os enfermeiros que atuam nas supracitadas unidades, perfazendo um universo de 26 profissionais, os quais foram escolhidos através de uma amostragem não-probabilística intencional.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Como critérios de inclusão foram selecionados profissionais independente do sexo e sem idade limite máxima, que atuam há pelo menos seis meses na unidade e que concordaram em participar livremente do estudo após esclarecimentos éticos. Foram excluídos da pesquisa aqueles com tempo de atuação na unidade inferior a seis meses e que não aceitaram participar da mesma.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O planejamento de uma pesquisa aborda um plano de execução e a elaboração dos instrumentos que serão utilizados na coleta de dados (ANDRADE, 2009).

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário semi-estruturado contendo 22 questões. Deste total, 13 questões são de caráter subjetivos e 09 objetivos. O instrumento está dividido em duas partes, na qual a primeira diz respeito à caracterização da amostra, sendo interrogados o sexo, idade, estado civil, especialização, curso de capacitação na área de hanseníase, tempo de formação acadêmica e tempo de atuação na unidade. A segunda parte do questionário diz respeito às questões norteadoras do estudo, nos quais os enfermeiros serão indagados sobre as ações de diagnóstico e tratamento, bem como suas dificuldades no manejo ao portador de hanseníase.

3.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi rigorosamente esquematizada para favorecer a obtenção de resultados satisfatórios para o estudo. Dessa maneira, realizou-se no período de Maio a Junho do decorrente ano, seguindo as seguintes etapas: a priori, foram solicitados à Coordenação do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande ofícios e apresentados ao Secretário Municipal de Saúde e à Diretora da Atenção à Saúde.

Em seguida, fora feito um primeiro contato com os mesmos, nos quais foram feitas as devidas apresentações, bem como a discussão dos objetivos do presente estudo. Após obtive essa autorização, realizei visitas as vinte e seis ESF do município de Sousa-PB. Na oportunidade, o enfermeiro responsável pela unidade foi abordado individualmente e informado do caráter científico e confidencial do estudo. Vale ressaltar que todas as exigências éticas que envolvem pesquisas com seres humanos foram adotadas. Neste momento, foi solicitada a assinatura destes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) liberando a realização da pesquisa.

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) liberando o desenvolvimento do estudo, foram agendados os dias e horários para o preenchimento dos questionários, de acordo com a disponibilidade dos participantes, porém não foram todos que responderam quando da abordagem individual, alguns solicitaram um curto prazo de tempo, comprometendo-se contactarem ao término do preenchimento. O pesquisador interferiu o mínimo possível em suas respostas, sendo que suas orientações corresponderam apenas à forma de responder o instrumento. Ao término da coleta, os questionários foram transcritos e os discursos codificados e analisados.

3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Após a conclusão da coleta, os dados subjetivos obtidos com a aplicação dos questionários, foram organizados em blocos temáticos e submetidos à Análise de Conteúdo Temática. Segundo Bardin (1995) esta pode ser designada como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de discussão do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens.

As questões objetivas foram analisadas de forma descritiva e apresentadas em figuras e tabelas, após a realização de cálculos de estatística, como frequência e média. Os dados foram discutidos de acordo com a literatura pertinente ao assunto abordado.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Pesquisa com seres humanos é aquela que, de forma individual ou coletivamente envolve o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou em partes, incluindo o manejo de informações ou materiais (BRASIL, 2002a).

Os participantes foram abordados, única e exclusivamente, após parecer com aprovação do projeto junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Logo em seguida, eles receberam esclarecimentos sobre os objetivos e métodos da pesquisa, através de informações contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, apresentado aos mesmos. Somente participaram da pesquisa os profissionais enfermeiros que concordarem com esse termo.

A pesquisa foi realizada respeitando-se os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos, normatizados pelo Conselho Nacional de Saúde, pela Resolução N.º 196, de 10 de outubro de 1996. Esta resolução regulamenta as pesquisas em seres humanos e assegura aos participantes do estudo informações acerca dos seus objetivos, bem como o anonimato, a liberdade para o consentimento e desistência da participação em qualquer momento, sem prejuízo para sua assistência (BRASIL, 2002a).

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise e discussão dos resultados são apresentadas em dois momentos: no primeiro, traçou-se a caracterização dos participantes através dos dados sócio-demográficos, em que foram abordados o sexo, idade, estado civil, religião, maior titulação, curso de capacitação na área específica, tempo de formação acadêmica e tempo de atuação na unidade. No segundo momento, são apresentados os dados voltados ao objeto de estudo, qual seja, as dificuldades no diagnóstico e tratamento da hanseníase. Dessa forma, os enfermeiros foram indagados sobre quantidade de portadores cadastrados, por quem é feito o diagnóstico, sobre as condutas no diagnóstico e tratamento, sobre a assistência de enfermagem e efetividade do PNCH.

4.1 DADOS SÓCIO- DEMOGRÁFICOS

TABELA 1 - Caracterização sócio-demográfica dos participantes

Variáveis	N	%
Faixa Etária		
23 – 28	08	31
29 – 34	13	50
35 – 40	04	15
41 ou mais	01	04
Gênero		
Feminino	24	92
Masculino	02	08
Estado Civil		
Casado	16	62
Solteiro	10	38
Renda Familiar		
2 - 5 salários mínimos	13	50
Acima de 5 salários mínimos	13	50
Religião		

Católica	20	78
Evangélica	03	11
Não responderam	03	11

FONTE: Própria Pesquisa/2011.

A tabela acima apresenta a caracterização dos participantes da pesquisa. De acordo com o gênero, 92% são do sexo feminino e 8% são do sexo masculino. Esta predominância do sexo feminino na profissão possui raízes históricas e, apesar da crescente participação do sexo masculino, as mulheres representam a realidade desta categoria desenvolvendo deste os tempos medievais o cuidado ao doente, às crianças e às parturientes, associando essas atividades ao trabalho doméstico.

Conforme Lopes e Leal (2005) a enfermagem é uma profissão que requer à desempenho de algumas características que compõem o sexo feminino, como as formas de dedicação, o nível de cuidado, a multiplicidade de funções e afetividade, o que torna comum encontrar uma maioria de profissionais mulheres. Corroborando com isso, Daher et al. (2002) associa a prática de cuidar a uma habilidade exclusiva ou predominantemente doméstica e feminina, sendo uma construção não apenas social, mas também histórica e cultural cuja origem e constante atualização devem-se às diferentes instituições, em especial às instituições família e escola, sendo esta concepção um reflexo da divisão social e sexual do trabalho.

A história pouco faz menção a nome de enfermeiros, observando desta forma uma enorme lacuna em relação ao homem na enfermagem. Contudo observa-se, com a atual evolução profissional, que existe um aumento de homens na profissão de enfermagem de forma gradual e estável, conferindo a estes a execução de suas funções em quaisquer serviços da área de saúde, com mais liberdade. Lopes e Leal (2005) enfatizam ainda, que estudos anteriores elucidaram que a enfermagem não deprecia as práticas masculinas e, no interior da equipe, é difícil identificar efeitos de condutas de competição entre os sexos.

Em estudos comparativos acerca das matrículas na Educação Superior de graduação no Brasil, entre os anos de 1996 a 2003, Godinho (2006) mostra a predominância crescente das mulheres de 54,4% para 56,4%. No caso da graduação em Enfermagem, 84,7% das matrículas no ano de 2003 foram do sexo feminino, o que ratifica os dados supracitados.

Em relação à idade dos participantes, observa-se que 31% possuem faixa etária de 23 a 28 anos, 50% entre 29 a 34 anos, 15% de 35 a 40 anos e uma pequena minoria 4% possui idade acima de 41 anos. Conforme Ferreira (2009), o número de profissionais de saúde vem aumentando de maneira assídua, já que os jovens buscam mais esta área para exercerem suas funções e idealizações. Contudo, associa-se um quadro de profissionais com uma faixa etária menor a remissível inexperiência e, conseqüente insegurança, ao contrário daqueles com idade mais progressiva caracterizada como uma população madura, experiente e envolvida com seus objetivos profissionais pode-se concluir que os enfermeiros encontram-se em um período da vida no qual as exigências provenientes das questões de trabalho são grandes, para tanto, faz-se necessário que busquem diferentes mecanismos capazes de sobressai-los de quaisquer dificuldades advindas do dia-a-dia.

Quanto ao estado civil, obteve-se que a maioria dos entrevistados (62%) eram casados e 38% solteiros. De acordo com Formighieri (2003) o estado civil casado serve como um fator protetor contra o estresse, apresentando maior relação trabalho/bem-estar, menor índice de exaustão emocional, atribuídos à estabilidade afetiva.

A renda familiar de 50% dos entrevistados é condizente com a remuneração paga pelo município mais contrapartida do Governo Federal, entre dois e cinco salários mínimos, dos 50% restantes, conferem renda superior a cinco salários mínimos, o que subtende-se a duplicidade de vínculo empregatício, que segundo Mendonça (2003) revela a perspectiva da criação de renda e de emprego para grupos menos favorecidos, especialmente jovens e mulheres; no entanto, a relação de trabalho, por vezes, é informal e com vínculos precários, fator que pode favorecer duplicidade de vínculo empregatício, levando ao serviço uma mão-de-obra desgastada a comprometer a idoneidade da ESF.

Com relação à religião, a grande maioria (78%) dos enfermeiros referiu adotar o catolicismo, 11% afirmaram ser evangélicos e outros 11% preferiram não citar nenhuma religião. Em estudos, Pedrão (2010) mostra que os enfermeiros nunca receberam uma formação profissional para prestar assistência religiosa/espiritual ao paciente em nenhum dos cursos de Enfermagem concluídos, seja na graduação ou na pós-graduação. No entanto, é perceptível a necessidade dos cursos de formação profissional e/ou de educação continuada da Enfermagem se amplie o espaço de reflexão e discussão acerca da espiritualidade e da assistência religiosa ao paciente, uma vez que estes profissionais precisam estar aptos a lidarem com as diversas crenças e costumes do cliente, bem como de sua família.

