

The context of the care of the nursing professional for people with leprosy in family health strategy

Carvalho, Francisca Patrícia Barreto de; Miranda, Francisco Arnaldo Nunes de; Simpson, Clélia Albino; Queiroz, Tatiane Aparecida; Isoldi, Deyla Moura Ramos

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Carvalho, F. P. B. d., Miranda, F. A. N. d., Simpson, C. A., Queiroz, T. A., & Isoldi, D. M. R. (2015). The context of the care of the nursing professional for people with leprosy in family health strategy. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 7(Supl.), 189-199. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i5.189-199>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC Licence (Attribution-NonCommercial). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>

REVISÃO

O contexto da atenção do enfermeiro às pessoas com hanseníase na estratégia saúde da família

The context of the care of the nursing professional for people with leprosy in family health strategy

El contexto de la atención del enfermero a las personas con lepra en la estrategia salud de la familia

Francisca Patrícia Barreto de Carvalho¹, Francisco Arnaldo Nunes de Miranda², Clélia Albino Simpson³, Tatiane Aparecida Queiroz⁴, Deyla Moura Ramos Isoldi⁵

ABSTRACT

Objective: analyze the phenomenon of the care of the nursing professional for people with leprosy in FHS in immediate, specific, general and meta-contextual levels of context. Leprosy is a disease considered to be contagious and mutilating by causing discrimination and exclusion from society. The nursing care targeted to health promotion can ensure a better quality of care than the paradigm of elimination focused on the disease. Family Health Strategy (FHS) is one of the main axes responsible for conducting such care. **Conclusion:** The understanding of the weaknesses of each context enables actions aimed at minimizing the difficulties found by nurses to provide a type of care with excellence capable of reducing the disease burden, as well as its consequences and the suffering of affected people. **Descriptors:** Leprosy, Nursing, Nursing care, Chronic Diseases.

RESUMO

Objetivo: analisar o fenômeno da atenção do enfermeiro à pessoas com hanseníase na ESF nos níveis contextuais imediato, específico, geral e metacontextual. A hanseníase é uma doença considerada contagiosa e mutilante, trazendo discriminação e exclusão da sociedade. A assistência de enfermagem voltada para a promoção da saúde pode garantir uma assistência de melhor qualidade do que o paradigma da eliminação focado na doença. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um dos principais eixos responsáveis por realizar esta assistência. **Conclusão:** A compreensão das fragilidades de cada contexto possibilita ações que visam minimizar as dificuldades encontradas pelos enfermeiros para prover uma assistência com excelência que diminua não só a carga da doença, mas também suas sequelas e o sofrimento das pessoas acometidas. **Descritores:** Hanseníase, Enfermagem, Assistência de enfermagem, Doenças crônicas.

RESUMEN

Objetivo: analizar el fenómeno de la Atención del enfermero a personas con lepra en la ESF en los niveles contextuales inmediato, específico, general y meta contextual. La Lepra es una enfermedad considerada contagiosa y mutilante, acarreado discriminación y exclusión de la sociedad. La asistencia de enfermería centrada para la promoción de la salud puede asegurar una mejor cualidad de la asistencia del que el paradigma de la eliminación centrado en la enfermedad. La Estrategia Salud de la Familia (ESF) es uno de los principales ejes responsables por realizar esta asistencia. **Conclusión:** La comprensión de las fragilidades de cada contexto posibilita acciones que visan minimizar las dificultades encontradas por los enfermeros para proveer una asistencia con excelencia que disminuya no solamente la carga de la enfermedad, pero también sus secuelas y el sufrimiento de las personas acometidas. **Descritores:** Lepra, Enfermería, Asistencia de enfermería, Enfermedades crónicas.

1Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Rua Manoel Freire, 422, Boa Vista. Mossoró, RN, Brasil. 59.605-150. patriciabarroto36@gmail.com. 2Doutor em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo. Docente do Curso de Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil. farnoldo@gmail.com. 3Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil. cléliasimpson@hotmail.com. 4Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Bolsista do Programa de Educação Tutorial em Enfermagem. Mossoró, RN, Brasil. tati.queiroz@hotmail.com. 5Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil. deylinha@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

A hanseníase como doença milenar circunscreve a rejeição, a discriminação e a exclusão do doente na sociedade, é infecto-parasitária, de evolução lenta, causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae* que infecta predominantemente as células cutâneas e dos nervos periféricos, a qual apresenta, de um lado uma alta infectividade, do outro baixa patogenicidade. Dito de outra forma tem a capacidade de infectar muitos indivíduos, porém nem todos adoecem. Doença curável e quanto mais precocemente diagnosticada e tratada mais rápida obtém-se a cura do paciente.¹⁻²

A hanseníase por seu legado herdado da lepra constitui um importante problema de saúde pública em todo o mundo, particularmente nos países com maior incidência, prevalência e casos novos, a exemplo do Brasil, devido ao seu alto poder incapacitante e comprometimento atinge indivíduos da faixa etária economicamente ativa.³

O Brasil vem mantendo nos últimos anos uma média de 47 mil novos casos diagnosticados anualmente, com um parâmetro alto de endemicidade, principalmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.⁴ Ressalta-se no país o progressivo número de novos casos da doença, perdendo somente para a Índia. Isso revela a necessidade em se reduzir a incidência da doença, justificando então o fato de o programa de eliminação da hanseníase estar enquadrado entre as ações prioritárias do Ministério da Saúde.⁵

Sabe-se que o preconceito e a diminuição da qualidade de vida das pessoas com hanseníase se acentua ainda mais com a presença das incapacidades físicas decorrentes dos estados reacionais interferindo diretamente nas condições físicas, psicológicas, sociais e econômicas. Associe-se o sentimento de vergonha de si mesmo, a sofrer com o desemprego, além de enfrentarem problemas no casamento e dificuldades em encontrar parceiros.⁶

Entende-se que a assistência de enfermagem voltada para a promoção da saúde pode ser a resposta, de um lado para uma assistência mais universal e com uma melhor qualidade do que o paradigma da eliminação focado na doença e não nas condições de saúde desta população, do outro favorece o contato mais próximo do enfermeiro e o cotidiano da população. Neste sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF) passa a constituir um dos principais eixos responsáveis por realizar ações preventivas, curativas e de promoção da saúde através de um atendimento multiprofissional à saúde da população em sua área adstrita. Portanto, a ESF se insere no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência à saúde: a atenção básica.⁷

Frente ao exposto elegeu-se como objetivo: analisar o fenômeno da atenção do enfermeiro efetivada no Programa Nacional de Controle de Hanseníase (PNCH) à pessoas com hanseníase no âmbito da Estratégia Saúde da Família nos níveis contextuais imediato, específico, geral e metacontextual. Utilizou-se a perspectiva de contexto de Hinds et al que especificam:

A interação proposital, sistemática e analítica do profissional em saúde com a situação ou o evento, objetivando descobrir o

significado em sua totalidade e compreender o todo daquela situação ou evento. O uso do contexto dessa forma permitirá a predição, explicação e compreensão do fenômeno.^{8:5}

Analisa-se o contexto através de quatro camadas denominadas: contexto imediato, contexto específico, contexto geral e metacontexto.⁸ Compreende-se os contextos como interligáveis e inter-relacionáveis, no entanto, para melhor compreensão didática, optou-se por apresentá-los, neste artigo, seguindo a divisão proposta pelo referencial teórico.⁹

O contexto imediato define-se a partir dos aspectos relevantes do fenômeno estudado como o espaço onde ocorre e seus limites. O contexto específico compreende os elementos que influenciam o fenômeno e estão presentes quando do seu acontecimento. O contexto geral pode ser uma fonte de explicação e de predição dos fenômenos, pois é conformado pelas referências de vida desenvolvidas pelo indivíduo a partir das suas interpretações obtidas através das interações passadas e atuais. O metacontexto, reflete e incorpora o passado e o presente, além de destacar condições e aprendizados para o futuro sendo uma fonte de conhecimento socialmente construído que opera continuamente e que resulta em uma perspectiva social compartilhada do mesmo.⁸

A partir do exposto aponta-se neste estudo as seguintes camadas do contexto da Atenção do enfermeiro efetivada no Programa Nacional de Controle de Hanseníase (PNCH) no âmbito da ESF: As ações do enfermeiro no PNCH (contexto específico); Capacitação dos profissionais para o cuidado e educação em hanseníase (contexto imediato); condições de trabalho no setor saúde (contexto geral); Modelo de atenção à saúde no Brasil (metacontexto).

