

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFMG

Cristal Marinho Corrêa

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE NO
MUNICÍPIO DE GOVERNADOR VALADARES, MINAS GERAIS, BRASIL**

Belo Horizonte

2016

Cristal Marinho Corrêa

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE NO
MUNICÍPIO DE GOVERNADOR VALADARES, MINAS GERAIS, BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção de título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Promoção da Saúde, Prevenção e Controle de Agravos

Orientação: Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana

Belo Horizonte

2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

Corrêa, Cristal Marinho

Avaliação do Programa de Controle da Hanseníase no município de Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil [manuscrito] / Cristal Marinho Corrêa. - 2016.

161 f.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana Lana.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1.Hanseníase. 2.Programa de Controle da Hanseníase. 3.Descentralização. I.Lana, Francisco Carlos Félix Lana. II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

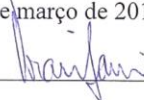
ATA DE NÚMERO 498 (QUATROCENTOS E NOVENTA E OITO) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA CRISTAL MARINHO CORRÊA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 16 (dezesesseis) dias do mês de março de dois mil e dezesesseis, às 14:00 horas, realizou-se no Anfiteatro de Pós Graduação - 432 da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "*AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR VALADARES, MINAS GERAIS, BRASIL*", da aluna **Cristal Marinho Corrêa**, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Promoção da Saúde, Prevenção e Controle de Agravos". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Francisco Carlos Félix Lana (orientador), Kênia Lara Silva e Maria Aparecida de Faria Grossi, sob a presidência do primeiro. Abrindo a sessão, o Senhor Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:


- APROVADA;
 APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;
 REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pelo Senhor Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 16 de março de 2016.

Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana
Orientador (Esc.Enf/UFMG)



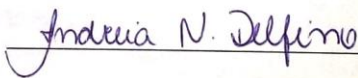
Prof.^a Dr.^a Kênia Lara Silva
(Esc.Enf/UFMG)



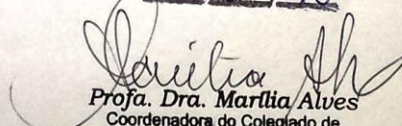
Prof.^a Dr.^a Maria Aparecida de Faria Grossi
(SES-MG)



Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação



HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 04/04/16


Prof.^a Dra. Marília Alves
Coordenadora do Colegiado de
Pós-Graduação em Enfermagem
Escola de Enfermagem/UFMG

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à todos aqueles que tiveram presentes na minha vida e me deram apoio e incentivo à realização deste sonho, em especial à minha avó Maria do Carmo D'ávila Arreguy Corrêa e ao meu amor Gustavo Fóscolo de Moura Gomes.

AGRADECIMENTOS

Sou grata primeiramente à Deus por se manifestar em minha vida através da fé, da intuição e do amor que alimentam a alma, orientam meus caminhos e me fazem ter certeza das escolhas que faço.

Sou grata aos meus pais, Lúcia e Paulo, por terem me dado a vida e, como artistas que são, terem sido exemplos de coragem, autenticidade e humanismo, ensinando-me a exercer o pensamento crítico, a liberdade e, sobretudo, o respeito ao ser humano em sua diversidade e formas de expressão. Acredito que este trabalho traz em seu cerne muitos desses valores.

Sou grata à minha avó, Maria do Carmo, e ao meu falecido avô, João Batista, por terem sido os alicerces na minha vida e por terem assumido com zelo e carinho tantas demandas de cuidado e proteção durante todos os anos da minha vida.

Sou grata, em especial, à minha avó, Maria do Carmo pelos anos de acolhida em seu lar e em seu coração. Pelo companheirismo do dia-a-dia, pelos sábios e ponderados ensinamentos, por dividirmos, até hoje, dores e alegrias. É, sem dúvida, um dos maiores exemplos de força e persistência que tive, virtudes que me sustentaram durante toda a vida, especialmente no decorrer do meu processo acadêmico.

Sou grata ao meu amor e companheiro Gustavo, por tudo! Pelo incentivo a investir na minha profissão, por ser meu melhor amigo, a pessoa que sempre me apoia, me dá carinho, me faz rir. Um dos seres humanos mais leves e alto-astrol que já conheci, com quem almejo viver o resto dos meus dias. Obrigada pela nossa cumplicidade e afinidade, amor!

Ao restante da minha família, irmãos, tios, primos e amigos, sou grata por me presentear com a companhia agradável de cada um, por me trazerem tantos momentos de descontração e alegria. Aos meus sogros, cunhados, concunhada e sobrinha: Gorete, William, Guilherme, Lílian, Érika e Gabriel, obrigada por serem para mim uma segunda família, por me sentir tão apoiada e querida por todos. Saibam que eu amo cada um de vocês!

Gratidão à minha irmã, Clara Estrela, amiga, cúmplice e parceira de todas as horas. Com quem posso dividir tudo, numa relação plena de confiança e carinho.

Sou grata ao meu orientador e amigo, professor Chico, pela dedicação empreendida na minha formação, desde o Internato Rural, até este momento. Obrigada por todo apoio até aqui e por me inspirar a exercer a docência e a pesquisa com ética, competência e sabedoria! Sou grata pela contribuição imprescindível na construção deste trabalho e da minha jovem carreira que se inicia hoje com tantos bons exemplos seus.

Sou grata à Escola de Enfermagem, aos professores e alunos que fizeram parte de toda a minha trajetória acadêmica. Aprendi muito nesta Escola! São 10 anos de história, entre graduação, iniciação científica, participação em disciplinas, grupos de pesquisa e agora o mestrado. Quanta experiência vivida, quantas atividades enriquecedoras, quantos dilemas e alegrias compartilhadas! Meu carinho e gratidão por este espaço de conhecimento são imensuráveis!

Agradeço aos colegas de trabalho, jovens e eméritos pesquisadores do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Hanseníase NEPHANS, cuja contribuição para este trabalho foi indispensável. Agradeço à bolsista de iniciação científica Maria Alice pela contribuição nas transcrições das entrevistas e, em especial, à bolsista Isabela De Caux Bueno pela ajuda significativa na consolidação e adequação final do trabalho.

Às doutorandas Ana Paula e Ísis Eloah, sou grata pela amizade, carinho, companheirismo e pelo suporte técnico no trabalho realizado até aqui. Saiba que são grandes exemplos para mim e grandes amigas, os cafés da tarde me farão muita falta!

À doutora Fernanda Lanza, agradeço pela disponibilidade, pela contribuição na adequação metodológica do trabalho e pela boa vontade e carinho com que trata nossas dúvidas e questionamentos.

Às colegas mestrandas e doutorandas Rayssa, Fernanda Beatriz, Eyleen e Nayara, pela convivência harmoniosa e carinhosa durante esses dois anos, por termos dividido nossos questionamentos, nossas angústias acadêmicas e nosso entusiasmo. À mestranda Rayssa Nogueira, agradeço de forma especial por ter me atendido tantas vezes em dúvidas, sempre demonstrando a mesma calma e espírito de cooperação.

Agradeço ao Programa de Pós Graduação pelo investimento no meu aprendizado, pelo apoio técnico e financeiro que me possibilitou manter minhas atividades acadêmicas e investir em congressos e eventos científicos, tão importantes para a minha formação.

Ao município de Governador Valadares, não tenho palavras para expressar minha gratidão! Gestores, profissionais de saúde e usuários dos serviços de atenção à hanseníase, vocês foram protagonistas neste trabalho! À Katiúcia, Claudinha, Poliana, Guta, Fernanda, agradeço pelo apoio logístico e operacional para realização da pesquisa no município e pela solicitude e gentileza que dispensaram à mim durante nossa breve e intensa convivência.

Ao Credenpes, gostaria de agradecer a todos os profissionais pela colaboração, pela dedicação em cada atividade proposta, pelas inúmeras gentilezas, cafezinhos, sorrisos. Vocês contribuíram para que tudo fosse leve e proveitoso! Agradeço, em especial à Regina e Alexandre, pela mobilização pessoal para garantir toda programação e prazos das atividades pactuadas.

Aos usuários dos serviços de saúde de Valadares, minha eterna gratidão pelo protagonismo neste trabalho. Por se disporem a dividir experiências, muitas vezes, tão difíceis e dolorosas de quem viveu na pele, no sentido literal, o que nos dedicamos a compreender com o nosso humilde conhecimento científico.

Aos demais colegas e amigos que compartilharam comigo durante esses dois anos momentos de reflexão, trabalho, amizade e me apoiaram, direta ou indiretamente, a estar aqui hoje, minha sincera gratidão!