TABELA 2 - Caracterização sócio-demográfica dos participantes

Variáveis	N	%
Maior Titulação		
Especialista	24	92
Bacharel em Enfermagem	02	08
Área de Especialização		
PSF	07	26
Saúde Pública	07	26
Obstetrícia	02	08
Auditoria em Saúde	02	08
Urgência e Emergência	02	08
UTI	01	03
Saúde Mental	01	03
Enfermagem Médico-Cirúrgica	01	03
Administração Hospitalar	01	03
Enfermagem do Trabalho	01	03
Gestão em Saúde	01	03
Saúde da Mulher	01	03
Educação em Saúde	01	03
Tempo de Formação Acadêmica		
1 – 5 anos	15	58
6 – 10 anos	05	19
Acima de 10 anos	06	23
Tempo de Atuação na ESF		
07 meses - 3 anos	17	65
3 – 5 anos	07	27
Acima de 5 anos	02	08
Curso de Capacitação em Hanseníase		
SIM	14	54
NÃO	12	46

FONTE: Própria Pesquisa/2011.

Na tabela acima verifica-se que 92% dos enfermeiros tinham concluído algum curso de pós-graduação nas mais diversas especificidades. Aquino et al (1993) constatou que apenas 0,01% dos bacharéis em Enfermagem tinham concluído cursos de pós-graduação. Apesar de 92% ser um dado notoriamente significativo, observa-se o crescente aumento das facilidades no ingresso aos cursos de pós-graduação, como a alarmante oferta, preços acessíveis, carência de testes de seleção, pós-graduação nos finais de semana ou até mesmo à distância, etc., portanto não se justifica que 8% desses profissionais em estudo não demonstrarem interesse em se aperfeiçoarem, ao não possuírem nenhuma especialização. A pós-graduação pode melhorar não apenas a assistência ao cliente, mas também atenuar as fontes de estresse, pois o conhecimento pode gerar maior domínio em sua atuação.

Foram citadas 13 áreas distintas onde os enfermeiros realizaram curso de especialização, destas as mais citadas foram PSF e Saúde Pública com igual percentual de 26%, seguidas de Obstetrícia, Auditoria em Saúde e Urgência e Emergência com 8% e UTL, Saúde Mental, Enfermagem Médico-Cirúrgica, Administração Hospitalar, Enfermagem do Trabalho, Gestão em Saúde, Saúde da Mulher e Educação em Saúde com o quantitativo de 1%.

No que se refere ao tempo de formação acadêmica 58% dos participantes possuem entre um e cinco anos, 19% entre seis e 10 anos, outros 19% entre 11 e 15 anos e, apenas 4% acima de 15 anos de formação acadêmica. Os autores Cordeiro e Cruz (2001) elucidam que quanto mais tempo o profissional de enfermagem estiver no exercício de sua profissão mais ele tende a acumular conhecimentos e aperfeiçoar sua prática, podendo desenvolver um trabalho consciente e com maior êxito, considerando suas ações, que devem ser voltadas para uma boa assistência aos clientes.

É evidente que a falta de experiência dos profissionais interfere diretamente na assistência prestada aos clientes, principalmente no que concerne ao processo de cuidar aos portadores de hanseníase e seus familiares, uma vez que o diagnóstico precoce desta doença é mais facilmente feito, por profissionais de saúde experientes, minuciosos, com conhecimentos amplos, atualizados e com embasamento científico aliado às práticas e ao trabalho em equipe e nem sempre os egressos das universidades trazem consigo tal competência, logo quanto mais tempo de profissão, mais oportunidades se têm de adquirir essas habilidades.

Quanto ao tempo de atuação na ESF, 65% dos profissionais responderam ter entre sete meses e três anos, 27% entre três e cinco anos e 8% acima de cinco anos. Esse tempo de atuação relativamente baixo remete a uma situação importante, visto que quanto maior experiência melhor será a qualidade, da assistência oferecida pelo profissional no que diz

respeito ao processo de suspeição. S. Filho (2010) mostra em estudo, numa amostra de 33 sujeitos, que mais de 60% deles possuem tempo de atuação superior a três anos, contrapondo-se a situação em questão, onde a maioria dos entrevistados não possui mais de três anos de atuação na atenção primária.

Esta realidade se figura na ESF do município de Sousa graças às diferentes sucessões políticas, que acabam por realizar contratação da maioria desses profissionais no início da gestão, abatendo a oportunidade de acumular experiência nesse âmbito.

Com relação à capacitação na área da hanseníase 54% dos profissionais entrevistados possuíam alguma capacitação em hanseníase, todavia nem deles referiu possuir especialização nessa área. Em geral, o impacto das capacitações a respeito da melhora da aptidão em diagnosticar e tratar a hanseníase e suas complicações foi limitado. Visto isso, faz-se necessário a promoção de novas capacitações onde se atente à estruturação do conteúdo programático bem como a metodologia dessas capacitações, a fim de melhor atender as reais necessidades dos profissionais.

Brasil (2006) ratifica que a capacitação dos profissionais que realizam assistência a portadores de hanseníase constitui um dos resultados esperados com o desenvolvimento do Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase, instituído pelo Ministério da Saúde, a fim de erradicar a doença e sustentar tal eliminação.

4.2 DADOS ESPECÍFICOS

Neste segundo momento são retratados os resultados obtidos a partir dos dados referentes à temática.

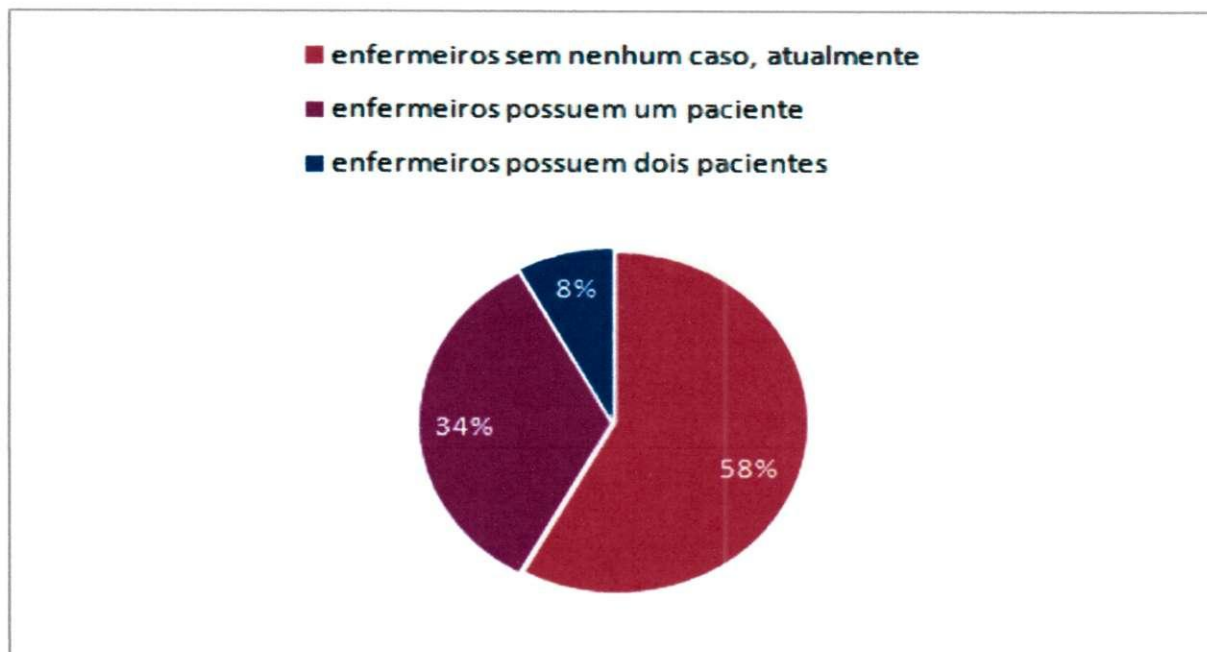


GRÁFICO 1: Distribuições dos participantes referente à pergunta: Quantos portadores de hanseníase há em acompanhamento na unidade?

FONTE: Própria Pesquisa/2011.

No gráfico acima temos que 58% dos enfermeiros não acompanham nenhum caso de hanseníase atualmente, 34% possuem um paciente cadastrado e em acompanhamento em sua unidade e 8% deles possuem dois pacientes.

Figueiredo (2007) afirma que as unidades de saúde são as portas de entrada para o indivíduo no SUS, que deve ser acolhido de acordo com sua necessidade, oferecendo um tratamento integral. Tais unidades devem estar organizadas para atender os diferentes níveis de complexidade de atenção ao portador de hanseníase, de acordo com suas necessidades, respeitando as realidades locais e regionais. As atividades de controle da hanseníase devem ser implantadas em toda a rede pública de saúde, para que toda população tenha acesso a essas atividades.

Esta realidade quiçá figure-se na ESF do município em questão, uma vez que o quantitativo de pacientes cadastrados e em acompanhamento (13) seja consideravelmente fransino mediante uma população de quase 67.000 habitantes. Levantamentos da Gerência da Vigilância Epidemiológica da vizinha cidade de Cajazeiras, com quase 59.000 habitantes, mostram que no ano de 2010 foram notificados 75 casos de hanseníase e neste ano de 2011 já surgiram 18 novos casos.

Os enfermeiros devem primar pela valorização das ações de comunicação e educação a nível municipal a fim de que se alastrem à população dos recôncavos informações sobre a hanseníase.