As ações do enfermeiro no PNCH

No processo de trabalho em hanseníase, têm-se como objeto de trabalho os indivíduos ou grupos que podem estar doentes, sadios ou expostos a riscos; os meios de trabalho correspondem aos saberes; e instrumentos utilizados pelos profissionais para alcançar a finalidade deste trabalho, que é realização das ações de prevenção e controle da doença preconizadas pelo Ministério da Saúde.¹⁰

Definem-se como ações de enfermagem aquelas realizadas pelo enfermeiro e demais integrantes da equipe de enfermagem, devendo ser executadas de forma sistemática em todos os doentes e comunicantes.¹¹

As ações do enfermeiro estão direcionadas principalmente para a prevenção de incapacidades e promoção da saúde, efetivadas através da educação em saúde e da consulta de enfermagem no sentido de conquistar o paciente no que concerne à sua constância no tratamento visto ser a hanseníase uma doença crônica e de tratamento prolongado durante o qual podem acontecer eventos que levem à piora do quadro clínico e funcional do paciente.¹²

A participação da enfermagem no controle da hanseníase se referencia em sete áreas básicas antes da implantação do PNCH: prevenção da hanseníase, busca e diagnóstico dos casos, tratamento e seguimento dos pacientes, prevenção e tratamento de incapacidade, gerência das atividades de controle, sistema de registro e vigilância epidemiológica e pesquisas.¹³

Relativo à estas áreas, ressalta-se que o diagnóstico da doença é privativo de outro profissional, porém, rotineiramente, os casos são descobertos pelo enfermeiro e encaminhados para a confirmação diagnóstica pelo profissional médico. A consulta de enfermagem, privativa do enfermeiro, consiste, dentro do PNCH, em um conjunto de ações que vão desde o acolhimento, a escuta atenta e direcionada até o encaminhamento para os serviços de referência.¹²

Reforça-se a oportunidade de partilhar conhecimentos, identificar dificuldades no seguimento do tratamento, detectar precocemente reações hansênicas que possam levar à incapacidades físicas, combater o preconceito e realizar intervenções que tenham como objetivo ampliar o poder das pessoas afetadas pela hanseníase para que possam enfrentar os desafios cotidianos representados pela discriminação, por atitudes não receptivas e por dificuldades na comunicação interpessoal, incluindo o aconselhamento profissional como importante estratégia de cuidado para com o paciente.¹⁴

Observa-se no dia-a-dia das equipes de ESF que as ações do enfermeiro na consulta consistem principalmente em distribuição da poliquimioterapia (PQT), encaminhamentos diversos relacionados ou não à hanseníase e preenchimento do sistema de informação relacionado ao PNCH no que concerne às notificações, informações solicitadas pelo nível central e prestação de contas/pedidos de medicamentos fornecidos no âmbito do programa.

A atenção em enfermagem na prevenção da hanseníase e das complicações dela decorrentes realiza-se em conformidade com o modelo bioclínico, sendo este também o modelo que orienta toda a equipe de saúde da ESF apesar de ter uma diretriz diferente em sua concepção.¹⁵

A prática clínica, portanto, condiz com a formação dos enfermeiros centrada no corpo biológico e na doença, apesar de empreenderem esforços para desenvolver uma clínica que supere essa perspectiva.¹⁶ O contexto, per si, torna-se preocupante uma vez que a hanseníase é uma doença crônica e, como tal, evolui lentamente, não tem padrão regular nem previsível e os sintomas se multiplicam levando à incapacidade funcional.¹⁷