RESUMO

CORRÊA, C.M. **Avaliação do Programa de Controle da Hanseníase no município de Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil.** 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

O presente estudo teve como objetivo avaliar o Programa de Controle da Hanseníase (PCH) no município de Governador Valadares e a descentralização das ações de controle para a atenção primária. Utilizou-se como referencial teórico-metodológico a Avaliação de Quarta Geração, segundo Guba e Lincoln (1989), de abordagem qualitativa. Participaram do estudo 30 sujeitos municipais, divididos em quatro grupos de interesse: gestores, profissionais do centro de referência (CR), profissionais da atenção básica (AB) e usuários dos serviços de saúde. Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais, utilizando-se a técnica do Círculo Hermenêutico-Dialético e, posteriormente, foram realizadas 3 Oficinas de Negociação com os atores municipais. Os resultados evidenciaram a permanência do modelo vertical de atenção à hanseníase no município, expresso pela concentração das ações de controle no CR e passividade da AB no desempenho das atividades do programa, demonstrando a insuficiência das estratégias de descentralização. Como determinantes que interferem no processo de descentralização no município, observou-se a influência de aspectos sócio-histórico-culturais como a imagem do CR no ideário social como local apropriado de atendimento à hanseníase, o estigma e a postura de distanciamento dos profissionais da AB, além da consolidação de práticas de saúde e gestão que reforçam a centralização do programa na atenção secundária. Além desses determinantes, observou-se, também, a influência de aspectos operacionais da rede municipal de saúde como problemas de acesso nas unidades básicas de saúde, instabilidade do quadro de recursos humanos, dificuldade de realizar a supervisão das equipes da AB e escassez de recursos financeiros do programa. Conclui-se que a problemática da descentralização em Governador Valadares envolve a tensão entre modelos de atenção distintos que coexistem no município, gerando disputas simbólicas no campo dos saberes e das práticas de saúde e de gestão. A sustentabilidade do processo de descentralização requer maior envolvimento político e apoio institucional, com foco no fortalecimento da atenção básica, na supervisão dos serviços de saúde e na educação permanente dos profissionais.

Palavras-chaves: Hanseníase. Programa de Controle da Hanseníase. Descentralização.

ABSTRACT

CORRÊA, C.M. Evaluation for Leprosy Control Program in Governor Valadares, Minas Gerais, Brazil. 2016. Dissertation (Nursing Masters) – Nursing School, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

This present study aimed to evaluate the Leprosy Control Program (LCP) in Governador Valadares and the decentralization of control measures. This research used as theoretical and methodological reference the Fourth Generation Evaluation, Guba and Lincoln (1989), a qualitative approach. The study included 30 municipal subjects, divided into four interest groups: managers, professionals from the reference center (RC), primary care professionals (PC) and users of health services. Data were collected through individual interviews, using the technique of Hermeneutic-Dialectical Circle and later were performed 3 Trading Workshops, using group technique. The results showed the failure of decentralization strategies and maintenance of vertical LCP model in the city, characterized by passivity PC in leprosy control actions (LCA) and its concentration in municipal RC. Was observes a strong influence of socio-historical-cultural determinants in decentralization, as well as operational aspects of LCP and municipal health. Among the socio-historical and cultural aspects stood out: the historical reference of the secondary care service in the county, the distancing attitude of professionals PC, to the detriment of stigma and consolidating health and management practices that reinforce the centralization of LCP. Among the operational aspects, there were problems related to the access to the basic health units, frame instability of human resources, lack of resources for the program and difficulties in performing the supervision of teams of PC. We conclude that the issue of decentralization in Governador Valadares involves the tension between different models of care that exist in the city, generating symbolic disputes in the knowledge area besides health and management's practices. The sustainability of the decentralization process requires greater political involvement and institutional support, focusing on strengthening primary care, supervision of health services and continuing education of professionals.

Keywords: leprosy; Leprosy Control Program; decentralization

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	- Fluxo da Avaliação de Quarta Geração no município de Governador Valadares	37
Figura 2	- Círculo hermenêutico-dialético	47
Quadro 1	- Atores potencialmente afetados pela avaliação do Programa de Controle da Hanseníase em Governador Valadares	36
Quadro 2	- Grupos de interesse selecionados para o estudo	42
Quadro 3	- Composição dos grupos de interesse da Avaliação de quarta geração	46
Quadro 4	- Matriz Inicial de Avaliação do Programa de Controle da Hanseníase de Governador Valadares	51
Quadro 5	- Modelo simplificado de organização dos dados para apresentação nas oficinas de negociação	53
Quadro 6	- Codificação das falas dos entrevistados, segundo grupo de interesse	57
Quadro 7	- Descrição do conteúdo referente ao núcleo temático 1	58
Quadro 8	- Descrição do conteúdo referente ao núcleo temático 2	87
Gráfico 1	- Coeficiente de detecção geral de casos novos de hanseníase no estado de Minas Gerais e no município de Governador Valadares, MG	34
Gráfico 2	- Proporção anual de cobertura populacional de Estratégia Saúde da Família estimada no município de Governador Valadares, Minas Gerais	35
Gráfico 3	- Proporção de casos novos de hanseníase residentes no município de Governador Valadares, Minas Gerais, segundo unidade de notificação, no período entre 1999 e 2013	76

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACH – Ações de Controle da Hanseníase
ACS – Agente Comunitário de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
COEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CREDEN-PES – Centro de Referência em Doenças Endêmicas e Programas Especiais
CVV – Centro Viva Vida
ESF – Estratégia de Saúde da Família
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS – Ministério da Saúde
NOAS-SUS – Norma Operacional da Assistência à Saúde
ONG – Organizações Não-Governamentais
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PAHO – Pan American Health Organization
PCH – Programa de Controle da Hanseníase
PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNCH – Programa Nacional de Controle da Hanseníase
PQT – Poliquimioterapia
PROVAB – Programa de Valorização da Atenção Básica
RPQ – Reivindicações, Preocupações e Questões
SES/MG – Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SINAN – Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SSA2 – Situação de saúde e acompanhamento das famílias na área/equipe
SUS – Sistema Único de Saúde
SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS	166
2.1 Objetivo Geral	166
2.2 Objetivos Específicos	166
3. REFERENCIAL TEÓRICO	177
3.1 Políticas de atenção à hanseníase no Brasil: da exclusão ao controle, do controle à descentralização	177
3.2 Avaliação de quarta geração: conceito, método e contribuições para a avaliação de políticas e programas de saúde	244
4. MÉTODOS	333
4.1 Tipo de Estudo	333
4.2 Cenário	333
4.3 Sujeitos da Pesquisa: notas sobre a inclusão de participantes na avaliação de quarta geração	355
4.4 Etapas da avaliação de quarta geração	377
4.4.1 Apresentação do projeto no município de Governador Valadares: convite aos participantes e autorização para a realização do estudo	37
4.4.2 Organização e planejamento do trabalho de campo	38
4.4.3 Entrada do pesquisador em campo e identificação dos grupos de interesse	40
4.4.4 Gerando construções conjuntas: aplicação do círculo hermenêutico-dialético	466
4.4.5 Análise dos dados	48
4.4.6 Preparação da agenda de negociação	511
4.4.7 Oficinas de Negociação	522
4.5 Considerações éticas	555
5. RESULTADOS	57
5.1 Núcleo temático 1: O Programa de Controle da Hanseníase em Governador Valadares	57
5.1.1 Fases histórico políticas do programa no município	58
5.1.2 Configuração atual do programa	66
5.2 Núcleo temático 2 – Diálogos sobre o modelo de atenção à hanseníase: a problemática da descentralização na visão dos atores municipais.	87
6. DISCUSSÃO	115

7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	125
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	126
9. REFERÊNCIAS	129
10. APÊNDICES E ANEXOS	137

1. INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*, caracterizada por sintomas dermatoneurológicos como manchas na pele e espessamento de nervos periféricos associados à perda de sensibilidade. A transmissão ocorre quando indivíduos não tratados disseminam o bacilo por via aérea, acometendo principalmente contatos sociais e pessoas que residem no mesmo domicílio do caso índice (JOPLING; Mc DOUGALL, 1991).

É considerada problema de saúde pública em diversos países da América Latina, Ásia e África, responsável por grave impacto psicossocial como incapacidades físicas, lesões neurais, deformidades, além de sofrimento gerado pelo estigma da doença. O Brasil ocupa o segundo lugar mundial em casos absolutos, com 31.064 pessoas infectadas em 2014, ficando atrás somente da Índia (WHO, 2015).

Estudos mostram maior acometimento em populações de baixa renda, residentes em áreas urbanas. É, portanto, uma doença típica de países subdesenvolvidos, associada à condições socioeconômicas desfavoráveis como pobreza, baixa escolaridade, aglomerações e condições precárias de higiene e moradia (SOUZA, 2012; RIBEIRO JUNIOR; VIEIRA; CALDEIRA, 2012; OLIVEIRA; MACEDO, 2012; VIEIRA *et al.*, 2014; BRITO *et al.*, 2014).