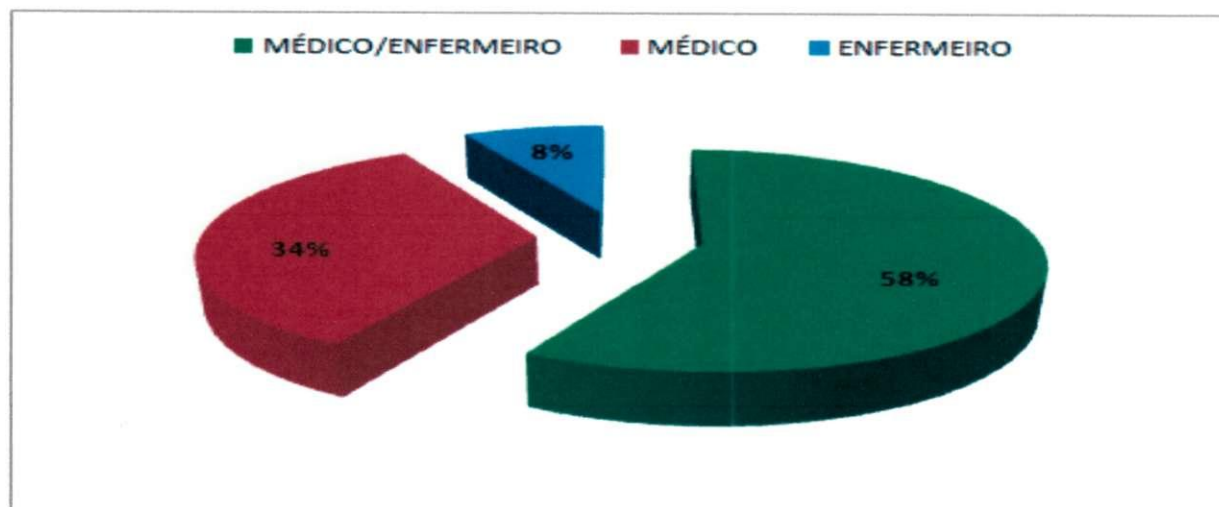


GRÁFICO 2 - Distribuições dos participantes referente à pergunta: O diagnóstico da hanseníase é feito pelo

FONTE: Própria Pesquisa/2011.

O gráfico acima mostra que 58% dos enfermeiros entrevistados afirmaram realizar conjuntamente com o médico o diagnóstico da hanseníase, 34% disseram que apenas o médico realiza tal diagnóstico e apenas 8% confirmaram fazê-lo sozinhos.

Com base nesses dados constatamos que a maioria dos enfermeiros reconhecem seu despreparo em diagnosticar sozinhos casos de hanseníase.

Pedrazzani (1990) afirma que, dentre os vários fatores que têm dificultado o controle da doença, os principais são o baixo nível de conhecimento sobre a mesma entre estudantes e profissionais da área de saúde, quer da enfermagem ou da medicina e a negligência no ensino sobre hanseníase nas academias que oferecem cursos na área de saúde.

Para a autora, a não instrumentalização dos alunos para a análise e compreensão crítica da realidade, torna-se difícil o encaminhamento de soluções no sentido da necessária interação entre teoria e prática, dessa forma os enfermeiros acabam exercendo na prática as funções administrativas, gerando uma lacuna entre as funções que devem ser executadas e as funções que de fato são.

A operacionalização do programa de controle da hanseníase requer a formação do enfermeiro com conhecimentos, habilidades e atitudes condizentes a uma prática clínica e

gerencial em hanseníase, compatível com as necessidades de saúde do cliente, família e comunidade.

Com relação à pergunta: Como é realizado o diagnóstico do portador de Hanseníase, surgiram algumas categorias as quais se pode analisar seus depoimentos.

- Exposição e Comentários das categorias que surgiram:

IDÉIA CENTRAL	PROCEDIMENTO
Anamnese, testes e encaminhamento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Exame físico, teste de sensibilidade térmico, tátil nas áreas com lesões, detectado alguma alteração, o paciente é encaminhado ao centro especializado para realizar baciloscopia, se confirmado o paciente retorna a Unidade para começar tratamento supervisionado. E vamos vacinar e examinar os comunicantes 2. É principalmente clínico, por meio de exame dermatoneurológico para avaliar a perda da sensibilidade em uma ou mais lesões de pele e/ ou espessamento de nervo periférico + baciloscopia.
IDÉIA CENTRAL	PROCEDIMENTO
Exame Clínico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Através da anamnese da lesão e dados de comunicantes nos últimos 02 anos. 2. E através da história e condições de vida do paciente, como também, através do exame clínico e epidemiológico.

IDÉIA CENTRAL	PROCEDIMENTO
Exame clínico e dermatoneurológico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anamnese, exame clínico das manchas com alteração de sensibilidade, teste de sensibilidade e alteração da força, palpação de nervo. 2. É clínico, baseado nas queixas, sinais e sintomas do paciente. Avaliando pele, olhos, avaliação de sensibilidade

	superficial da força muscular dos membros.
IDÉIA CENTRAL	PROCEDIMENTO
Encaminhamento médico	<ol style="list-style-type: none"> 1. O agente de saúde é o primeiro passo na identificação de um caso suspeito. Após visita domiciliar pela enfermeira, o paciente é levado à unidade de saúde onde é avaliado pelo médico e encaminhado ao serviço especializado. 2. Se há mancha característica da doença encaminhado para o médico avaliar e diagnosticar. Se ele tiver dúvida, é referenciado a consulta especializada com dermatologista..

QUADRO 1: Distribuição da idéia central relacionada às condutas na realização do diagnóstico

FONTE: Própria Pesquisa/2011.

Com base nas falas acima, percebe-se um vultoso desarranjo por parte dos enfermeiros participantes, visto que, uns investigam o histórico do paciente, realizam avaliação dermatoneurológica, testes e havendo suspeição diagnóstica encaminham o paciente a equipe especializada para que se confirme ou descarte, outros revelam realizar apenas exame clínico, outros não referem quaisquer tipos de testes, ou ainda procedem encaminhando o paciente com queixas, ao médico da Unidade.

O diagnóstico da hanseníase é realizado através do exame clínico, quando se busca os sinais dermatoneurológicos da doença e através de exame laboratorial (baciloscopia), que também serve como um dos critérios de confirmação da recidiva. O diagnóstico clínico é realizado através do exame físico em que se procede a uma avaliação dermatoneurológica, buscando identificar sinais clínicos da doença. O roteiro desse diagnóstico constitui-se da anamnese, da avaliação dermatológica e neurológica, do diagnóstico dos estados reacionais, do diagnóstico diferencial e da classificação do grau de incapacidades físicas (BARROS; OLIVEIRA, 2000; LAPA et al., 2001).

Freitas (2008) reforça que ao realizar o exame neurológico na consulta ao portador de hanseníase, do ponto de vista social, cria-se uma rotina prática e relativamente de baixo custo operacional.

No entanto, alguns enfermeiros enfatizaram que o diagnóstico da hanseníase é feito apenas através da avaliação da lesão e dos comunicantes, demonstrando conhecimento limitado acerca da temática

Durante o levantamento de 187 prontuários de portadores de hanseníase tratados com PQT, Goulart et al. (2002) constatou uma baixa frequência de solicitação de exames laboratoriais, não só no diagnóstico do paciente, mas também durante o tratamento poliquimioterápico, mesmo quando constatado algum efeito colateral. O mesmo ainda ressalta que isso pode estar relacionado à falta de capacitação técnica da equipe de saúde para a propedêutica adequada ao diagnóstico, que inclui a suspeita clínica e a realização de exames laboratoriais. Tal despreparo poderia estar relacionado à falta de treinamento da equipe e/ou à grande rotatividade de profissionais da saúde, decorrente da baixa remuneração dos mesmos.

Percebe-se, ainda, que muitos dos enfermeiros demonstraram dificuldades em diagnosticar a doença quando afirmaram realizar o encaminhamento médico quando da suspeição de um novo caso.

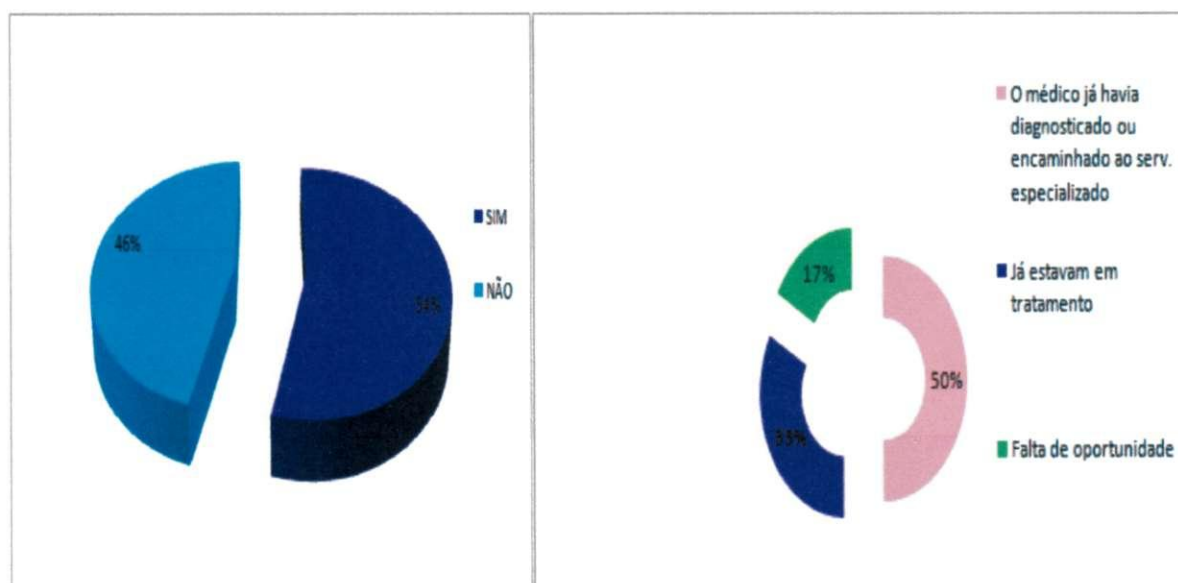


GRÁFICO 3 - Distribuições dos participantes referente à pergunta: Já diagnosticou algum caso de Hanseníase na área? Se não, por que?