Capacitação dos profissionais para o cuidado e educação em hanseníase

Reforça-se que a educação em saúde constitui uma prática que busca capacitar indivíduos e grupos a se auto-organizarem para desenvolver ações de promoção à saúde baseadas nas suas próprias prioridades.¹⁸ Nesse sentido, as avaliações de desempenho dos serviços de saúde, no atendimento ao paciente de hanseníase, são unânimes em constatar, a baixa qualidade do exame neurológico, e atividades de prevenção das incapacidades físicas geradas pela hanseníase.¹⁹

Nas duas perspectivas, os cursos de saúde brasileiros, em especial os de enfermagem, tem passado por muitas reformulações no sentido de uma formação para o Sistema Único de Saúde, ainda assim observa-se nessas a mesma necessidade de conteúdos atitudinais na educação popular em saúde encontrada em escolas de Portugal.²⁰⁻²¹ Persiste uma educação em saúde permeada por ideais exclusivamente biologicistas e alheios às condições de vida da população à qual se dirige esta educação. Nos cursos de graduação ainda existe um abismo entre o que é pensado como processo formativo inovador e o que está sendo realmente implementado.²²

Sinteticamente constata-se que ora os cursos de enfermagem pendem para discussões essencialmente voltadas para os problemas sociais, negando, muitas vezes, a clínica o que prejudica a formação técnica e outras vezes pendem demasiado para o modelo biomédico orientado pelo mecanicismo e hospitalocêntrico com ênfase em técnicas e ignorando a promoção da saúde e os principais problemas da população que não se concentram nas instituições hospitalares, mas na Atenção Primária em Saúde onde, principalmente, são necessárias tecnologias leves e leve-duras.²³

Faz-se necessária a formação integral do enfermeiro para a consolidação da assistência focada nos princípios e diretrizes do SUS, refletindo na melhoria da qualidade dos cuidados prestados e na autonomia e reconhecimento da profissão que vem sendo destaque nas ações voltadas para a promoção da saúde dentro do PNCH.²⁴

No que concerne à educação em saúde, no âmbito da hanseníase, voltada para a população, ou educação popular em saúde, tem-se a concepção de que uma educação em saúde prescritiva, ditatória e de características bancárias não gera promoção da saúde, mas descrédito e exclusão daqueles que não podem seguir seus ditames, isso “contribui para a não adesão do paciente ao tratamento, pois exclui seu conhecimento cotidiano que é tão importante para aproximá-lo da conduta terapêutica a adotar” (p. 5159).²⁵

O contexto atual de saúde exige uma atenção mais integral, que dê ênfase à promoção da saúde, não só relacionado aos fatores de risco, mas a todos os determinantes da qualidade de vida das pessoas. Nesse contexto, a Educação Popular em Saúde assume um papel importante, pois instrumentaliza o indivíduo a lutar e a buscar os progressos possíveis para melhorar seu nível de saúde e também aumentar sua qualidade de vida.²⁵

Tendo como norte a promoção da saúde no âmbito do PNCH, o enfermeiro carece de

Competências e habilidades de gestão e sistematização do trabalho de enfermagem voltado para as necessidades da população, com domínio das tecnologias necessárias para o exercício da clínica ampliada e do cuidado integral no contexto do nosso sistema de saúde.^{16:325}

Condições de trabalho no setor saúde

O trabalho como uma ação antecipada mentalmente, atende a uma necessidade percebida pelo ser humano, que pode selecionar instrumentos que potencializam a sua ação sobre o objeto de trabalho com vistas a alcançar uma finalidade.²⁶