No território brasileiro, a hanseníase distribui-se de forma heterogênea, sendo os principais estados endêmicos: Mato Grosso, Pará, Maranhão, Tocantins, Goiás, Rondônia e Bahia. Minas Gerais está localizado em uma área de cluster (WHO, 2016) onde se verificam regiões de elevada endemicidade, dentre elas Governador Valadares, município hiperendêmico localizado às margens do Rio Doce (BRASIL, 2010).

O diagnóstico da hanseníase é essencialmente clínico e epidemiológico, realizado por meio do exame dermatoneurológico e de informações que possam esclarecer possibilidades de exposição à doença, como o local de moradia e o contato com pessoas acometidas. Exames complementares como a baciloscopia e a histopatologia são recomendados para auxiliar o diagnóstico e classificação da doença bem como orientar a conduta terapêutica (BRASIL, 2016).

As principais formas de controle da hanseníase são o diagnóstico oportuno, o tratamento com a poliquimioterapia (PQT), a prevenção de incapacidades físicas, a reabilitação, a vigilância de contatos e a educação comunitária com ênfase na desmistificação do estigma e na divulgação sobre sinais e sintomas da doença (WHO, 2015; BRASIL, 2016).

O Programa de Controle da hanseníase (PCH) no Brasil teve início no século XX e atravessou diversas fases, acompanhando importantes mudanças histórico-políticas do sistema de saúde brasileiro que repercutiram nos programas de atenção à doenças infecciosas (SAVASSI, 2010). Historicamente, o modelo de atenção à hanseníase teve como principais características a verticalização do cuidado e sua centralização em colônias, hospitais e leprosários (CURI, 2010).

Esse modelo marcou fortemente as políticas de atenção à doença no Brasil, influenciando saberes e práticas que se perpetuam até os dias atuais no cotidiano dos serviços de saúde. Sua configuração tecnológica caracterizou-se, ao longo do tempo, por práticas centradas no saber médico especializado, voltadas para o atendimento à demanda espontânea, medicalização e controle sanitário, sob a coordenação de dermatologistas e hansenólogos (DUCATTI, 2007; CABRAL, 2013).

A partir da década de 1970, no cenário político da Reforma Sanitária, o modelo verticalizado dos programas de saúde pública passou a ser alvo de severas críticas por parte de movimentos civis que denunciavam, dentre outras questões, a restrição do acesso às ações e serviços de saúde, gastos exorbitantes com insumos tecnológicos, pouca resolutividade e exclusão da sociedade civil da gestão e execução das políticas de saúde (VIANA, 2014).

Após diversos desdobramentos históricos marcados pela luta dos movimentos sociais, o Brasil oficializou, em 1988, a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pelas leis 8.080 e 8.241. Dentre outras diretrizes, a lei orgânica de saúde definiu a descentralização político-administrativa, a descentralização dos programas de saúde pública, a hierarquização dos serviços e a participação social como princípios basilares de organização do sistema (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Em meados da década de 80, motivados pelo advento da poliquimioterapia (PQT) e sua efetividade na redução da carga global de hanseníase, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a exercer maior pressão política sobre os países endêmicos para difundirem o tratamento pela rede básica de saúde e intensificarem o monitoramento da doença, estimulando a descentralização dos programas de controle e a responsabilização dos municípios pela coordenação das ações (ANDRADE, 2006).

Diversos acordos políticos e documentos normativos foram publicados pela OMS, oficializando o compromisso político de países como o Brasil para a redução da prevalência de hanseníase para coeficientes menores que 1 caso por 10.000 habitantes, parâmetro que passou a delimitar a eliminação da doença como problema de saúde pública (OMS, 2005; OMS, 2010).

A ampliação dos serviços capazes de identificar e tratar a hanseníase mediante a integração das ações de controle na rede básica constitui-se uma estratégia fundamental para interromper a cadeia de transmissão da doença, uma vez que permite ampliar o acesso da população às unidades de saúde, favorecendo o diagnóstico precoce, o tratamento oportuno dos doentes, a redução de incapacidades físicas e a desmistificação do estigma (WHO, 2015).

O êxito da estratégia de descentralização prevê não só o abastecimento das unidades básicas de saúde com a PQT, mas o fortalecimento dos programas de controle municipais mediante a capacitação dos profissionais da rede básica para a condução do diagnóstico e tratamento, o fortalecimento do sistema de referência e contra-referência, o monitoramento epidemiológico da endemia e o apoio institucional das esferas gestoras (OLIVEIRA, 2014).

No Brasil, a descentralização dos programas de saúde pública ganhou forças a partir de meados da década de 90, com a implementação do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) em 1991 e do PSF (Programa de Saúde da Família) em 1994 (BRASIL, 2001a; BRASIL, 1997).

A criação desses programas induziu de forma significativa a mudança do modelo assistencial no Brasil, por possibilitar a territorialização e o planejamento das ações de saúde sob a égide dos conceitos de vigilância, prevenção e promoção à saúde, viabilizando o cuidado integral, a orientação familiar e a educação comunitária (ESCOREL, 2012).

A descentralização das ações de controle da hanseníase (ACH) no âmbito dos programas municipais, tem sido incentivada, também, mediante apoio político, técnico e financeiro do Ministério da Saúde (MS), reiterada em diversos documentos e portarias que recomendam a integração do programa na atenção básica (BRASIL, 2001b; BRASIL, 2001c; BRASIL, 2006a, BRASIL, 2006b).

A portaria 149 do MS que regulamenta as diretrizes para a vigilância, atenção e eliminação da hanseníase enfatizou o papel da atenção primária no diagnóstico precoce e tratamento dos pacientes, destacando a importância das ações de educação em saúde para o enfraquecimento do estigma e divulgação de informações sobre a doença no território onde atuam as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2016).

Contudo, apesar do incentivo político e do compromisso firmado pelos 3 entes federativos para a integração das ACH na atenção básica, estudos mostram enorme concentração de diagnósticos e tratamentos em unidades de referência em diversos municípios e estados brasileiros (RAPOSO, 2011; RODRIGUES, 2012; LANZA, 2014; VIEIRA, 2015; RODRIGUES, 2015).

Uma pesquisa desenvolvida com 600 usuários de um Centro de Referência em Fortaleza-CE identificou que, 18 anos após a implementação política da descentralização, esta unidade ainda era responsável por 84% dos diagnósticos de hanseníase da capital (FERREIRA *et al.*, 2008).

Em outro estudo, realizado em João Pessoa-PB, uma unidade de referência para hanseníase foi responsável pelo diagnóstico de 87,5% dos casos novos da doença no período da pesquisa, representando 25,6% dos diagnósticos de todo o estado da Paraíba (MENDES *et al.*, 2008).

A manutenção da estrutura vertical do PCH no âmbito dos municípios brasileiros têm gerado problemas de acesso, tais como: diagnósticos tardios, instalação de lesões incapacitantes e dificuldades no seguimento dos casos (FUZIKAWA, 2010). Além disso, a centralização do programa desqualifica o profissional da atenção básica à condução dos casos de hanseníase, favorecendo a cultura de referenciamento, com prejuízos ao vínculo do usuário, manutenção do estigma e abandono ao tratamento (FUZIKAWA, 2007).

Diversas pesquisas identificaram aspectos que dificultam a integração das ACH na atenção primária, dentre eles: a alta rotatividade de profissionais capacitados, a escassez de recursos para supervisões, a restrição do horário de atendimento dos serviços, o desinteresse dos profissionais, o estigma e a omissão dos gestores municipais (PIMENTEL *et al.*, 2004; MENDES *et al.*, 2008; FUZIKAWA, 2007; 2010; RAPOSO, 2011; LANZA, 2014).

No cenário internacional, estudos têm levantado problemas operacionais que interferem na consolidação da proposta de descentralização, sendo os mais comumente citados a ineficácia do sistema de referência e contra-referência com permanência de encaminhamentos incorretos para centros de maior complexidade e insuficiência técnica de profissionais da rede básica (SOUTAR, 2010; LUNAU; 2010; PANDEY; RATHOD, 2010).

Na Índia, país que concentra o maior número de casos de hanseníase do mundo, estudos referem que a descentralização das ACH têm sido incentivada mediante investimentos na integração dos serviços primários e secundários, com forte orientação política e apoio técnico dos gestores e ênfase na capacitação de profissionais (NAMADI; VISSCHEDIJK; SAMSON, 2002; SIDDIQUI *et al.*, 2009; RAO, 2010).

A manutenção da verticalização do PCH em centros de referência municipais têm sido apontada também sob a perspectiva de determinantes sócio-histórico-culturais, como a referência simbólica dos serviços centralizados para a população, profissionais e gestores (CORREIA *et al.*, 2008; BARBOSA *et al.*, 2008).

Na África do Sul, um estudo realizado com gestores de três províncias regionais revelou a influência de aspectos simbólicos na descentralização de programas da rede básica como a resistência de profissionais de saúde, o conflito de interesses com a proposta da descentralização e a complexidade das relações de poder existentes entre gestores e profissionais (MC INTYRE; KLUGMAN, 2003).