FONTE: Própria Pesquisa/2011.

Buscou-se saber com os enfermeiros se estes já haviam diagnosticado algum caso de hanseníase em sua unidade onde 54% dos profissionais responderam que sim, enquanto os demais (46%) negaram tal conduta, alegando que o médico já havia realizado a confirmação diagnóstica e introduzido a medicação ou encaminhado o paciente ao centro de referência (83%), ou mesmo pela falta de oportunidade (17%), como mostra o gráfico acima.

Tal situação se contrapõe a previamente exposta, onde os enfermeiros encontram-se dispersos quanto às condutas diagnósticas e pouco a realizam na ausência médica. As dificuldades expostas têm sua gênese na falta de capacitação, culminando no despreparo que impede o profissional de realizar um atendimento de qualidade aos pacientes com hanseníase ou mesmo de hesitar em atendê-los.

Em estudo recente, Santos e Ribeiro (2010) apresentam, também, que usuários da ESF atrelam ao enfermeiro a imagem de bondoso, acessível, e que está sempre preocupado com tudo aquilo que aflige a vida humana e disposto a resolver o problema de todos, todavia, apesar deste não se eximir de suas atribuições, acaba desenvolvendo um trabalho mais burocrático do que assistencial, ficando assim distante do cliente, ou ainda o seu trabalho tendo pouco destaque dentre os outros profissionais da equipe, corroborando com as respostas dos participantes, quando perguntados porque não realizaram nenhum diagnóstico de hanseníase na sua área, onde 50% respondeu que o médico já havia diagnosticado ou procedido encaminhamento ao serviço especializado, 33% dos pacientes já estavam em tratamento, o que também subtende um prévio atendimento médico e 17% referiram falta de oportunidade.

Diante da pergunta: Sente-se preparado para diagnosticar um caso de Hanseníase, 58% dos enfermeiros afirmaram estar preparados, enquanto 42% deles admitiram não se sentirem aptos a diagnosticar. Para estes últimos, surgiram duas categorias com as justificativas expostas por eles, as quais passamos a analisar.

- Exposição e Comentários das categorias que surgiram:

IDÉIA CENTRAL	MOTIVO
Falta de experiência e capacitação	1. Por não ter experiências anteriores e por nunca ter participado de treinamentos sobre hanseníase, o que gera insegurança. 2. Por falta de prática e novas capacitações.

	3. Muitas vezes o profissional sente-se incapacitado por falta de experiências anteriores, ou até esquecimento, o que torna o diagnóstico 'demorado.
IDÉIA CENTRAL	MOTIVO
Falta de recursos materiais	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mais do que o conhecimento limitado é o material insuficiente. 2. Falta de material necessário para os testes de sensibilidade. 3. Pela ausência de materiais para trabalhar com esse público.

QUADRO 2: Distribuição da idéia central relacionada aos motivos para não diagnosticar
FONTE: Própria Pesquisa/2011.

Dos profissionais que afirmou não se sentirem aptos a diagnosticar a hanseníase a grande maioria apontou a falta de experiência e capacitação na área. Helene et al (2008) realizou um estudo em nove municípios do Estado de São Paulo e evidenciou a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde para identificar os sinais e sintomas da hanseníase. Com isso, podemos ver a falta de capacitação como sendo uma carência a nível nacional que acaba por interferir diretamente no diagnóstico precoce, tratamento correto e na prevenção de incapacidades próprias da doença.

Campos e Malik (2008) consideram ainda que o principal fator que leva um funcionário a deixar uma organização é o seu nível de insatisfação com a função que desempenha. O descontentamento é geralmente causado pela falta de materiais para realização do trabalho, ambiente físico inadequado e, a enfática, falta de capacitação.

Esta é uma realidade amplamente conhecida nas unidades de Estratégia de Saúde da Família do município de Sousa, onde os enfermeiros não possuem aparato estrutural para atender os pacientes com hanseníase, não dispoendo se quer de meios para realizarem as pesquisas de sensibilidade térmica, tátil e dolorosa.

Sobre à pergunta: *quais as principais dificuldades que você encontra em diagnosticar precocemente um caso de hanseníase*, também surgiram categorias.

- Exposição e Comentários das categorias que surgiram

IDÉIA CENTRAL	DIFICULDADE
Classificação clínica e operacional da doença	<ol style="list-style-type: none"> 1. A dificuldade que sinto é em distinguir qual o tipo de hanseníase (Dimorfa, Vichorviana, etc.) e não em identificar a doença em si, pois na antiga unidade na qual eu trabalhava tinha muitos casos na área (ESF VI). 2. Diferenciar os tipos de manchas... 3. Geralmente fico em dúvida na classificação da mancha.
IDÉIA CENTRAL	DIFICULDADE
Realizar diagnóstico diferencial	<ol style="list-style-type: none"> 1. Os casos de hanseníase são variados o que torna difícil c/ esta variação de sinais e sintomas, mas diante de um tento aplicar técnica, e anamnese para concluir o diagnóstico... 2. A dificuldade maior é em relação à uma fundamentação técnica mais precisa para realizar diagnóstico diferencial. 3. Diferenciar as manchas características da HANS com outras doenças dermatológicas.
IDÉIA CENTRAL	DIFICULDADE
Falta de recursos específicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. A falta de atividades organizadas p/ as atividade de diagnóstico; o material necessário e de suporte p/ o diagnóstico. 2. Falta de material necessário para realização de teste de sensibilidade. 3. Falta de material especificado.
IDÉIA CENTRAL	DIFICULDADE
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Como não é uma doença rotineira e inexistente a te agora na minha Unidade não tenho como descrever

Impossibilidade em descrever dificuldade	minhas dificuldades.
---	----------------------

QUADRO 3: Distribuição da idéia central relacionada às dificuldades no diagnóstico.

FONTE: Própria Pesquisa/2011.

Quanto às dificuldades mais ovacionadas a maioria dos profissionais referenciaram a classificação clínica e operacional da doença como a principal dificuldade, outros a não adesão do paciente a Unidade, bem como ao tratamento, foi dito também que a diversidade de sinais e sintomas da doença acabam dificultando o diagnóstico, outros afirmaram não diagnosticar precocemente por falta de recursos materiais específicos, foi considerada a elevada demanda do atendimento na Unidade como fator crucial para essa problemática, tendo ainda aqueles que não possuíam dificuldades ou julgaram-se impossibilitados de descrevê-la, neste sentido temos que as dificuldades são as mais diversas possíveis e percebe-se um sentimento de despreparo frente aos casos suspeitos de hanseníase, torna a explícita uma necessidade (re)organização dos serviços da atenção primária no município de Sousa, especialmente, no tocante a hanseníase.

A hanseníase em seu estágio inicial apresenta-se através de lesões da pele, manchas avermelhadas ou esbranquiçadas com perda da sensibilidade, apresentando-se preferencialmente na face, orelhas, nádegas, braços, pernas, costas e mucosa nasal. As lesões mais comuns são as manchas pigmentares, placa, infiltração e nódulo. São quatro as formas de manifestação clínica da Hanseníase: Indeterminada (HI), Tuberculóide (HT), Vichorwiana (HV) e Dimorfa (HD), Os pacientes são agrupados, por classificação operacional, sendo Paucibacilar (PB) quando apresentam até 5 lesões e Multibacilares (MB) quando apresentam mais de cinco lesões (BRASIL, 2002b).

Ao delatar a classificação clínica e operacional da hanseníase como principal dificuldade em diagnosticar essa doença precocemente, pode-se associar isto à falta de capacitação que proporciona um sentimento de impotência diante dos problemas enfrentados, refletindo negativamente na qualidade do atendimento prestado por estes profissionais ao portador da hanseníase.

Mediante as dificuldades apresentadas em diagnosticar precocemente a Hanseníase, procurou-se conhecer os artificios utilizados pelos profissionais enfermeiros para o enfrentamento de tal situação, no gráfico 4 constata-se que 43% costumam encaminhar o paciente ao serviço especializado, 16% dos enfermeiros trabalham seus Agentes Comunitários

de Saúde sobre esta temática a fim de disseminar à população informações sobre a doença, 11% relatam desenvolver improvisos em suas atividades diárias relacionadas à hanseníase, 11% afirmaram utilizar literaturas pertinentes e/ou internet para liquidar dúvidas, outros 11% revelaram não possuir quaisquer dificuldades e 8% realizam busca ativa quando os pacientes apresentam resistência ou pouca assiduidade à unidade.

Nota-se com isso que os enfermeiros usam as mais variadas formas para se sobressaírem dos inéditos, todavia, muitos deles buscam meios próprios para solucioná-los e enquanto que uma minoria prefere repassar suas responsabilidades.



GRÁFICO 4 - Distribuições dos participantes referente à pergunta: O que costuma fazer diante desse problema?

FONTE: Própria Pesquisa/2011.

Monteiro (2011) relembra que a promoção da saúde desde que começou a ser discutida na saúde pública representa estratégias que servem para auxiliar e/ou melhorar o processo saúde-doença que afeta a sociedade em geral.

O enfermeiro sente-se comprometido em formar a união de saberes técnicos e populares, mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para benefício próprio da sociedade efetivando assim essa melhora na qualidade de vida

Pautados possivelmente nesses pressupostos os participantes listaram uma série de artifícios utilizados para enfrentar suas carências, uma vez que foram enfáticos ao diligenciarem atitudes que promovam ou restabeçam a tão esperada qualidade de vida da comunidade assistida.