O setor saúde é um trabalho-intensivo, como bem se sabe. É, além de tudo capilarizado em milhares de locais [...] o que reduz consideravelmente as chances do controle das condições do seu exercício. Um desejável processo de flexibilização do trabalho no setor saúde, indispensável a que mudanças tecnológicas pudessem ser absorvidas e de que não houvesse morosidade da substituição do trabalho com prejuízo dos beneficiários infelizmente, se transformou em muitas situações em trabalho em condições precárias [...]. Em uma área considerada essencial, como a saúde, a ausência desses direitos e benefícios ocasiona um alto grau de desmotivação e, conseqüentemente, grande rotatividade desses trabalhadores nos serviços, prejudicando a continuidade das políticas e programas de atenção à saúde da população.^{27:5}

A precarização se materializa como vínculos frouxos, baixa remuneração obrigando os profissionais a terem vários empregos, gerência/gestão dos serviços entregue às pessoas sem qualificação dentre outros.

No caso do enfermeiro soma-se aos problemas citados: o acúmulo de funções dentro dos serviços de saúde, o desvio de função que nada tem a ver com seus processos de trabalho levando-o a enxergar a assistência e a gestão como momentos dissociados e concorrentes.²⁸

Na Atenção Primária em Saúde (APS), local onde são materializadas a maioria das ações do PNCH vem-se há muito propondo e tentando tornar realidade um trabalho em equipe, a possibilidade de contar com outros trabalhadores revela-se como relevante e importante, mas o trabalho em equipe constitui-se para o enfermeiro num interjogo de relações que se materializa dialeticamente em movimentos de competição/cooperação.²⁹

No Brasil, reconhece-se a dificuldade de fixar médicos na atenção primária em saúde, por sua expansão territorial, características locorregionais, dentre outras. A realidade em algumas regiões do país é a do médico recém-formado, sem especialização, que pretende permanecer apenas temporariamente na atenção primária em saúde. Observa-se ainda, que não reside na localidade e, por isso, não está presente diariamente na UBS, o que compromete o vínculo com a equipe e a população.³⁰

O funcionamento dos serviços de saúde pública, dependendo da gestão e organização, muitas vezes entra em um círculo vicioso. As condições infraestruturais são precárias e a remuneração é baixa, por isso os profissionais, particularmente os médicos, se recusam a trabalhar no sistema público. Há escassez principalmente de médicos especializados, que preferem se dedicar aos seus consultórios particulares atendendo a planos e seguros. Aqueles contratados pelo SUS, muitas vezes não cumprem com as obrigações contratuais como, por exemplo, a carga horária de trabalho e os plantões. Dividem-se entre o emprego público e o atendimento privado, seja em seus consultórios ou nos hospitais particulares. Alguns desses profissionais possuem uma cultura de que o trabalho no setor público não é prioritário, trata-se de benesse, favor, caridade. Por isso, não criam vínculo nem compromisso com o seu trabalho como servidor público e estabelecem diferenças de tratamento entre os usuários do SUS e os que frequentam os consultórios particulares.^{31:231}

A gestão dos serviços é muitas vezes ocupada por pessoal com vinculações partidárias aos gestores, sem capacitação técnica para a posição levando os serviços a alcançarem níveis de insatisfação elevados por parte da população e por parte dos trabalhadores em exercício nos mesmos. Pesquisa realizada no interior do Rio Grande do Sul mostra nos seus resultados que com relação ao trabalho de gestão

[...] foi verificada a realização de poucas ações, as quais condizem a uma forma peculiar de organização dessa instância na ESF, tendo em vista, especialmente, os recursos humanos envolvidos no processo de trabalho.^{32:244}

Gestores comprometidos com a qualidade do serviço prestado ao usuário envolvem-se com a satisfação das necessidades dos trabalhadores, isto é, com a gestão de gente que cuida de gente, adotando medidas que viabilizem as demandas de trabalho, tais como dimensionamento de pessoal adequado, espaços de ouvidoria interna, viabilização e

disponibilização de materiais e insumos adequados e suficientes para que o trabalhador não se exponha a riscos internos e externos, entre outros.³³

A Atenção Primária em Saúde é o

[...] eixo condutor para o reordenamento dos demais níveis de complexidade do sistema de saúde, de forma que se mantenha o compromisso com o acesso da população a todos os níveis de assistência, com a implantação de um novo modelo de gestão que viabilize o suprimento de recursos materiais e um dimensionamento de pessoal que permita organizar o sistema, sem sobrecarga e precarização do trabalho.^{29:213}