Com o propósito de compreender o processo de descentralização das ACH nos municípios brasileiros, alguns autores têm utilizado diferentes abordagens avaliativas que levam em consideração, dentre outros aspectos: o contexto de implantação dos programas municipais, as estratégias utilizadas para integração das ações de controle na atenção básica, aspectos relacionados à estrutura das redes de saúde locais e o impacto das ações sobre indicadores de monitoramento da endemia (MOREIRA, 2002; FUZIWAKA, 2007; LANZA, 2009; RAPOSO, 2011; LANZA, 2014).

No diversificado arcabouço teórico-metodológico dos estudos avaliativos, os enfoques emergentes têm sido propostos como alternativa para viabilizar modelos participativos de avaliação que levam em consideração, também, o protagonismo de atores sociais inseridos no contexto sócio-político-cultural dos programas e políticas de saúde (BOSI; MERCADO, 2013).

Historicamente, a avaliação do PCH se direcionou aos aspectos epidemiológicos da doença e operacional dos serviços de saúde, mediante à avaliação de indicadores padronizados, utilizando-se como principal fonte de dados o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). Entretanto, não obstante as fragilidades do SINAN em que pese à qualidade dos dados disponíveis, a análise de programas municipais por meio de indicadores não se mostra suficiente para atingir as dimensões sócio-histórico-culturais inerentes à organização e estruturação dos programas em redes locais de saúde, cuja influência do contexto político municipal se faz presente e atuante (RAPOSO, 2011).

Desta forma, entende-se que a descentralização das ACH, enquanto estratégia política de reorganização do modelo de atenção à doença, envolve não somente aspectos operacionais relativos à transferência do cuidado para a atenção básica, mas também aspectos culturais, simbólicos e, muitas vezes, subjetivos, que se expressam de maneira dialética no cotidiano dos espaços de cuidado e das relações estabelecidas pelos atores sociais.

Portanto, diante da complexidade da descentralização e da insuficiência dos desenhos avaliativos tradicionais em apreender os determinantes sócio-histórico-culturais que influenciam a dinâmica do PCH, faz-se necessário o emprego de modelos emergentes que permitam o envolvimento de atores sociais, tal como possibilitem compreender as relações

políticas estabelecidas no âmbito do programa. Acredita-se que essas relações, histórica e socialmente estabelecidas, determinam a construção do modelo de atenção à doença, delimitando o papel dos serviços na rede municipal e as condições de sustentabilidade do processo de descentralização.

A justificativa e relevância deste estudo se dá pela necessidade de compreensão dos aspectos que se interpõem à descentralização das ACH em Governador Valadares, por tratar-se de um município de elevada endemicidade, pioneiro na implantação do PCH, cujos estudos têm evidenciado redução gradativa da detecção de novos casos, diagnóstico tardio e concentração das ações de controle no centro de referência municipal, após cerca de 15 anos de início do processo de descentralização (RODRIGUES, 2012; LANZA, 2014).

Diante da problemática explicitada, as perguntas norteadoras desta pesquisa foram:

Como o Programa de Controle da Hanseníase está estruturado na rede de atenção à saúde no município de Governador Valadares e qual a atuação dos serviços de atenção básica e do centro de referência no cuidado à doença?

Que determinantes se interpõem ao processo de descentralização das ações de controle da hanseníase em Governador Valadares e como eles interferem na consolidação desta estratégia?

Admite-se como pressuposto que a problemática da descentralização em Governador Valadares é uma estratégia complexa que envolve o confronto entre modelos de atenção distintos que coexistem no município e pode ser compreendida a partir das relações sociais e políticas estabelecidas pelos atores inseridos no PCH e dos determinantes sócio-histórico-culturais, desde à implantação do programa no município até os dias atuais.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar o Programa de Controle da Hanseníase e o processo de descentralização das ações de controle da doença no município de Governador Valadares-MG.

2.2 Objetivos Específicos

Caracterizar a rede de atenção à hanseníase em Governador Valadares, identificando o papel da atenção primária e secundária no cuidado à doença;

Analisar os determinantes que se interpõem ao processo de descentralização das ações de controle da doença no município.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Políticas de atenção à hanseníase no Brasil: da exclusão ao controle, do controle à descentralização

Esta sessão pretende apresentar uma breve síntese da trajetória das políticas de atenção à hanseníase no Brasil, destacando os principais acontecimentos que marcaram a história do programa de controle, desde o surgimento da doença no país, ainda conhecida como lepra, até o presente momento, em que o modelo de atenção busca estruturar-se sob a égide da descentralização.

Há registros de que a “lepra” chegou ao Brasil com os colonizadores europeus, ainda no século XVII, sendo os primeiros casos registrados por volta do ano de 1.600 no estado do Rio de Janeiro (BRASIL, 1960). Durante todo o período colonial, até meados do “Brasil Império”, a assistência aos doentes ficou a cargo de instituições religiosas e filantrópicas, sem participação efetiva do poder público nas ações de controle (CUNHA, 2005).

Neste período, marcado pelo desconhecimento sobre as formas de transmissão e controle da “lepra”, a terapêutica empregada para tratamento dos sintomas era baseada em conhecimentos da medicina popular com forte influência indígena e africana como: banhos termais, infusões com ervas, sangrias, picadas de cobra e alimentação específica (CUNHA, 2002).

Ao final do século XIX, assiste-se à um rápido alastramento da doença pelo interior do Brasil, fato que chamou a atenção das autoridades públicas. O início da industrialização e o surgimento de centros urbanos no país passaram a exigir do Estado uma providência com relação às doenças que assolavam a população, prejudicando a produção agroexportadora em diversas regiões brasileiras (EIDT, 2004; SAVASSI, 2010).

O crescimento da atividade industrial e a utilização da mão-de-obra assalariada, especialmente imigrante, levou alguns estados a adotarem as primeiras medidas sanitárias de controle da “lepra”, como a construção e reforma de hospitais e a criação de órgãos responsáveis pela vigilância e controle da endemia. Contudo, até o final do século XIX, tais medidas representavam iniciativas estaduais motivadas pelo crescimento econômico regional, com pouca participação política e investimento financeiro do governo federal (OPROMOLLA; LAURENTI, 2011).

No cenário internacional, a importância da “lepra” como problema de saúde pública teve início no contexto da evolução científica do século XIX, a partir dos avanços da Bacteriologia e surgimento de áreas como a Epidemiologia e a Estatística. Neste momento, a

“lepra” e outras doenças infecto-parasitárias ganharam espaço político e passaram a ser tema de diversos debates e conferências científicas onde se discutiam o panorama mundial da endemia e buscavam-se consensos sobre as principais formas de transmissão e profilaxia (DUCATTI, 2007).

Nesse contexto, assiste-se à difusão de novas tecnologias de controle legitimadas pelo paradigma científico emergente e pautadas nos conceitos de transmissibilidade e risco sanitário. Tais princípios nortearam a construção de saberes e práticas no âmbito da saúde pública brasileira, orientando, ao longo das décadas, as políticas de atenção à hanseníase (DUCATTI, 2009).

No Brasil, a evolução técnico-científica teve seu apogeu já no século XX, sobretudo a partir da consolidação do modelo sanitarista. No âmbito das políticas de atenção à “lepra”, esse modelo sustentava-se sob o protagonismo da Medicina Social e da Hansenologia, sendo representado pelas instituições acadêmico-científicas, cujos expoentes eram considerados autoridades públicas à serviço do Estado e da modernização do país (CABRAL, 2013).

Em 1903, o médico Oswaldo Cruz foi convidado a presidir a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), implementando um ano depois o primeiro Código Sanitário Brasileiro que especificou ações de profilaxia da “lepra”. Dentre as medidas obrigatórias, o Código incluía a notificação de todos os casos da doença detectados em território nacional e o isolamento profilático dos enfermos, à princípio em domicílio. Nesta época, o isolamento nasocomial era recomendado apenas para regiões de grande incidência e difícil controle da doença (CURI, 2010).

Fruto da concepção de responsabilização do Estado pelo controle da “lepra” e do posicionamento do Brasil em favor da política de isolamento, assistiu-se no decorrer do século XX, à uma importante ampliação da rede de serviços assistenciais em diversos estados, com destaque à construção de colônias, hospitais e leprosários. Esses serviços possuíam estrutura tecnológica avançada, em consonância com o modelo sanitário vigente, pautado nos ideais científicos e nos avanços da bacteriologia (CURI, 2010; CABRAL, 2013).

A partir de 1920, sob a presidência de Carlos Chagas na DGSP, inaugura-se um período de intensas reformas administrativas no aparato da Saúde Pública brasileira, caracterizado pelo emparelhamento e centralização dos órgãos estatais responsáveis pela normatização e controle de doenças transmissíveis. Foram criados, nesta época, o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), que substituiria a DGSP, e a Inspeção de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas (IPLDV), órgão responsável por normatizar e acompanhar as atividades sanitárias de controle da endemia em todo o país (CURI, 2010).