Quando questionados sobre como é realizado o tratamento do paciente com hanseníase 100% dos profissionais afirmaram tratá-los com poliquimioterapia (PQT) conforme preconiza o Ministério da Saúde, como se pode observar nas falas abaixo:

IDÉIA CENTRAL	PROCEDIMENTO
<p>Tratamento com PQT</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. O tratamento instituído é através da poliquimioterapia variando conforme a forma e classificação se paucibacilar ou multibacilar. Paucibacilar haverá um período de 6 meses contando com 6 doses supervisionadas e o multibacilar vai esperar de 12 a 24 meses. 2. De acordo com o tipo de hanseníase diagnosticado o paciente recebe na unidade seu medicamento da PQT, na oportunidade recebe a dose supervisionada e orientações p/ as subseqüentes em seguida durante o tratamento é realizado exames e testes. 3. O tratamento da pessoa com hanseníase, indicado pelo Ministério da Saúde, é a poliquimioterapia, conhecida como PQT, constituída pelos seguintes medicamentos: rifampicina, dapsona e clofazimina, associados. É administrado através da classificação operacional do doente em Pauci ou Multibacilar.

QUADRO 4: Distribuição da idéia central relacionada ao tratamento para Hanseníase.

FONTE: Própria Pesquisa/2011.

Brasil (2002b) apresenta o tratamento específico da pessoa com hanseníase através da poliquimioterapia que é constituído pelo conjunto dos seguintes medicamentos: rifampicina, dapsona e clofazimina, visto que tratar o paciente com um só medicamento gera resistência medicamentosa ao bacilo, impossibilitando a cura. A administração é feita através de esquema-padrão, de acordo com a classificação operacional do doente, seja em Paucibacilar onde é feita uma dose diária autoadministrada de dapsona 100mg mais uma dose

supervisionada mensal com duas rifampicina 300mg+ uma dapsona de 100mg durante um período de seis meses, ou Multitibacilar onde é feita uma dose diária autoadministrada de dapsona 100mg+ clofazimina 50mg mais uma dose supervisionada mensal com duas rifampicinas 300mg + 1 dapsona 100mg + 3 clofazimina 100mg por um período de doze meses. As doses supervisionadas devem ser o mais regular possível – de 28 em 28 dias.

A partir dos resultados colhidos percebe-se que os enfermeiros se detêm na realização e acompanhamento do tratamento dos pacientes com hanseníase, uma vez que revelam, em sua maioria, não realizarem ou sentirem-se aptos a diagnosticar.

Apesar de 100% dos enfermeiros conhecerem o tratamento para Hanseníase, 69% deles afirmaram não possuir dificuldades para assistir o paciente durante o mesmo, o quantitativo de 31% deles ainda revelaram possuir alguma dificuldade, apresentadas categoricamente a seguir:

IDÉIA CENTRAL	DIFICULDADE NO TRATAMENTO
Realização de Testes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Em relação aos testes realizados, encontro dificuldade em realizar todos eles. 2.Tenho dúvida quanto a resposta do paciente diante do teste.
IDÉIA CENTRAL	DIFICULDADE NO TRATAMENTO
Resistência dos pacientes ao tratamento	<ol style="list-style-type: none"> 1. A única dificuldade é se o paciente é do sexo masculino e se for adepto de álcool, dá muito trabalho, pois os mesmos são de difícil tratamento. 2.Falta de compromisso do próprio paciente, não comparecendo às consultas se recusando em tomar o medicamento diariamente e a freqüentar o serviço de saúde para a dose mensal.
IDÉIA CENTRAL	DIFICULDADE NO TRATAMENTO
	<ol style="list-style-type: none"> 1. No dia do início do tratamento não tenho dificuldade, faço o acompanhamento conforme é recomendando pelo SUS. Após passar 6 meses não tenho segurança

Insegurança para dar alta	para dar alta ao paciente. 2.Tenho medo de dar alta ao paciente e dele não ter tomado os medicamentos como devia e a doença aparecer novamente.
IDÉIA CENTRAL	DIFICULDADE NO TRATAMENTO
Demanda excessiva no atendimento da ESF	1. O pouco tempo, ou seja, muito trabalho na unidade e falta tempo p/ ir fazer acompanhamento domiciliar. 2.Por ter muita burocracia para resolver, tem vezes que saio pra Secretaria e deixo o medicamento para a Técnica entregar ao paciente.

QUADRO 5: Distribuição da idéia central relacionada à dificuldade no tratamento para Hanseníase
FONTE: Própria Pesquisa/2011.

Das dificuldades apresentadas podemos associar duas das dificuldades citadas, em realizar testes e a insegurança em dar alta por cura ao paciente, à problemática já exaustivamente destacada, falta de capacitação e treinamentos e como diria Ferreira (2009) os enfermeiros buscam justificar suas falhas profissionais, atribuindo-as a inúmeros fatores, no entanto eles mesmos não buscam essa capacitação continuada, restringindo-se ao conhecimento adquirido ora na instituição formadora, ora em palestras de atualização, quando acontecem, promovidas pelos gestores.

Brasil (2002b), por sua vez, deixa claro que sensibilidade normal depende da integridade dos troncos e das terminações nervosas que se encontram sobre a pele e sem ela o paciente perde a capacidade normal de perceber sensações de pressão, tato, calor, dor e frio. Daí a extrema importância da realização dos testes de sensibilidade, que exigem conhecimento e destreza do examinador. Sobre a alta por cura, Brasil (2002b) esclarece ainda que ela é dada após a administração do número de doses preconizadas pelo esquema terapêutico e se, por algum motivo, houver interrupção da medicação ela poderá ser retomada em até 3 meses em caso de Pauci e em até 6 meses em casos de Multibacilar.

Frente à resistência do paciente ao tratamento o enfermeiro deve embasar-se de argumentos persuasivos para que este inicie e siga-o corretamente, evitando através de visitas domiciliares, o abandono ou não cumprimento efetivo do mesmo.

A demanda dos serviços e sobrecarga de atribuições aos enfermeiros é outro motivo referenciado pelos participantes. Silva e Marques (2004) consideram que isto tem feito com que a enfermagem se distanciasse do seu objeto de trabalho, o homem, tanto no âmbito da assistência individual quanto na assistência coletiva. Ademais, a alta demanda no atendimento da unidade não contribui para o acompanhamento minucioso do portador de hanseníase em tratamento, contribuindo para a desqualificação da assistência oferecida. Isso pode ser ilustrado na fala dos participantes

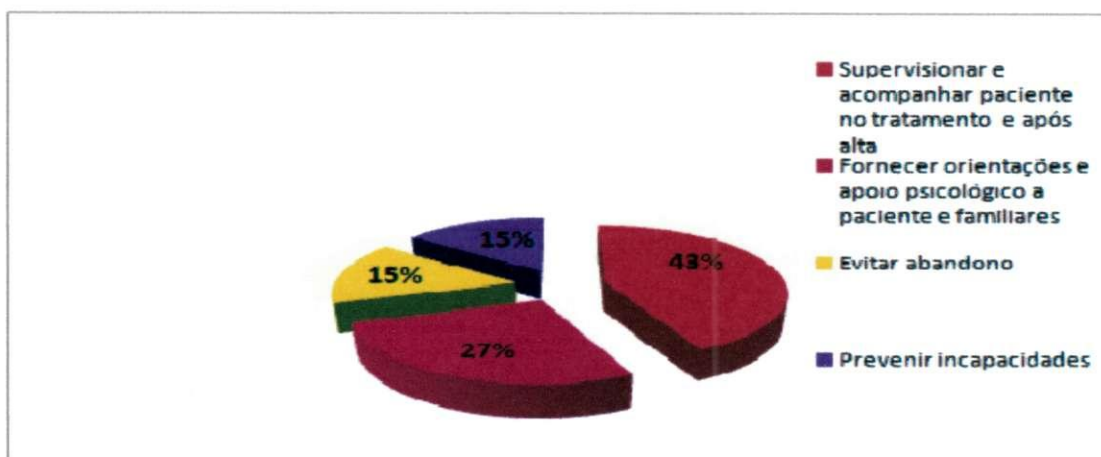


GRÁFICO 5: Distribuições dos participantes referente à pergunta: Em que consiste a assistência de enfermagem no seguimento desses indivíduos?

FONTE: Própria Pesquisa/2011.

Para Duarte (2008) a assistência de enfermagem é uma atividade primordial mediante um paciente com hanseníase, pois além de estabelecer a uma interação terapêutica entre o indivíduo e o profissional de saúde, valoriza a subjetividade do paciente, o que possibilita o reconhecimento das condições de vida, através da escuta e da palavra, que determinarão os perfis de saúde e doença. Corroborando com isso, Adami et al (1989) considera tal assistência como um potencial estratégico de cuidado ao portador de hanseníase, tendo em vista que são considerados os aspectos sócio-culturais e biológicos que envolvem a doença e o doente.

Em vista disto a assistência de enfermagem deve ser fundamentada na educação em saúde no sentido de obter uma participação consciente e constante do paciente nos programas.

Os resultados obtidos demonstram divergências no que tange à assistência de enfermagem ao portador de hanseníase, uma vez que a maioria dos participantes centraram-se na esfera curativista da assistência, seja na supervisão e acompanhamento do paciente durante tratamento e após alta por cura, outros destacaram primar pela prevenção de incapacidades e houve, ainda, aqueles que visam a mobilização social e educação em saúde.