Há ainda, no o desafio de garantir que a expansão quantitativa da Estratégia Saúde da Família se configure realmente na qualidade das ações em saúde produzidas.³⁴

Modelo de Atenção à Saúde no Brasil

Atualmente verifica-se avanços e desafios, porém apesar da tentativa de inversão do modelo assistencial através da implantação da ESF e muitas outras estratégias e políticas inseridas nas diretrizes operacionais do Sistema Único de Saúde, a atenção à saúde no Brasil alcançou mudanças pequenas no modo hospitalocêntrico e biologicista de organização dos serviços e condução das ações no SUS.³⁵

O Ministério da Saúde em conjunto com o Ministério da Educação tem olvidado esforços para adequar a formação superior em saúde através do Programa Nacional de Reorientação da Formação do Profissional em Saúde - PROSAUDE e do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde, mas as mudanças ainda estão aquém do desejado/necessário e as reformas, por serem recentes, ainda precisam de tempo para se solidificarem.

O individualismo exacerbado, o não comprometimento com o outro e a pressa do dia-dia se refletem nas consultas/encontros entre usuários e profissionais produzindo encontros de doença, insuficientes para dar conta das necessidades dos usuários e o ouvir se tornou praticamente obsoleto e

[...] o relato das pessoas na orientação do raciocínio diagnóstico e terapêutico foi sendo progressivamente substituído pelo impressionante arsenal de tecnologias diagnósticas, terapêuticas e prognósticas desenvolvidas ao longo do século XX.^{36:18}

Uma vez centradas na doença, essas ações homogeneízam necessidades e possibilidades de tratamento, desconsiderando as particularidades de cada usuário bem como a natureza social do processo saúde-doença.³⁷

Os princípios do SUS, celebrados no mundo inteiro, não conseguem se efetivar plenamente por razões complexas e diversas devido à continentalidade do Brasil, mas podem-se citar alguns sem a pretensão de dar conta de toda a realidade em estudo. A universalidade é prejudicada pelo acesso dificultado pela falta de médicos, excesso de procedimentos tecnológicos solicitados sobrecarregando o sistema, pela pressão dos setores privados.³¹

A integralidade tem esbarrado na atenção secundária praticamente entregue ao setor privado que deveria ser complementar, isso para ficar apenas em um sentido da palavra.

Nesse sentido, a integralidade da atenção significa empregar os meios necessários para a efetivação do cuidado e dispor de diferentes meios segundo o grau de complexidade da atenção à saúde - baixa, média e alta complexidade. No entanto, a ESF encontra dificuldades na referência para a atenção secundária.^{38:184}

A equidade, pouco discutida e estudada, é pouco vista nos lugares mais distantes dos grandes centros do país, em especial na chamada Amazônia Legal zona considerada endêmica para a hanseníase.³¹ A participação social é frágil e precisa ainda ser reconhecida na própria APS e essa

[...] necessidade de reconhecer e reafirmar a importância da população bem como seus direitos e deveres constitucionalmente estabelecidos, revela que o lugar dos usuários nos serviços de saúde ainda permanece negado, muito provavelmente em função de uma atenção centrada em procedimentos, com excessiva normatização das ações e que tem na doença seu principal foco de atuação, sempre em detrimento dos sujeitos.^{37:958}

Sendo uma doença crônica, a hanseníase no seu curso e depois dele, apresenta várias demandas em saúde que não cabem em modelos preventivos ou curativos, mas em ações orientadas para a promoção da saúde dos usuários, dos seus familiares e da população em geral, rompendo com o modelo de atenção à saúde individual, curativista e centrado na doença e não na pessoa.