Durante a gestão de Carlos Chagas, as ações de controle da “lepra” estruturaram-se sob o modelo das “campanhas sanitárias” e tiveram como principal característica a forte intervenção do Estado brasileiro sobre a doença e sobre os direitos civis dos enfermos. Neste período, o isolamento compulsório foi tratado com rigor e o uso da força policial era recorrentemente utilizado para legitimar o poder das autoridades sanitárias. Como medida de profilaxia, foi instituído, também, a separação de filhos indenes de pais leprosos e a internação dos menores em serviços conhecidos como Preventórios (CURI, 2010).

Segundo Foucault (2015), as políticas sanitárias surgidas na Europa a partir do século XIX, e difundidas pelo ocidente, traziam em seu cerne a necessidade de afirmação do Estado de garantir a hegemonia de uma classe social dominante, representada no âmbito científico pela Medicina Social. As principais características dessas políticas eram: o forte controle sobre os corpos, o uso da autoridade e da força policial para a manutenção da ordem e higiene nas zonas urbanas, a marginalização e o isolamento de sujeitos considerados doentes para as regiões periféricas das cidades e o discurso científico legitimador.

O isolamento nasocomial dos enfermos de “lepra” foi durante décadas a principal forma de profilaxia da doença, adotada por governos do mundo inteiro. A partir de 1941, com o surgimento das Sulfonas, assiste-se à uma flexibilização da prática de isolamento em diversos países e a realização do tratamento passou a ser recomendada em nível ambulatorial (ANDRADE, 2006).

No Brasil, a disponibilização destes medicamentos se deu somente a partir de 1959, quando a Campanha Nacional Contra a Lepra adotou o tratamento com as Sulfonas e extinguiu o regime de internação de pacientes em leprosários. A prática de isolamento compulsório, entretanto, perdurou até 1962, quando foi extinta oficialmente através do decreto 968 (CAVALIERE; COSTA, 2011).

Apesar do fim do isolamento ter sido decretado desde a década de 60, estudos revelam o legado social deste período no Brasil, marcado pela privação de direitos civis, através da história de vida de pessoas que continuaram vivendo em colônias em função da perda de vínculos familiares, determinantes que se fazem presentes na memória social da doença. (LEITE; SAMPAIO; CALDEIRA, 2015; BITTENCOURT *et al.*, 2010).

Após o período de isolamento, o país assiste a um desmonte gradual da estrutura centralizadora dos serviços de atenção à “lepra”, com conversão de grandes leprosários em hospitais comuns e ambulatorios de referência no interior dos estados e municípios brasileiros (SAVASSI, 2010; OPRMOLLA; LAURENTI, 2011).

Vale ressaltar, no entanto, que a desestruturação dos serviços de assistência à “lepra”, não determinou a mudança do modelo de atenção à doença, que continuou tendo como principais características o cuidado centrado na fisiopatologia e na medicalização, sob a coordenação de dermatologistas e hansenólogos (DUCATTI, 2009).

Com o advento da Poliquimioterapia (PQT) em 1982, inaugura-se uma nova fase no âmbito das políticas e programas de atenção à “lepra” no Brasil e no mundo, caracterizada por intensa mobilização política dos governos para a implantação do esquema multidrogas nas redes locais de saúde (ANDRADE, 2006).

A euforia para a implantação da PQT se deu em função do potencial de redução da carga global da doença e à possibilidade de cura completa dos casos. Além disso, a PQT surgia como uma nova tecnologia capaz de conter a resistência bacteriana observada desde 1960 em relação à Dapsona e sua associação com outros antimicrobianos (ANDRADE, 2006).

No cenário político brasileiro, assistia-se na década de 80 ao término do regime militar e ao processo de redemocratização do país, período marcado pela eclosão de diversos levantes sociais, dentre eles, o Movimento Sanitário, surgido desde a década de 70. Este movimento reivindicava o direito social à saúde, criticando, dentre outros aspectos, a centralização e verticalização dos programas de saúde pública, a falta de autonomia dos municípios na gestão dos recursos e a exclusão da sociedade civil no processo de decisão política sobre a oferta de ações de saúde (BAPTISTA, 2007).

Como estratégia de reestruturação do modelo assistencial, discutia-se a descentralização político-administrativa e dos programas de saúde pública, destacando-se a importância da estruturação de redes locais de saúde regionalizadas e territorializadas, de acordo com a realidade sanitária de cada região (VIANA, 2014).

A partir da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, a descentralização passou a ser assumida oficialmente como uma das diretrizes organizativas do sistema, regulamentada através da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080. Esta lei previa também a regionalização e hierarquização de acordo com o grau de complexidade dos serviços de saúde, favorecendo o acesso e a integralidade da assistência (BRASIL, 1990a).

Em 1996, o governo brasileiro divulgou a Norma Operacional Básica 1996 (NOB-SUS – 96), estabelecendo critérios e mecanismos de financiamento da União para o custeio de ações de saúde a serem realizadas pela esfera municipal. A NOB-SUS 96 favoreceu a descentralização das redes e programas municipais, uma vez que viabilizou o planejamento estratégico local e determinou a alocação de recursos para a atenção básica (BRASIL, 1996).

A criação do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) em 1991 e do PSF (Programa de Saúde da Família) em 1994, fortaleceram também a descentralização do Programa de Controle da Hanseníase (PCH), uma vez que promoveram a horizontalização do cuidado e a inserção de novos atores na assistência, dentre eles o Agente comunitário de saúde (ACS) e o médico generalista (RAPOSO, 2011).

Vale ressaltar como marco na história do programa no Brasil, também, a mudança na terminologia oficial da doença, a partir de 1995, que passou a ser chamada de hanseníase, sendo a antiga nomenclatura “lepra”, vinculada à preconceitos históricos e representações negativas sobre a doença, banida de todos os documentos públicos e desestimulada enquanto jargão utilizado pelos profissionais de saúde e gestores (BRASIL, 1995).

No tocante à descentralização, outras portarias divulgadas pelo Ministério da Saúde (MS) foram relevantes para regulamentá-la e viabilizar sua execução, a exemplo da portaria 1.073 que enfatizou a responsabilidade dos municípios brasileiros com o Programa de Controle da Hanseníase (PCH) e destacou as ações de controle pertinentes à atenção primária à saúde (APS) (BRASIL, 2001c)

A Norma Assistencial do SUS (NOAS-SUS-2001), divulgada em 2001, reafirmou o compromisso da APS com as ações de controle da hanseníase (ACH) e possibilitou a regionalização das redes de saúde, definindo critérios de alocação de recursos financeiros e responsabilidades da esfera estadual no planejamento estratégico regional em saúde (BRASIL, 2001d).

Em 2006, O Pacto pela Saúde, importante compromisso político entre as três esferas gestoras do SUS, enfatizou a meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública e reafirmou a importância da APS para o alcance deste objetivo (BRASIL, 2006b).

No contexto internacional, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem divulgado importantes acordos entre os países endêmicos, com o objetivo de reduzir a carga global da doença e reafirmar o compromisso político dos governos com a coordenação dos programas de controle. Como exemplos, destacam-se a divulgação da “Estratégia global para aliviar a carga da hanseníase no período de 2006 à 2010” e, posteriormente, da “Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase 2011 – 2015 (OMS, 2005; OMS, 2010).

Em 2013, o MS publicou o Plano Integrado de Ações Estratégicas de Eliminação da Hanseníase e outras doenças endêmicas de saúde pública. Dentre as ações propostas, o plano propõe a integração da vigilância epidemiológica com a atenção básica, mediante o apoio de

médicos generalistas e a articulação com o Programa Saúde na Escola para potencializar a detecção de novos casos da doença em escolares (BRASIL, 2013).

A portaria 149 do MS, divulgada em 2016, que regulamenta as diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase, destaca o papel da APS para viabilizar o acesso ao diagnóstico e tratamento oportuno da hanseníase e ressalta a importância das ações de educação em saúde para a desmistificação do estigma e divulgação de sinais e sintomas da doença nas comunidades locais (BRASIL, 2016).

Apesar do compromisso político para a integração das ACH na rede básica de saúde e do apoio técnico e financeiro de organismos nacionais e internacionais, estudos têm mostrado dificuldades na sustentabilidade do processo de descentralização em países onde a doença é endêmica (FUZIKAWA *et al.*, 2010; RAPOSO, 2011; VIEIRA, 2015; LANZA, 2014; SIDDIQUI *et al.*, 2009; SOUTAR, 2010; RAO, 2010, LUNAU, 2010).

No Brasil, a manutenção da estrutura vertical do PCH expressa-se, sobretudo, na centralização da rede de atenção à doença, cujo reflexo é a concentração de diagnósticos e tratamentos em unidades de referência municipais, na atenção secundária (MENDES *et al.*, 2008; FERREIRA *et al.*, 2008; CORREIA *et al.*, 2008; BARBOSA *et al.*, 2008; RAPOSO; BATTISTELLA, 2012; LANZA, 2014; RODRIGUES, 2015).