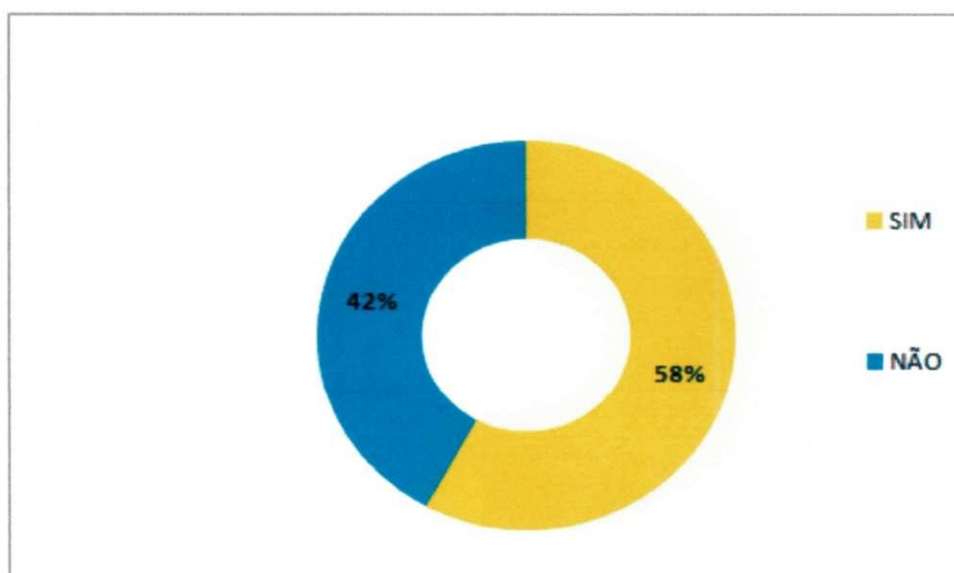


GRÁFICO 6: Distribuições dos participantes referente à pergunta: Considera o PNCH efetivo? Explique.

FONTE: Própria Pesquisa/2011

Sobre o Programa Nacional de Controle da Hanseníase se é efetivo, obteve-se como resposta que 58% consideram efetivo e 42% não consideram. Eis as explicações dadas pelos que consideram o PNCH efetivo:

- Exposição e Comentários das categorias que surgiram

IDÉIA CENTRAL	MOTIVO
Por oferecer tratamento por equipe multidisciplinar com garantia de cura, quando seguido corretamente	<ol style="list-style-type: none"> 1. O paciente tem tratamento e acompanhamento adequado, vindo de uma equipe multidisciplinar o que ajuda a enfrentar sua fase difícil. 2. O PNCH (Programa Nacional de Controle da Hanseníase) executa diferentes ações

	integradas e articuladas que propicia às pessoas que adoecem sejam atendidas nas suas necessidades e direitos, dentre algumas ações estão a atenção integral, comunicação e vigilância epidemiológica (onde o caso, deve ter sua notificação no SINAN) integradas.
IDÉIA CENTRAL	MOTIVO
Por conseguir reduzir morbidade e incapacidade pela doença	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uma vez em que tende a reduzir a morbidade, pela incidência e prevalência da doença como também os danos causados pela doença, expresso pela gravidade das incapacidades físicas e psicossociais. 2. Pela efetividade do tratamento e pela diminuição das deformidades.
IDÉIA CENTRAL	MOTIVO
É efetivo, porém necessita de mais investimentos pelos gestores, inclusive em capacitações	<ol style="list-style-type: none"> 1. O programa em si, no papel é efetivo, com metas e planejamento, o que falta é fazer com que os gestores a nível municipal reconheça que a Hanseníase é um problema sério de atenção básica, que precisa de uma intervenção e planejamento das Secretarias municipais com os programas existentes p/ colocarem em prática. 2. Pois ele oferece as diretrizes e bases para o profissional da saúde se comportar e tomar medidas cabíveis e adequar-se para dar seguimento a qualquer tratamento desde que haja um prévio treinamento a estes profissionais.

QUADRO 6: Distribuição da idéia central relacionada à efetividade do PNCH

FONTE: Própria Pesquisa/2011.

Sobre os que não consideram o PNCH efetivo, as explicações dadas foram às seguintes:

- Exposição das categorias que surgiram:

IDÉIA CENTRAL	MOTIVO
Necessidade de capacitações e treinamentos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Porque acho que os profissionais das USF precisam receber uma capacitação mais aprofundada sobre esta patologia. Dessa forma quase sempre poderíamos assistir o paciente apenas na Unidade, sem precisar encaminhá-lo para a referência. 2. Porque apesar de um dos objetivos do PNCH ser reduzir os danos causados pela doença expressos pela gravidade das incapacidades físicas, falta capacitação dos profissionais em realizar um diagnóstico precoce e realizar busca ativa dos controles para acelerar o início do tratamento e consequentemente reduzir o risco de seqüelas e complicações futuras.
IDÉIA CENTRAL	MOTIVO
Baixa resolutividade	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ainda existem muitas coisas a serem colocadas em prática que só existem no papel. 2. Pouca atuação na rede pública municipal.

QUADRO 7: Distribuição da idéia central relacionada a não efetividade do PNCH

FONTE: Própria Pesquisa/2011.

Brasil (2006) esclarece que o Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) estabeleceu diretrizes operacionais para a execução de diferentes ações, articuladas e integradas, que pudessem em todas as frentes de trabalho propiciar às pessoas que adoecem sejam atendidas nas suas necessidades e direitos.

Brasil (2007b) reforça, ainda, que as ações do PNCH foram organizadas a partir de cinco componentes/áreas: vigilância epidemiológica; gestão; atenção integral; comunicação e educação e pesquisa.

Visto isso, supõe-se que foram pautados nessas prerrogativas que os participantes explicaram ao considerarem efetivo o PNCH, que os pacientes tem acompanhamento multidisciplinar e integrado, onde as diretrizes operacionais do programa garantem acesso pleno e irrestrito aos cuidados impostos pelas necessidades próprias da enfermidade.

Aqueles que julgaram não reconhecer efetividade no Programa referenciaram baixa resolutividade a nível municipal e principalmente a falta de capacitação, delatam que as ações programadas conforme componentes/áreas supracitadas pelo PNCH vem sendo burladas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo buscou-se fazer uma análise sobre as principais dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros da ESF do município de Sousa em diagnosticar precocemente e tratar corretamente casos de hanseníase. Sendo, uma tarefa relativamente difícil, visto que eles se pautaram em diferentes argumentos.

Os resultados obtidos permitiram evidenciar que, apesar da comedia maioria dos enfermeiros se considerarem aptos a realizarem o diagnóstico, foi quase unânime os enfermeiros que revelaram ter dificuldades nesse momento.

Na assistência de enfermagem busca-se criação de vínculo e confiança com o cliente, objetivando sempre uma atenção humanizada e efetiva, concedendo prioridade à cura, através do acompanhamento e supervisão no tratamento, além da prevenção de incapacidades. Estes aspectos foram bastante enfatizados pelos profissionais onde um dos principais problemas para a gestão dos serviços de saúde está relacionado com os recursos humanos, notadamente na qualificação da equipe.

Entende-se que, conhecida as dificuldades do profissional enfermeiro que atua no ESF, poderá discutir de que forma este pode contribuir para a sua prática nesse contexto bem como a partir dele propiciar ajustes e dar condições para o profissional ter suas necessidades de formação, educação permanente, e assim garantir uma assistência de qualidade e que vai ao encontro das necessidades da clientela assistida e efetivação das políticas públicas de saúde.

Com isso, abstraímos que a população atendida por esses enfermeiros acaba tendo uma menor resolutividade e eficácia, diminuindo a dinamicidade do PNCH e da ESF como um todo.

Diante do exposto é de suma importância a promoção, por parte dos gestores, de grupos de discussão científica, empreendendo sistema de educação continuada que estimulem a participação de enfermeiros em eventos e curso de especialização voltados à temática hanseníase. Havendo uma maior aplicabilidade dos recursos nesta área e uma investigação mais ostensiva das dificuldades dos profissionais que na atuam na ESF tornar-se-á mais complacente o saneamento de quaisquer deficiências. Visto isso, recomenda-se a articulação de gestores com os conflitos inerentes à produção de serviços, facilitando a integralidade das ações gerando uma assistência resolutiva e de qualidade,

Destaca-se a importância de executar constantemente as ações de educação em saúde, e que estas sejam em caráter contínuo, como prática que otimiza a adesão ao tratamento e emancipação do sujeito com hanseníase, devido a superação de limitações provocadas pela doença. Soma-se a necessidade de implementar a busca ativa frente ao controle da hanseníase para a detecção de casos novos.

REFERÊNCIAS

ADAMI, N.P. et al. Características básicas que diferenciam a consulta de enfermagem da consulta médica. **Acta Paul Enferm**, v. 2, n. 1, p. 9-13, 1989. Disponível em: <http://www.unifesp.br/denf/acta/1989/2_1/pdf/art2.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2011.

ALENCAR, C. H. M. de et al. Hanseníase no município de Fortaleza, CE, Brasil: aspectos epidemiológicos e operacionais em menores de 15 anos (1995-2006). **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. esp, p. 694-700, 2008.

AMARAL, E. P.; LANA, F. C. F. Análise espacial da hanseníase na Microrregião de Almenara, MG, Brasil. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. esp, p. 701-707, 2008.

ANDRADE, M. M. de. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

ANDRADE, V. L. G. **Evolução da Hanseníase no Brasil e Perspectivas para sua Eliminação como um Problema de Saúde Pública**. Tese de Doutorado em Saúde Pública, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1996.

ANDRADE, V. L. G. et al. New Approach to Accelerate the Elimination of Leprosy. **Hansenologia Internationalis**, v.24, n.1, p.49-54, 1999. Disponível em: <<http://www.ilsl.br/revista/index.php/hi/article/viewFile/871/870>>. Acesso em: 03 mar. 2011.

AQUINO et al. Saúde e trabalho de mulheres profissionais de enfermagem em um hospital público de Salvador, Bahia. **Rev Bras Enferm**; 46(3/4): 245-7, 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S0034-7167200600050001300004&pid=S0034-71672006000500013&lng=en>>. Acesso em: 14 mai. 2011.

ARANTES, C.K et al. Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.19, n.2, p. 155-164, abr-jun 2010. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742010000200008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 12 fev. 2011.

BARBOSA, J. C. et al. Pós-alta em hanseníase no Ceará: limitação da atividade funcional, consciência de risco e participação social. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. esp, p. 727-733, 2008.

BARROS, R. P. C.; OLIVEIRA, M. L. W. R. Detecção de anticorpos específicos para o antígeno glicolípide fenólico-1 do Mycobacterium Leprae (anti PGL-1 IGM): aplicações e limitações. **An Bras Dermatol**, v. 75, p. 745-753, 2000. Disponível em: <http://www.anaisdedermatologia.org.br/download_file.aspx?>. Acesso em: 11 mai. 2011.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1995.

