

CAPACITAÇÃO DE PESSOAL

EDITORIAL

Nos países em que a hanseníase é endêmica, o treinamento daqueles envolvidos nos programas de controle assume uma importância vital constituindo a chave para o seu êxito

Já estão bem definidos os objetivos do treinamento em hanseníase, as incumbências de cada elemento da equipe de saúde, a estratégia do treinamento, os recursos necessários tais como experiência prática, material impresso, material audiovisual, os métodos de ensino, as avaliações desses treinamentos, a duração e o conteúdo dos cursos, a reciclagem no treinamento e até a necessidade de um manual dos programas de controle que deve constituir a base de instrução para o treinamento e retreinamento da equipe. E consenso também que o sucesso em combater a hanseníase só poderá ser conseguido quando for dada a doença o seu devido lugar nos currículos das escolas médicas, escolas de enfermagem e outras instituições de ensinos para profissionais da área da saúde.

Mas, se por um lado tudo isso está bem estabelecido do ponto de vista teórico, na prática as coisas não são tão simples assim.

A hanseníase é problema de países em desenvolvimento e as ações de controle enfrentam muitos problemas técnicos e operacionais. Entre os operacionais se incluem a incapacidade para aumentar a prioridade da hanseníase em alguns países devido a outros problemas de saúde igualmente importantes; pobre infra-estrutura de saúde; recursos inadequados principalmente para a obtenção de medicamentos; ausência de planos de ação apropriados para o controle; dificuldades no encaminhamento de pacientes quando há complicações com o tratamento; insuficiente educação do paciente com relação a sua doença; falta de laboratórios para exame de esfregaços

cutâneos; e, treinamento inadequado do pessoal das equipes de saúde.

O Brasil com suas dimensões continentais, tem várias realidades que tem que ser consideradas nas ações de controle e, por conseguinte, no treinamento de pessoal. São exemplos de Amazônia com suas elevadas prevalências e dificuldades de acesso aos pacientes, e, o sudeste industrializado, uma infra-estrutura de saúde muito melhor, mas onde se concentram os maiores índices de doentes em números absolutos.

Os primeiros cursos de especialização sobre hanseníase foram realizadas no país pelo Centro Internacional de Leprologia no Rio de Janeiro, na década de 30. De 1938 a 1942 praticamente nada foi feito em relação a capacitação de pessoal refletindo-se Isso na dificuldade em admitir elementos habilitados a exercer suas funções com relação a hanseníase nos órgãos da Saúde.

A partir de 1942 os cursos foram reiniciados. Vários foram realizados no Rio de Janeiro, São Paulo e outros estados, com a finalidade de fornecer aos seus participantes somente os conhecimentos básicos a respeito da moléstia, principalmente o seu diagnóstico, pois uma terapêutica eficiente ainda não estava disponível e as ações de controle se baseavam ainda na Internação compulsória dos pacientes.

Tentou-se depois, mais recentemente, uma forma de treinamento que envolvesse os professores nas Universidades. Foi enviado um conjunto de publicações sobre hansenologia para as Faculdades de Medicina do país, e orientações para o desenvolvimento dos temas e a duração de cada um. Isso foi bom pela participação que se obteve das escolas médicas mas não teve maiores repercussões no programa de controle da endemia.

No final dos anos 60 a hanseníase foi integrada nos serviços gerais de saúde em vários estados e de uma forma mais completa em São Paulo.

Com isto houve uma dispersão de especialistas em hansenologia para diferentes áreas e além disso não houve o preenchimento dos cargos daqueles que se aposentaram. Ao mesmo tempo as universidades não acompanharam esse processo de mudanças na política de saúde e o serviço dos nossos principais centros foram relegados a um plano secundário. Nessa época também ficou faltando a retaguarda especializada nos níveis centrais estaduais, e foi reduzido a um mínimo na esfera federal. Vale lembrar que o cuidado com os pacientes de hanseníase uma vez inseridos nos serviços de saúde gerais, ocorria com a persistência de 33 hospitais especializados, obsoletos, deficitários em pessoal e equipamentos, e albergando ainda um grande número de doentes pobremente assistidos.

Em março de 1976 o Ministério da Saúde promoveu a Conferência Nacional para a Avaliação da Política de Controle da Hanseníase da qual resultou uma nova política de controle e foi dada ênfase a formação de pessoal.

No início da década de 80, a Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, aproveitando também as atividades desenvolvidas no Instituto Lauro de Souza Lima em Bauru, que há anos vinha realizando cursos regulares sobre vários aspectos da hanseníase, iniciou a implementação de uma política de recursos humano sem nível nacional. Em síntese, essa estratégia apoiava a ação das Secretarias Estaduais de Saúde para treinamento em nível local, e, a nível regional, a Divisão por ação direta, estimulava técnicos da região na formulação e implementação de cursos macro-regionais que visavam formar referências a tal nível. O fortalecimento e/ou desenvolvimento de uma referência estadual se procederia pela realização de um Curso Nacional de Especialização e Qualificações Internacionais seriam conseguidas complementarmente em ação conjunta com a Organização Pan-Americana de Saúde.

Nessa ocasião também tornou-se consenso que além do Instituto Lauro de Souza Lima, outros centros em outros estados poderiam atuar como referência nacional participando ativamente dessa nova política.

Efetivamente, cursos macro-regionais foram realizados nas regiões de maior prevalência da doença: Amazônia, Centro Oeste e Sudeste e dois cursos nacionais, um deles Integralmente e o outro realizado parcialmente em Bauru.