A estrutura vertical do PCH oferece prejuízos ao acesso e à integralidade do cuidado, podendo gerar atrasos no diagnóstico, instalação de incapacidades físicas, abandono do tratamento e manutenção da cadeia de transmissão da doença, além de fortalecimento do estigma (FUZIKAWA *et al.*, 2010; ALENCAR, 2012, RIBEIRO JUNIOR, 2012; ARANTES *et al.*, 2010).

Tendo-se em vista a importância epidemiológica e social da hanseníase no Brasil e a insuficiência das estratégias de controle, diferentes pesquisadores têm se debruçado sobre a avaliação de programas municipais em diversos estados brasileiros. Esses estudos têm buscado, através de diferentes abordagens avaliativas, esclarecer continuidades e descontinuidades na oferta das ações programáticas, no âmbito dos programas de controle municipais (MOREIRA, 2002; FUZIKAWA, 2007; LANZA, 2009; RAPOSO, 2011; LANZA, 2014; VIEIRA; 2015).

Moreira (2002) realizou uma pesquisa avaliativa para a investigação do processo de descentralização em um município do Rio de Janeiro, trabalhando com o conceito de autonomia política, financeira, administrativa e técnica, mediante a construção de modelos lógicos. Como resultados, a autora constatou baixo grau de autonomia política do município e

dificuldades da gestão municipal na operacionalização de medidas em prol da integração das ACH na atenção básica.

Fuzikawa (2007) avaliou o PCH no município de Betim, Minas Gerais, mediante pesquisa avaliativa envolvendo a análise de indicadores epidemiológicos e a realização de grupos focais, embrincando métodos quantitativos e qualitativos. A autora apontou evidências de redução de incapacidades físicas após a descentralização, porém identificou descontinuidades deste processo destacando a influência de aspectos psicossociais como o estigma e a postura de distanciamento dos profissionais de saúde.

Lanza (2009) avaliou o PCH identificando tecnologias utilizadas no processo de trabalho em hanseníase por profissionais e gestores de municípios do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais. Como resultado, a autora evidenciou diferentes graus de descentralização entre os municípios avaliados, relacionadas à priorização da hanseníase na política de saúde municipal, constatando forte influência de aspectos operacionais na descentralização, tais como problemas de capacitação e falta de recursos materiais na atenção básica.

Raposo (2011) avaliou a descentralização em Aracajú, Sergipe, utilizando como referencial a “Análise de Implantação” do PCH, mediante entrevistas, comparação de indicadores epidemiológicos e características dos casos clínicos nos períodos “pré” e “pós” descentralização. Como resultado, o autor identificou melhorias de acesso após a descentralização, persistindo desafios como o distanciamento dos gestores com relação ao programa.

Lanza (2014) e Vieira (2015) realizaram pesquisas avaliativas com foco no desempenho da atenção primária nas ACH em municípios mineiros, utilizando um instrumento construído e validado por Lanza (2014) que trabalha com o conceito de grau de orientação da APS para a realização das ações de controle. Em ambos os trabalhos, a APS apresentou baixa orientação para os atributos acesso e orientação familiar, persistindo problemas como a baixa capacitação de profissionais, sobretudo o Agente Comunitário de Saúde.

Muito embora os métodos tradicionais de avaliação tenham contribuído de modo significativo, esclarecendo aspectos relacionados à capacidade técnica e operacional dos programas, persistem lacunas como a utilização das informações obtidas pelos gestores municipais e o esclarecimento de aspectos sócio-histórico-culturais que interferem na dinâmica do programa, determinando a insustentabilidade política da estratégia de descentralização.

A complexidade do processo histórico e das relações estabelecidas pelos atores inseridos nos diferentes contextos municipais e programáticos, remete à importância de enfoques emergentes de avaliação que sejam capazes de conformar em seus métodos a pluralidade de valores imprimidos por esses atores e o modo como estes estão inseridos na estrutura política do programa de atenção à doença no município.

3.2 Avaliação de quarta geração: conceito, método e contribuições para a avaliação de políticas e programas de saúde

Nesta sessão buscou-se apresentar o debate político-científico no qual se insere o referencial teórico da avaliação de quarta geração, tal como apresentar suas principais bases postulares e estrutura metodológica nos desenhos avaliativos de políticas e programas de saúde.

Segundo Hartz (2011), a avaliação sistemática das intervenções sociais teve início no ocidente a partir do século XVIII, com o desenvolvimento das correntes filosóficas e ideológicas que deram origem ao pensamento científico moderno. A atividade avaliativa se destacou em países como a Grã-Bretanha, França, Suíça e Estados Unidos, sendo seu uso difundido, inicialmente, na área da educação para a avaliação de currículos e programas escolares, dando origem aos primeiros testes padronizados de desempenho.

De acordo com Guba e Lincoln (2011), a avaliação foi, historicamente, influenciada por desdobramentos políticos, socioeconômicos e culturais que induziram o desenvolvimento de diferentes modelos avaliativos com características específicas para o atendimento de demandas surgidas no contexto de cada época. Desta forma, os autores definiram a história da avaliação em quatro gerações distintas.

A avaliação de primeira geração surgiu ainda no século XVIII, no contexto da “Revolução Industrial” e dos progressos tecnológicos que emergiram sob o discurso da racionalidade científica (HARTZ, 2011). A principal característica da avaliação neste período, era a “mensuração” de critérios considerados relevantes para atestar a qualidade dos programas. Na área da educação, os estudos avaliativos, desta época, foram amplamente utilizados para medir o desempenho de estudantes, principal parâmetro a ser considerado como critério de qualidade dos programas educacionais (GUBA; LINCOLN, 2011).

Esse modelo de avaliação pautado na classificação de indivíduos em relação à padrões pré-estabelecidos recebeu forte influência dos postulados de Frederick Taylor e Henri Fayol, teóricos da Administração Clássica que apresentaram as bases dos processos de produção

industrial e gestão organizativa pautados na racionalização e padronização (BROUSSELLE *et al.*, 2011).

No campo da saúde, o advento da Epidemiologia e da Estatística, juntamente com o surgimento de epidemias e problemas gerados pela industrialização e urbanização, influenciaram o desenvolvimento de estudos avaliativos voltados para a análise das condições de saúde da população. Nesta época, observou-se o incremento e difusão de novos métodos de avaliação no campo da saúde pública, como estudos de morbidade e mortalidade, construção de indicadores sanitários e a criação dos primeiros sistemas de informação na Europa. (HARTZ, 2011).

A segunda geração da avaliação teve início a partir de 1930 e foi marcada pela crise econômica mundial e pela expansão de programas de proteção social, principalmente nos EUA, que tinham como objetivo ampliar a cobertura de benefícios e direitos sociais, no âmbito da proteção do Estado. Neste período, a eficácia dos métodos de avaliação pautados na classificação e padronização de indivíduos passaram a ser questionados pela sua incapacidade de responder sobre a estrutura técnica e operacional dos programas em expansão, uma vez que a avaliação centrava-se nos indivíduos e não no programa em si, buscando entendê-los a partir de características individuais de seus usuários (HARTZ, 2011).

Desta forma, a avaliação de segunda geração teve como principal característica a “descrição” minuciosa da estrutura técnica e operacional dos programas. Nesta nova abordagem, o papel do avaliador não mais seria apenas de um técnico, mas também de um descritor e a mensuração deixou de ser considerada a própria avaliação em si, passando a ser vista apenas como um instrumento à serviço do avaliador na elaboração de estudos avaliativos (GUBA; LINCOLN, 2011).

A partir de 1957, no contexto da Guerra Fria e da disputa de poder entre os países que detinham maior avanço tecnológico, observa-se o aumento da exigência sobre a garantia de eficácia de programas de educação, ciência e tecnologia, além de se sobrepor a necessidade de racionalização de recursos, frente à grave crise econômica que se abatia em diversos países em função dos períodos de guerra (HARTZ, 2011).

Nesse contexto, a abordagem descritiva dos estudos avaliativos de segunda geração passou a sofrer críticas relacionadas à sua incapacidade de julgar *a priori* a eficácia dos programas sociais, uma vez que a análise destes ocorria a partir da descrição *a posteriori* do modelo estrutural do programa, dos instrumentos tecnológicos utilizados e dos resultados obtidos pela intervenção, não sendo possível, muitas vezes, evitar erros e gastos desnecessários (HARTZ, 2011).

Scriven (1967) discorreu sobre as fragilidades desse modelo de avaliação, afirmando que a decisão sobre a adequabilidade de um programa, implica na problematização não apenas do desempenho deste, mas também no julgamento dos próprios objetivos do programa. Segundo o autor, a definição de critérios de valor de uma intervenção social é um componente intrínseco à avaliação e, para que esta seja realizada com êxito, é necessária a aplicação de métodos científicos.