CONCLUSÃO

A atenção do enfermeiro à pessoas com hanseníase e às suas famílias sob a luz da análise contextual, é influenciada por todas as camadas do contexto no qual está inserida e influencia cada uma delas posto que não é fenômeno isolado no mundo, tais como: As ações do enfermeiro no PNCH (contexto específico); Capacitação dos profissionais para o cuidado e educação em hanseníase (contexto imediato); condições de trabalho no setor saúde (contexto geral); Modelo de atenção à saúde no Brasil (metacontexto).

A compreensão das fragilidades de cada contexto possibilita ações no sentido de diminuí-las com vistas a minimizar as dificuldades encontradas pelos enfermeiros para prover uma assistência com excelência. Uma assistência que diminua a carga da doença, mas também de suas sequelas e do sofrimento ao longo da vida das pessoas acometidas pela mesma.

REFERÊNCIAS

1. Nunes JM, Oliveira EN, Vieira NFC. Hanseníase: conhecimentos e mudanças na vida das pessoas acometidas. *Ciênc saúde colet.* 2011; 16(supl.1): 1311-18.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia para o controle da hanseníase. Brasília (DF); 2002.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose. Brasília (DF); 2008.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A responsabilidade da Atenção Básica no diagnóstico precoce da hanseníase. Brasília (DF); 2007.
5. Magalhães MCC, Rojas LI. Diferenciação territorial da hanseníase no Brasil. *Epidemiol serv saúde.* 2007; 16(2): 75-84.
6. Brakel WHV, Sihombing B, Djarir H, Beise K, Kusumawardhani L, Yulihane R et al. Disability in people affected by leprosy: the role of impairment, activity, social participation, stigma and discrimination. *Global health action.* 2012; 5(18394): 1-11.
7. Silva Júnior FJG, Ferreira RD, Araújo OD, Camêlo SMA. Assistência de enfermagem ao portador de Hanseníase: abordagem transcultural. *Rev bras enferm.* 2008; 61(esp.): 713-17.
8. Hinds P, Chaves DE, Cypress SM. Context as a source of meaning and understanding. *Qual health res.* 1992; 2(1): 61-74.
9. Ramos DKR, Guimarães J, Enders BC. Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental. *Interface comun saúde educ.* 2011; 15(37): 519-27.
10. Lanza FM, Lana FCF. O processo de trabalho em hanseníase: tecnologias e atuação da equipe de saúde da família. *Texto & contexto enferm.* 2011; 20(Esp): 38-46.
11. Duarte MTC, Ayres JA, Simonetti JP. Consulta de enfermagem: estratégia de cuidado ao portador de hanseníase em atenção primária. *Texto & contexto enferm.* 2009; 18(1): 100-7.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia para o Controle da hanseníase. Brasília (DF); 2002.
13. Pedrazzani ES. Levantamento sobre as ações de enfermagem no programa de controle da hanseníase no estado de São Paulo. *Rev latinoam enferm.* 1995; 3(1):109-15.
14. Organização Mundial da Saúde. Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: período do plano 2011-2015. OMS; 2010.
15. Silva FRF, Costa ALRC, Araújo LFS, Bellato R. Prática de enfermagem na condição crônica decorrente de hanseníase. *Texto & contexto enferm.* 2009; 18(2): 290-7.
16. Matumoto S, Fortuna CM, Kawata LS, Mishima SM, Pereira MJB. Cartografia das dores do cuidar no trabalho clínico do enfermeiro na atenção básica. *Texto & contexto enferm.* 2013; 22(2): 318-26.
17. Mendes EV. As Redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Panamericana de Saúde; 2001.