BRASIL, Ministério da Saúde, Vigilância em Saúde. **Situação Epidemiológica da hanseníase no Brasil**, Brasília,DF: 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hanseníase: descrição da doença**. Brasília, DF: 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose**. Serie A. Normas e Manuais Técnicos. **Cadernos de Atenção Básica**, 21. Brasília: DF: p. 196, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase. **Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em Nível Municipal 2006 – 2010**. Brasília, DF: 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Guia brasileiro de vigilância epidemiológica**. Brasília, DF: 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o Controle da hanseníase**. **Cadernos de Atenção Básica**, 10. Brasília: DF, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. **Hanseníase- Atividades de controle e manual de procedimentos**. Brasília, DF: 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Legislação sobre o controle da Hanseníase no Brasil**, Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica/ Área Técnica de Dermatologia Sanitária. Brasília: DF, p.48, 2000a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Legislação Sobre o Controle da Hanseníase no Brasil**. Brasília, DF: 2000b.

CAMPOS, C.V.A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. Ver. **Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v.42. n.2,p.347-362, Marc/abr.2008. Disponível em: < http://scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0034-76122008000200007&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 mai.2011.

CAMPOS, S. S. L.; RAMOS JR., A. N.; KERR-PONTES, L. R. S.; HEUKELBACH, J. Epidemiologia da hanseníase no município de Sobral, Estado do Ceará - Brasil, no período de 1997 a 2003. **Hansenologia Internationalis**. Bauru, v. 30, n. 2, p. 167 - 173, 2005. Disponível em: <<http://www.ilsl.br/revista/index.php/hi/article/viewFile/53/33>>. Acesso em: 12 fev. 2011.

CAMPOS, S. S. L. et al. Massive gene decay in the leprosy bacillus. **Nature**, v. 409, n. esp, p.1007-11. 2001. Disponível em: < <http://www.nature.com/nature/journal/v409/n6823/full/4091007a0.html>>. Acesso em: 03 fev. 2011.

CORTEZ, E. A., TOCANTINS, F. R. Em busca de uma visão antropológica no Programa de Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, v.59, n.6, p. 800-4, 2006.

CURI, L. M. Defender os sãos e consolar os Lázarus. **Lepra e isolamento no Brasil (1935-1976)** [dissertação]. Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, 2002.

DAHER, D. V.; ESPÍRITO SANTO, F. H. do; ESCUDEIRO, C. L. Cuidar e pesquisar: práticas complementares ou excludentes? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.2, p.145-150, mar/abril. 2002.

DESSUNTI, E. M. et al. Hanseníase: o controle dos contatos do município de Londrina-PR em um período de dez anos. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. esp, p. 689-693, 2008.

DIAS, R. C.; PEDRAZZANI, E. S. Políticas públicas na hanseníase: contribuição na redução da exclusão social. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. esp, p. 753-756, 2008.

DUARTE, M.T.C., AYRES, J.A., SIMONETTI, J.P. Consulta de enfermagem ao portador de Hanseníase: proposta de um instrumento para aplicação do processo de enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v.61, n. esp, p. 767-73, 2008.

FAÇANHA, M. C. et al. Hanseníase: subnotificação de casos em Fortaleza - Ceará, Brasil. **An Bras Dermatol**, v. 81, n. 4, p. 329-333, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v81n4/v81n04a04.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2010.

FELICIANO, K.V. de O.; KOVACS, M.H.; ALZATE, A. Diagnóstico precoce da hanseníase: o caso dos serviços de saúde no Recife (Pernambuco), Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**, v.4, n.1, p.10 1998. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v4n1/4n1a2.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2011.

FERREIRA, J. C.de O., KURCGANT, P. Capacitação profissional do enfermeiro de um complexo hospitalar de ensino na visão de seus gestores. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, V. 22, N.1, P. 31-6, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/a05v22n1.pdf>>. Acesso em: 22 mai, 2011.

FIGUEIREDO, N. M. A. de. **Ensinando a cuidar em Saúde Pública**. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2007.

FORMIGHIERI, V.J. **Burnout em fisioterapeutas**: influência sobre a atividade de trabalho e bem-estar físico e psicológico [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2003. Disponível em: <<http://www.maxipas.com.br/principal/pub/anexos/2008111702253510119.pdf>> Acesso em: 25 mai. 2011.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE/Diretoria de Pesquisas. **Departamento de População e Indicadores Sociais**. Divisão de Estudos e Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o período de 1980-2050 – Revisão, Rio de Janeiro: IBGE. 2009

GAUY, J. S.; HINO, P.; SANTOS, C. B. dos. Distribuição espacial dos casos de hanseníase no município de Ribeirão Preto no ano de 2004. **Rev Latino-am Enferm**, v. 15, n. 3, mai-jun. 2007. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 16 ago. 2010.

GODINHO, T.(org.). **Trajetória da mulher na educação brasileira 1996-2003**. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, Brasília (DF), 2006. Disponível em:

<<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S1807-5509200700020000100016&pid=S1807-55092007000200001&lng=pt> > Acesso em: 14 jan.2011.

GOMES, C. C. D. et al. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em um centro de referência na região nordeste do Brasil. **An Bras Dermatol**, v. 80, supl. 3, p. 283-288, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v80s3/3v80a04.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2010.

GOMES, F. G.; FRADE, M. A. C.; FOSS, N. T. Úlceras cutâneas na hanseníase: perfil clínico-epidemiológico dos pacientes. **An Bras Dermatol**, v. 82, n. 5, p. 433-437, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v82n5/a06v82n05.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2010.

GONÇALVES, E. P. **Conversas sobre a Iniciação a Pesquisa**. 3. ed. Campinas: Alínea, 2003.

GOULART, I. B. M.; PENNA, G. O.; CUNHA, G. Imunopatologia de hanseníase: a complexidade dos mecanismos da resposta imune do hospedeiro ao Mycobacterium leprae. **Rev Soc Bras Med Trop**, v. 35, p. 365-375, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0037-86822002000400014&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 abr. 2011.

GUERRA, J. G. et al. Eritema nodoso hansênico: atualização clínica e terapêutica. **An Bras Dermatol**, v. 77, p. 389-407, 2002. Disponível em: <http://www.anaisdedermatologia.org.br/public/questao.aspx?artigo_id=10451>. Acesso em: 22 out. 2010.

HELENE, L. M.F. et al. Organização de services de saúde na eliminação da Hanseníase em municípios do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. esp., p. 744-752, Nov. 2008.

S.JUNIOR, F. J. G. et al. Assistência de enfermagem ao portador de Hanseníase: abordagem transcultural. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. esp, p. 713-7, 2008.

LAPA, T. et al. Vigilância da hanseníase em Olinda, Brasil, utilizando técnicas de análise espacial. **Cad Saúde Pública**, v. 17, n. 5, p. 1158-1162, set-out. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n5/6323.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2011.

LAPA, T. M. et al. Análise da demanda de casos de hanseníase aos serviços de saúde através de técnicas de análise espacial. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, n. 12, p. 2575-2583, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n12/07.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2011.

LASTÓRIA, C.J. et al. Hanseníase: realidade no seu diagnóstico clínico. **Hansenologia Internationalis**, v.28, n. 1, p. 53-58, 2003. Disponível em: <<http://www.ilsl.br/revista/index.php/hi/article/view/254/234>>. Acesso em: 14 mar. 2011.

LEOPARDI, M. T. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. Florianópolis: Soldasoft, 2006.

LOPES, M.J.; LEAL, S.M.C. A feminização persistente na qualificação da enfermagem brasileira. **Cad. Pagu**. Campinas: SP, n.24, Jan/Jun, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a06.pdf>>. Acesso em: 24 mai.2011.

LUSIVOTTO M.M., VASCONCELOS A.C., SCIARPA L.C., CARVALHO. R. **Atividades assistenciais e administrativas do enfermeiro na clínica médico-cirúrgica. Hospital Israelita Albert Einstein**. São Paulo: v. 8, n. 2pt1, p. 209-14, 2010.

MARGARIDO, L. C.; RIVITTI, E. A. Hanseníase. In: VERONESI, R.; FOCACCIA, R. **Tratado de Infectologia**. São Paulo: Atheneu, p. 939-972, 2007.

MARTELLI, C. M. T. et al. Endemias e epidemias brasileiras, desafios e perspectivas de investigação científica: hanseníase. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 5, n. 3, p. 273 - 285, 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v5n3/06.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2011.

MELLO, D. L. Descentralização, Papel dos Governos Locais no Processo de Desenvolvimento Nacional e Recursos Financeiros Necessários para que os Governos Locais possam cumprir seu Papel. **Revista de Administração Pública**, v. 2, n. 4, p. 199-217, 1991. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issues&pid=0034-7612&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jan. 2011.

MENDES, M. S. et al. Descentralização das ações de controle da hanseníase em João Pessoa (Paraíba): a visão dos gestores. **Cadernos Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 217 - 230 2008.

MENDONÇA, M.H.M., SENNA, M., GOMES, V.C., ESCOREL, S., GIOVANELLA, L. As inovações na gestão de recursos humanos no PSF como eixo organizador de novo processo de trabalho das equipes de Saúde da Família. In: **VII CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA**. Brasília, (DF): ABRASCO, p. 56. 2003. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/7664/6655> Acesso em: 26 mai. 2011.

MILLS, A. Conceptos y problemas de la descentralización: examen general IN: *Descentralización de los sistemas de salud - Conceptos, aspectos y experiencias nacionales*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra p.11-46, 1990.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, p. 23,1996.