A avaliação de terceira geração surge, portanto, a partir de um apelo para a inclusão de juízo de valor no procedimento avaliativo. Nesta nova abordagem, o avaliador, embora tenha mantido suas funções técnicas e descritivas, passa a desempenhar também o papel de juiz, responsável por julgar a eficácia e adequabilidade dos programas, tendo em vista sua qualificação técnica enquanto especialista e sua posição supostamente isenta de valores (GUBA; LINCOLN, 2011).

Na década de 60, no contexto dos estudos avaliativos de terceira geração, assiste-se à expansão e profissionalização desta atividade e sua aproximação com a pesquisa científica, cujos métodos foram superestimados por sua legitimidade e exatidão na determinação de juízos para a comprovação da eficácia dos programas. Observa-se, assim, o aumento significativo do número de publicações e estudos de avaliação, tal como o surgimento de órgãos internacionais responsáveis pela normatização desta atividade (HARTZ, 2011).

Numa perspectiva política, pode-se dizer que a avaliação, nesta época, foi largamente utilizada para a legitimação de Estados liberais, à serviço da tecnologia e da inovação, sobretudo em um contexto político neo-liberal de redução da participação do Estado na economia (BOSI E MERCADO, 2013).

No cenário político e econômico neoliberal da década de 60, os estudos avaliativos ganharam força mediante o financiamento de importantes empresas e grupos corporativos, institucionalizando-se como atividade profissional autônoma, sendo a avaliação difundida mundialmente como um instrumento inovador, capaz de subsidiar o planejamento das ações governamentais e contribuir para o avanço tecnológico dos países imperialistas (HARTZ, 2011).

A partir de meados da década de 70, até os dias atuais, os enfoques tradicionais de avaliação têm sido alvo de severas críticas, principalmente por estudiosos do campo das ciências humanas e sociais, que apontaram problemas éticos, políticos, além de importantes lacunas no campo da produção de conhecimento inerentes aos modelos avaliativos pautados no paradigma científico positivista.

Guba e Lincoln (2011) referem, que toda avaliação é um ato político, não sendo isenta de valores e é intrinsecamente vulnerável às relações de poder existentes no âmbito de um programa. Nesse sentido, os autores referem três aspectos fundamentais que apontam para a fragilidade dos modelos avaliativos tradicionais: a tendência ao gerencialismo, a incapacidade de acomodar o pluralismo de valores e o comprometimento exagerado com o paradigma científico.

Com relação à tendência ao gerencialismo, observa-se na prática avaliativa tradicional, a não contestação da relação existente entre administradores de um programa e avaliadores. Sejam os avaliadores contratados ou mesmo tratando-se de pesquisas avaliativas realizadas no âmbito acadêmico-científico, a relação entre o avaliador/pesquisador e os administradores de um determinado programa ao qual a avaliação se destina, está impregnada de interesses políticos, financeiros e ideológicos (GUBA; LINCOLN, 2011).

Neste sentido, o monopólio sobre a avaliação entre pesquisador e administrador, com o conseqüente controle sobre as perguntas que serão realizadas, o modo de respondê-las e os próprios resultados da avaliação são questões que implicam em um processo de concessão de poder. Por conseqüência, a exclusão de atores sociais do processo avaliativo e o respaldo desta ação no discurso científico de isenção de valores, faz com que os resultados de um avaliação sejam tomados como verdades absolutas e incontestáveis, legitimando ações administrativas com importantes repercussões políticas e sociais, cuja responsabilidade do avaliador e dos administradores é eximida, em função do absolutismo dos dados (GUBA; LINCOLN, 2011).

Com relação a este aspecto, Bosi e Mercado (2011) referem a utilização histórica da avaliação como instrumento de legitimação de poder na América Latina, tendo sido utilizada com a finalidade de destacar uma imagem triunfalista dos governos, conforme evidencia-se no trecho a seguir:

“A América Latina se caracteriza como uma região que impulsionou incontáveis avaliações, as quais foram utilizadas para distintos fins (...) Mais do que com finalidades econômicas ou de transparência, sua utilização se deu, de modo geral, com fins políticos, em dois sentidos, a saber: por um lado, visando a legitimar a gestão de governos tanto de direita como de esquerda e, por outro, a “punir” ou tornar evidentes as “ineficiências” daqueles que consideram adversários políticos (...)” (BOSI; MERCADO, 2011, p.45).

Os autores afirmam que o fortalecimento dos programas e políticas de saúde, sobretudo em países que adotaram ideais sanitários reformistas como o Brasil, têm exigido a revisão dos enfoques tradicionais que orientam sua avaliação, como condição *sine qua non*

para a consolidação dessas reformas, chamando a atenção para a influência de aspectos políticos e ideológicos na prática avaliativa (BOSI; MERCADO, 2011).

Além das implicações de poder, a negação da existência de valores dos enfoques tradicionais de avaliação expõe uma contradição filosófica-conceitual que diz respeito ao paradoxo de se fazer uma “avaliação”, termo que linguisticamente está impregnado da ideia de valor, dentro do pressuposto de isenção de valores do paradigma científico positivista (GUBA; LINCOLN, 2011). Conforme evidenciado por Contandriopoulos (2006, p.706), um dos autores mais conceituados no campo da avaliação, a prática avaliativa consiste:

*“(...) fundamentalmente em aplicar um **juízo de valor** a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um de seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de juízo diferentes, se posicionarem e construírem (individual ou coletivamente) um juízo capaz de ser traduzido em ação (...)”*

Embora o próprio termo “avaliação” pressuponha epistemologicamente a aplicação de juízo de valor, a objetividade dos desenhos avaliativos tradicionais, a exclusão de atores sociais e o modo de condução dos estudos avaliativos, gera uma abstração dos valores existentes. Nesse sentido, Guba e Lincoln (2011) referem criticamente que é “fácil” afirmar que uma avaliação consiste na determinação de valores com relação a um programa, contanto que a diversidade destes não seja considerada no processo.

Nesse sentido, Whorten e Sanders (1973) reiteram que todo estudo avaliativo está intrinsecamente impregnado de valores, ressaltando que os resultados da avaliação são influenciados pelas perguntas destinadas à investigação do objeto, pelos métodos escolhidos e pela seleção dos grupos de atores inseridos no estudo. Neste aspecto, os autores destacam também a contribuição do próprio avaliador, sua história, subjetividade, experiência profissional e suas referências como fatores que afetam direta ou indiretamente o processo avaliativo.

De acordo com Bosi e Mercado (2011), no campo da saúde, a exigência por novas abordagens de avaliação pauta-se, também, na insuficiência dos modelos tradicionais de contemplar a multidimensionalidade do processo saúde - doença e a transculturalidade dos modelos assistenciais, sobretudo em países de dimensão territorial extensa, cujos processos históricos de desenvolvimento econômico e social ocorreram de forma desigual, determinando diferentes configurações no âmbito dos programas de saúde locais.

Em relação à este aspecto, os modelos tradicionais de avaliação vêm sendo criticados pela sua tendência à generalização e descontextualização, vícios que decorrem da visão

positivista de tratar a realidade como “coisa”, cujas dimensões podem ser esclarecidas mediante a abstração de aspectos imensuráveis como a participação histórica dos sujeitos na construção de um programa, sua experiência individual e coletiva, e sua subjetividade (GUBA; LINCOLN, 2011; BOSI; MERCADO, 2013).

Outra importante contradição dos enfoques tradicionais de avaliação é o dilema entre a validade dos dados e sua influência na tomada de decisões em âmbito local. De acordo com Hartz (2011), as informações consideradas aceitáveis pelos decisores, muitas vezes, possuem pouco valor no campo científico. Em contrapartida, alguns dados produzidos no âmbito de um processo científico rigoroso, não necessariamente são consideradas pelos decisores, em função da não coincidência do calendário de produção dos dados com demandas dos decisores, da escassez de informações relevantes na perspectiva dos atores e do conflito dos resultados com poderes, interesses e ideologias, cuja influência sobre a tomada de decisões é mais forte (HARTZ, 2011).

Desta forma, até o final da década de 80, no âmbito da avaliação, observou-se a busca pelo que Hartz (2011) referiu como aplicação dos pressupostos da engenharia tecnológica à engenharia social, ainda que esta se mostrasse insuficiente para apreender a complexidade dos problemas sociais (HARTZ, 2011).

Neste sentido, Guba e Lincoln (2011, p.43) referem que:

“(...) Há diversos motivos para essa reação intensamente positiva, dentre eles o espetacular sucesso que as ciências físicas desfrutaram, o desejo dos cientistas sociais de serem racionais e sistemáticos, ao estilo de Descartes (“Penso, logo existo”) e do positivismo em geral, e a necessidade de obter a legitimidade enquanto profissão, seguindo o mais rigorosamente possível a metodologia que caracterizou suas congêneres, as ciências duras ou experimentais. (...)”.