Estes cursos todos tiveram uma abrangência grande, envolvendo elementos do país todo, e com uma clientela composta de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e outros profissionais de saúde.

Infelizmente esse esforço todo não pode ser mais ampliado pela falta de recursos. Na época, o então diretor da Divisão Nacional assim se expressava: "a crise econômica que ora atravessamos atingiu o órgão diretamente mantendo seu orçamento estável nos últimos três anos em valores absolutos com certa tendência reducional". Aliás, essa sempre foi a tônica dos responsáveis pelos programas de controle da hanseníase: crise econômica, falta de recursos, baixos salários e êxodo de técnicos para outras áreas.

Um alento da capacitação de recursos humanos vem com a introdução no Brasil dos regimes multi droga (PQT) recomendados pela OMS. Incentivada por esta entidade e apoiada por organizações não governamentais (NGO) a implantação desses esquemas terapêuticos se iniciou em nosso país em 1986, em unidades de demonstração inicial com avaliações anuais da sua efetividade.

Essa implantação trazia em seu bojo a necessidade da reestruturação dos serviços de saúde comprometidos com o controle da hanseníase e o treinamento de pessoal para fazer frente a administração dos novos esquemas terapêuticos que deveriam ser parcialmente supervisionados. Isso levou a que fossem adotados diferentes tipos de treinamento de acordo com as necessidades gerais e específicas detectadas no desenvolvimento das ações de controle da moléstia e com abrangência das diversas categorias profissionais existentes.

Devido às dificuldades inerentes ao sistema (descontinuidade administrativa e outras), verificou-se que somente a ministração de conhecimentos técnicos sobre o problema da hanseníase seria insuficiente e que havia a necessidade de conscientizar os profissionais *de* saúde de sua importância nesse processo de mudança.

Foi introduzida então uma nova estratégia

pedagógica, participativa, material instrucional foi elaborado e iniciaram-se os treinamentos para enfermeiros, supervisores e pessoal auxiliar.

No período de 1986 a 1990 e ainda em 1991, vários cursos foram ministrados e houve produção de materiais didáticos como slides e vídeos e material docente-assistencial específico para sua utilização pelas escolas médicas de todo o país. Com relação ainda ao entrosamento da Universidade com os Serviços de Saúde, seminários macro-regionais com a participação de professores ligados ao ensino da hanseníase (Dermatologia, Neurologia, Doenças Infecciosas e Parasitárias, Medicina Preventiva) e alunos de graduação destas cadeiras, foram realizados com vistas a implantação dos novos materiais didáticos e, gestões foram feitas com docentes, não só de Faculdades de Medicina, mas também com os de Enfermagem, Fisioterapia e Terapia Ocupacional para a Intensificação ou a implantação do ensino da hansenologia.

Vários cursos também, especificamente sobre PQT, foram realizados em todo o Brasil, principalmente nos Centros Nacionais de Referência.

Da experiência brasileira com relação a capacitação de pessoal ressaltam alguns aspectos importantes:

- formação de pessoal em todos os níveis e a qualquer custo, pois não foi por acaso que os pontos decisórios do programa de controle, tanto no âmbito federal como de alguns estados, hoje estejam preenchidos por elementos altamente capacitados e motivados.

- a importância das entidades internacionais não governamentais e o Ministério da Saúde trabalharem em conjunto em um regime de estreita colaboração.

- a importância dos Centros de Referência na formação de pessoal.

- a necessidade da aplicação racional dos recursos disponíveis, procurando determinar níveis de prioridades.

- a importância de um elemento catalizador de mudanças estruturais e que causasse um impacto no programa de controle que vinha até então se desenvolvendo baseado em propostas reconhecidamente insuficientes, inseguras e às vezes decepcionantes. Esse foi o caso do PQT. A Implantação dos esquemas multidroga ofereceu aos pacientes a possibilidade de um tratamento mais eficaz, mais racional e com uma duração limitada, que gerou conseqüentemente sua maior

colaboração a essa terapêutica. Mas mais do que isto, a PQT estimulou os responsáveis pelo programa de controle para desencadearem as mudanças que se faziam necessárias para sua implantação, e estimulou as equipes de saúde, fomentando desta maneira a formação de recursos humanos em hanseníase.

Finalmente, outro aspecto que merece ser enfatizado é a necessidade e importância da hanseníase ser considerada como uma das prioridades das metas governamentais nas ações de saúde.

A experiência brasileira merecia ser compartilhada com outros países endêmicos que apresentam as mesmas dificuldades no seu desenvolvimento. E, mais ainda todos deveriam envidar esforços para um entrosamento maior, em particular no que se refere a formação de recursos humanos.

Organizados quanto a afinidades culturais e lingüísticas e mediados pela OMS através de seus escritórios regionais poderiam, através de um intercâmbio de experiências, produção conjunta de materiais de ensino e outras publicações afeitas as suas realidades, desenvolvimento de centros de referência e aproveitamento maior dos já existentes, utilizar melhor o seu potencial nesse campo e aproveitar os recursos existentes advindos de seus governos e das entidades não governamentais engajados no controle da hanseníase.

O Padre Damião em Molokai, para ajudar melhor os doentes, fazia com que aqueles em melhores condições físicas cuidassem dos outros em situação mais precária. Esta é uma lição elementar da qual não se deve esquecer.

D.V.A. OPROMOLLA