MONTEIRO, C.B. **Ações de Saúde Mental: um desafio do trabalho do enfermeiro na promoção da saúde no município de Colatina – ES**, 2011. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/articles/63100/1/ACOES-DE-SAUDE-MENTAL-UM-DESAFIO-DO-TRABALHO-DO-ENFERMEIRO-NA-PROMOCAO-DA-SAUDE-DO-MUNICIPIO-DE-COLATINA--ES/pagina1.html#ixzz1NgboXEe>> Acesso em: 26 mai.2011.

MOREIRA, T. M. A. **Avaliação da descentralização das ações programáticas de hanseníase: um estudo de caso.** Tese de Doutorado em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

MORENO, C. M. da C.; ENDERS, B. C.; SIMPSON, C. A. Avaliação das capacitações de hanseníase: opinião de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. esp, p. 671-675, 2008.

OLIVEIRA, B. F. A. et al, Acréscimo na detecção de casos de hanseníase como resultados da vigilância de comunicantes em 15 municípios considerados prioritários do Estado do Mato Grosso, Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 8, n. 2, p. 11 - 19, 2007. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v8n2/acrescimo.html>>. Acesso em: 08 abr. 2011.

OLIVEIRA, M. L. W. O papel do enfermeiro no controle da Hanseníase. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 61, n. esp, p. 668, 2008a.

_____. Desafios para a efetividade das ações de controle da hanseníase. **Cadernos Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 141 - 146, 2008b.

OPROMOLLA, D. V. A. **Noções de hansenologia**. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, 1981. Disponível em:<<http://www.scielo.br/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S0104-1290200400020000800030&pid=S0104-12902004000200008&lng=en>. Acesso em: 09/04/2011.

PEDRÃO, R. de B.; BERESIN, R. **O enfermeiro frente à questão da espiritualidade**. Hospital Israelita Albert Einstein – HIAE, São Paulo (SP), Brasil, v.8, n.1, p. 86-91, 2010. Disponível em :< http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1208-Einsteinv8n1_p86-91_port.pdf>. Acesso em: 25 mai.2011.

PEDRAZZANI, E. S. Levantamento sobre as ações de enfermagem no Programa de Controle da Hanseníase no Estado de São Paulo. **Rev. Latino-americana Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.3, n.1, p.109-115, janeiro 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11691995000100009&script=sci_arttext>. Acesso em fevereiro de 2011.

PEDRAZZANI, E. S. **O ensino e a prática do enfermeiro em hanseníase**. Universidade de São Paulo Faculdade de Saúde Pública [Tese] Disponível em: http://hansen.bvs.ilsl.br/textoc/teses/PEDRAZZANI_ELISETE_1/PDF/pre_textuais.pdf Acesso em 20 abr. 2011.

POLIT, D. F; BECK, C. T; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

PRESTES, M. L. de M. **A Pesquisa e a Construção do Conhecimento Científico**. 2. ed. São Paulo: Rêspel, 2003.

PREVEDELLO, F. C.; MIRA, M. T. Hanseníase: uma doença genética? *An Bras Dermatol*, v. 82, n. 5, p. 451-459, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962007000500009>. Acesso em: 30 jan. 2011.

RAMOS, J. R. et al. Health systems research training as a tool for more effective Hansen's disease control programmes in Brazil. *Leprosy Rev*, v. 77, n. 3, p. 175 - 188, 2006. Disponível em: <http://findarticles.com/p/articles/mi_6838/is_3_77/ai_n28395551/>. Acesso em: 09 abr. 2011.

SANTOS, R. M., RIBEIRO, L. da C. C. Percepção do usuário da estratégia saúde da família Sobre a função do enfermeiro *Cogitare Enferm.*; v.15, n.4, p.709-15, Minas Gerais, Out/Dez 2010 Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/20373/13542> Acesso em: 25 abr. 2011.

SCOLLARD, D. M. et al. The continuing chllenges of leprosy. *Clin Microbial Rev*, v. 49, n. 2, p. 338-81, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1471987>>. Acesso em: 26 dez. 2010.

SILVA, E.M.; MARQUES, D. A Enfermagem e o Programa Saúde da Família: uma parceria de sucesso? *Rev. bras. enferm.* vol.57 n.5 Sept./Oct.Brasília, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000500006. Acesso em 22 mai. 2011.

TALHARI, S. et al. **Hanseníase**. Manaus: Gráfica Tropical, 2006.

VERONESI, R., FOCACCIA, R. **Tratado de Infectologia**. São Paulo: Atheneu; 2007.

WHO. World Health Organization Weekly Epidemiol Record.v. 84, n.33,p.333-40, 2009.

WHO. World Health Organization. Global leprosy situation, beginning of 2008. *Weekly Epidemiological Record*. v. 83, n. 33, p. 293 - 300, 2008.

_____. World Health Organization. Leprosy global situation. *Wkly Epidemiol Rec*, 2005.

APÊNDICE(S)

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

APÊNDICE A
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

QUESTIONÁRIO

A. Dados sócio-demográficos

Nome fictício: _____

Idade: ____ anos

Gênero: () M () F

Estado Civil: () Solteiro (a) () Casado (a) () Viúvo (a)

() Divorciado (a) () Outros: _____

Renda Familiar: () até 1 salário mínimo () de 1 a 2 salários mínimos

() de 2 a 5 salários mínimos () acima de 5 salários mínimos

Religião: _____

Maior titulação: _____

Área de especialização: _____

Tempo de formação acadêmica: _____ meses

Tempo de atuação na unidade: _____ meses

Curso de capacitação na área: () Sim () Não

B. Dados específicos

Quantos portadores de hanseníase há cadastrados e em acompanhamento na unidade?

O diagnóstico da hanseníase é feito pelo:

() médico () enfermeiro () ambos

Como é realizado o diagnóstico do portador de hanseníase?

Já diagnosticou algum caso de hanseníase?

() Sim () Não

Se não, por que?

Sente-se preparado para diagnosticar um caso de hanseníase?

() Sim () Não

Se não, por que?

Quais as principais dificuldades que você encontra em diagnosticar precocemente um caso de hanseníase? O que costuma fazer diante desse problema?

Como é realizado o tratamento desse paciente?

Você possui alguma dificuldade para assistir o paciente durante o tratamento?

() Sim () Não

Se sim, quais?

Que estratégias utiliza para enfrentar esses problemas?

Em que consiste a assistência de enfermagem no seguimento desses indivíduos?

Considera o PNCH efetivo?

() Sim () Não

Explique:

ANEXO(S)

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

ANEXO A
DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
GAJAZZINAS PARAIÁ

Título da Pesquisa- DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PRECOCE DOS CASOS DE HANSENÍASE: dificuldades apontadas pelos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família

Eu, **ARIELI RODRIGUES NÓBREGA VIDERES**, Enfermeira, Professora da Universidade Federal de Campina Grande, portadora do RG: 2654426 SSP- PB declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em verificar seu desenvolvimento para que se possam cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Orientadora

Orientanda

Cajazeiras, _____ de _____ de 2011.

UNIVERSIDADE
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE
BIBLIOTECA CENTRAL
CAJAZEIRAS - PARAIBA

ANEXO B

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

UNIVERSIDADE
DE CAMPINAS
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS

Pesquisa- DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PRECOCE DOS CASOS DE HANSENÍASE: dificuldades apontadas pelos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família

Eu, **Arieli Rodrigues Nóbrega Videres**, Enfermeira, Professora da Universidade Federal de Campina Grande, portadora do RG: 2654426 SSP-PB e CPF: 04875721498 comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Cajazeiras – PB, ____ de _____ de 2011 .

ORIENTADORA

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
DISCIPLINA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARAIBA

ANEXO C
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARAÍBÁ

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa "**DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PRECOCE DOS CASOS DE HANSENÍASE**: dificuldades apontadas pelos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família".

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho "**DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PRECOCE DOS CASOS DE HANSENÍASE**: dificuldades apontadas pelos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família" terá como objetivo geral: descrever as principais dificuldades dos profissionais enfermeiros em diagnosticar precocemente e tratar adequadamente os portadores de hanseníase cadastrados nas Estratégias de Saúde da Família do município de Sousa-PB.

Ao voluntário só caberá a autorização para responder um questionário semi-estruturado e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 88410524 com **Arieli Rodrigues Nóbrega Videres**.

- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante

Assinatura Dactiloscópica do participante



ANEXO D
TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SOUSA – PB

RUA PEDRO PRIMEIRO Nº 47 – ESTAÇÃO

CNPJ: 05.626.697/0001-24

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “**DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PRECOCE DOS CASOS DE HANSENÍASE**: dificuldades apontadas pelos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família” desenvolvido pela aluna Amanda Oliveira da Silveira Marques Dantas do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação da professora Ms. Arieli Rodrigues Nóbrega Videres.

Sousa – PB, ____ de _____ de 2011_.

Dr. Gilberto Sarmiento

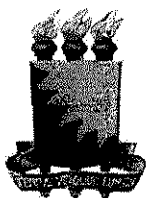
Secretário Municipal de Saúde

Sousa - PB

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS
CAJAZEIRAS PARAIBA

ANEXO E
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA-UEPB
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA- PRPGP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB

PROJETO: CAAE N: 0.180.0.133.000-11

PARECER

APROVADO

NÃO APROVADO

PENDENTE

**TITULO: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PRECOCE DOS CASOS DE HANSENÍASE:
dificuldades apontadas pelos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família**

PESQUISADOR (A): ARIELI RODRIGUES NÓBREGA VIDERES

ORIENTANDO (a): AMANDA OLIVEIRA DA S. M. DANTAS

PARECER: O presente Projeto de Pesquisa, tendo como Objetivo Geral "Descrever as principais dificuldades apontadas pelos profissionais enfermeiros.....", nos traz, a priori, relevância científica, consoante proposta apresentada pela pesquisadora e orientanda supramencionadas. Sendo assim, o presente estudo atende aos critérios exigidos pelo CEP/UEPB baseado na Res. Nº 196/96,

Sendo **APROVADO**.

Campina Grande, 11/05/2011.

Parecerista : 09

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Profª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAMPUS PARAÍBA