18. Gazzinelli MFC, Marques RC, Oliveira DC, Amorim MMA, Araújo EG. Representações sociais da educação em saúde pelos profissionais da equipe de saúde da família. *Trab educ saúde*. 2013; 11(3): 553-71.
19. Lehman LF, Orsini MBP, Fusikawa PL. Avaliação Neurológica Simplificada. ALM internacional, Belo Horizonte, 2001.
20. Costa RKS, Miranda FAN. A Formação do graduando de enfermagem para o sistema único de saúde: uma análise do projeto pedagógico. *J Nurs UFPE [online]*. 2010 [acesso em 2015 mar 15];4(1):[aproximadamente 8 p.]. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/676/pdf_263
21. Carvalho AAS, Carvalho GS, Rodrigues VMCP. Valores na educação em saúde e a formação profissional. *Trab educ saúde*. 2012; 10(3): 527-40.
22. Costa RKS, Miranda FAN. A Formação acadêmica do enfermeiro para o SUS na percepção de docentes e discentes da Faculdade de Enfermagem/UERN. *J Nurs UFPE [online]*. 2010 [acesso em 2015 mar 12];4(1): [aproximadamente 3 p.]. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/844>
23. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Mandarino ACS, Gomberg E, organizadores. *Leituras de novas tecnologias e saúde*. São Cristóvão: Ed UFS; 2009.103-20 p.
24. Pereira CDFD, Tourinho SFV, Miranda FAN, Medeiros SM. Ensino do processo de enfermagem: análise contextual. *J Nurs UFPE [online]*. 2014 [acesso em 2015 fev 20];8(3):[aproximadamente 9 p.]. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/5473/8726>.
25. Fernandes CAO, Solano LC, Soares FRR, Barreto ELF, Oliveira LC, Carvalho FPB. Educação popular em saúde com o grupo HIPERDIA de uma Unidade Básica de Saúde. *J Nurs UFPE [online]*. 2013 [acesso em 2015 fev 23];7(8): [aproximadamente 8 p.]. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/4070>
26. Bertoncini JH, Pires DEP, Scherer MDA. Condições de trabalho e renormalizações nas atividades das enfermeiras na saúde da família. *Trab educ saúde*. 2011; 9(supl.1): 157-73.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS. *DesprecarizaSUS: perguntas & respostas*. Brasília (DF); 2006.
28. Kawata LS, Mishima SM, Chirelli MQ, Pereira MJB, Matumoto S, Fortuna CM. Atributos mobilizados pela enfermeira na Saúde da Família: aproximação aos desempenhos na construção da competência gerencial. *Rev Esc Enferm USP [online]*. 2011 [acesso em 2015 mar 03];45(2): [aproximadamente 6 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a06.pdf>
29. Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. O trabalho de equipe no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev latinoam enferm*. 2005; 13(2): 262-8.

30. Souza MB, Rocha PM, Sá AB, Uchoa SAC. Trabalho em equipe na atenção primária: a experiência de Portugal. *Rev panam salud pública*. 2013; 33(3): 190-5.
31. Sousa AMC. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. *R Katál*. 2014; 17(2): 227-34.
32. Figueiredo PP, Cezar-Vaz MR, Soares JFS, Sena J, Cardoso LS. Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família: a concepção de gestão que permeia o agir em saúde. *Physis*. 2010; 20(1): 235-59.
33. Fontana RT. Humanização no processo de trabalho em enfermagem: uma reflexão. *Rev Rene*. 2010; 11(1): 200-7.
34. Pessoa Júnior JM, Miranda FAN, Silva MBR. Saúde, envelhecimento e representações sociais. *Rev pesqui cuid fundam* [Online]. 2011 [acesso em 2015 mar 03];(Ed.Supl.): [aproximadamente 10 p.]. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1936>
35. Figueiredo LA, Lopes LM, Magnabosco GT, Andrade RLP, Faria MF, Goulart VC et al. Oferta de ações e serviços de saúde para o manejo do HIV/aids, sob a perspectiva dos usuários. *Rev Esc Enferm USP* [Online]. 2014 [acesso em 2015 mar 04];48(6): [aproximadamente 9 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/pt_0080-6234-reeusp-48-06-1026.pdf
36. Ayres JRCM. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. *Saúde Soc*. 2007; 18(supl.2): 11-23.
37. Oliveira AKS, Bezerra IMP, Silva CC, Lima Neto EA, Silva ATMC. Experiências alternativas resgatando saberes para os processos de trabalho em saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(4): 953-9.
38. Viegas SMF, Penna CMM. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. *Ciênc saúde colet*. 2013; 18(1): 181-190.