Como propostas alternativas, surgem enfoques emergentes de avaliação, principalmente na América Latina, críticos ao paradigma científico positivista, cuja preocupação gira em torno, não somente da eficácia e eficiência dos programas, mas principalmente de aspectos como: a participação social, a dimensão subjetiva, a transdisciplinaridade, os processos de significação e o papel dialógico e democratizante da avaliação numa perspectiva de consolidação das reformas sanitárias (BOSI; MERCADO, 2011).

Dentre os principais modelos emergentes de avaliação surgidos nesta perspectiva, destacam-se as de tipo participativa, qualitativa, dialógica, aquelas baseadas na triangulação de métodos, as de tipo colaborativa, holística, democrática, crítica, crítico-interpretativa e transdisciplinar (BOSI; MERCADO, 2013).

As avaliações do tipo participativa tiveram suas bases postulares em trabalhos realizados por autores como Robert Stake (1975) e Carol Weiss (1973) que lançaram modelos avaliativos com enfoque dialógico e democratizante, influenciando a emergência de novos paradigmas no campo da avaliação de programas sociais.

A avaliação de quarta geração foi proposta em 1989 por Egon Guba e Yvonna Lincoln em sua obra *Fourth Generation Evaluation*, posteriormente traduzida para o português. Também denominada avaliação construtivista responsiva, a avaliação de quarta geração apresenta-se como uma alternativa ao paradigma científico, seguindo a linha das avaliações do tipo qualitativa-participativas (GUBA; LINCOLN, 1989).

A avaliação de quarta geração fundamenta-se em dois postulados principais: o enfoque responsivo e a metodologia construtivista. O termo responsivo ou respondente é utilizado para designar o foco da avaliação, ou seja, quais parâmetros e limites serão avaliados e definidos como enfoques organizativos. No modelo proposto pela avaliação de quarta geração, o enfoque organizativo corresponde às reivindicações, preocupações e questões (RPQ's) dos sujeitos potencialmente afetados pelo processo avaliativo, a partir de um processo interativo e negociado envolvendo a participação do pesquisador e dos grupos de interesse (*stakeholders*) (GUBA; LINCOLN, 2011).

Por reivindicação entende-se qualquer tipo de alegação defendida por um sujeito que seja favorável ao objeto de avaliação. Como preocupação, define-se qualquer afirmação apresentada pelo sujeito que seja desfavorável ao objeto avaliado. Como questões entende-se situações inerentes ao objeto de investigação que podem atuar como ponto de polêmica abrigando diferentes julgamentos por parte dos sujeitos. Desta forma, admite-se que diferentes grupos de interesse acolherão diferentes RPQ's à respeito do objeto investigado, tornando-se papel do pesquisador identificá-las e abordá-las na avaliação (GUBA; LINCOLN, 2011).

Neste aspecto, Lincoln e Guba (2006) referem que a avaliação de quarta geração mostra-se flexível à pluralidade de interesses entre os sujeitos inseridos no contexto de um programa, sendo sua abordagem adaptada aos modelos de pesquisa-ação, pesquisa-ação participativa e modelos voltados para a construção do conhecimento gerado pela comunidade e designado para a própria comunidade. Por essa razão, este tipo de abordagem de avaliação amplia as possibilidades de utilização dos dados produzidos para a tomada de decisões locais.

O termo construtivista é utilizado na avaliação de quarta geração para designar o modo de condução do processo participativo da metodologia, viabilizando o enfoque responsivo e a agregação dos diferentes pontos de vista entre os sujeitos. As construções conjuntas sobre o

objeto investigado são obtidas mediante a aplicação de um processo hermenêutico-dialético (GUBA; LINCOLN, 2011).

Também conhecido como círculo hermenêutico-dialético, esta ferramenta permite aos sujeitos entrevistados confrontarem suas opiniões e posicionamentos, reconstruir conceitos inicialmente formulados, obtendo-se consensos acerca do objeto e/ou tornando mais explícitas e mais críticas as divergências e contrapontos, conforme assevera Guba e Lincoln (2011, p.166):

“(...) Ele é hermenêutico porque tem caráter interpretativo e é dialético porque representa uma comparação e contraposição de pontos de vista divergentes com a finalidade de obter uma síntese mais elaborada de todos eles, no sentido hegeliano. Entretanto, o principal propósito desse processo não é justificar uma construção pessoal ou atacar os pontos fracos das construções oferecidas por outros, mas formar uma correlação entre elas que permita um exame mútuo por parte de todos os envolvidos. A intenção desse processo é obter consenso sempre que possível; quando não for possível, esse processo no mínimo expõe e esclarece vários pontos de vista distintos e possibilita a criação de uma agenda de negociações (...)”.

A hermenêutica têm suas bases postulares nos estudos de Gadamer e surge também como uma crítica ao paradigma científico de investigação por desconsiderar a experiência comunicativa do cotidiano e tratar objetos presentes na tradição popular como achados científicos (HABERMAS, 1987)

A hermenêutica sugere a possibilidade de compreensão de significados a partir da linguagem presente, unidade temporal que marca o encontro entre o passado e o futuro (MINAYO, 2014). Na avaliação de quarta geração ela é utilizada, portanto, para dar sustentação teórica ao método de construção conjunta da realidade acerca de um objeto avaliado, acolhendo as indagações e reflexões dos sujeitos e sua relação com as construções éticas do pesquisador.

Como desdobramentos da proposta participativa da avaliação de quarta geração, os critérios utilizados para a seleção de participantes, assim como todas as etapas da avaliação se darão mediante um processo de negociação entre o avaliador e atores potencialmente afetados, no decorrer da avaliação, conforme evidenciado por Hartz (2011, p.36):

“Nesses tipos de abordagens, a avaliação leva em conta o ponto de vista dos diferentes atores. Seus parâmetros e fronteiras não são mais determinados de antemão, mas sim elaborados em um processo evolutivo, iterativo e interativo, em que participam os diferentes atores e grupos envolvidos. Em outras palavras, a forma da avaliação e seu desenrolar decorrem de um processo de negociação em que os diferentes grupos têm oportunidade não somente de fazer valer suas

reivindicações e seus interesses, mas também de influenciar na escolha das perguntas que serão feitas e dos meios de tratá-las. ”

Desta forma, Furtado e Laperrière (2011) afirmam que as pesquisas avaliativas de quarta geração apresentam-se como abordagens conceituais mais abrangentes, capazes de conformar em seus métodos a dialética das relações entre o avaliador e os diversos componentes do processo avaliativo. Como vantagens desta modalidade destaca-se a possibilidade de que os atores sociais compreendam melhor o programa ou serviço avaliado e a maior legitimidade conferida às informações produzidas e credibilidade destas na perspectiva dos sujeitos.

Alguns estudos têm sido publicados de autores que utilizaram o referencial teórico-metodológico da avaliação de quarta geração para a investigação de programas e serviços, a exemplo de Wetzel e Kantorski (2005) que avaliaram diversos serviços de saúde mental na região sul do país, referindo o alto potencial das ferramentas metodológicas na democratização do processo avaliativo.

Furtado (2001) refere também a utilização deste referencial para a avaliação de serviços de atenção domiciliar, destacando o marco conceitual metodológico da utilização de modelos inovadores de avaliação para a consolidação de princípios reformistas no âmbito da saúde.

Outros autores referiram importantes análises sobre o processo de trabalho de equipes multidisciplinares, mediante resultados da aplicação da avaliação de quarta geração (HECK *et al.*, 2008; COSSETIN; OLSCHOWSKY 2011).

Apesar da importante contribuição destes trabalhos e do potencial de crescimento dos referenciais emergentes de avaliação, a literatura científica brasileira dispõe, ainda, de poucos estudos relacionados à avaliação de quarta geração e sua aplicação no processo avaliativo de programas e políticas de saúde.

No tocante à avaliação de programas verticais como o da hanseníase, a construção histórica do modelo assistencial com práticas de saúde e gestão pautadas na doença e na medicalização, o estigma e os desafios à descentralização são aspectos que expõem lacunas no campo do conhecimento dos determinantes sócio-histórico-culturais desses programas, abrindo espaço para novas metodologias de avaliação, capazes de dialogar com essas dimensões.

4. MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudo

Pesquisa avaliativa de abordagem qualitativa que utilizou como referencial teórico-metodológico a Avaliação de Quarta Geração, segundo Guba e Lincoln (1989).

A avaliação de quarta geração constitui-se um modelo emergente fundamentado no paradigma construtivista responsivo, no qual os parâmetros e limites da avaliação são estabelecidos por meio de um processo interativo que envolve a negociação com grupos de interesse potencialmente afetados pela atividade avaliativa (GUBA; LINCOLN, 2011).

Os postulados da avaliação de quarta geração foram aplicados e adaptados neste estudo para a avaliação do Programa de Controle da Hanseníase no município de Governador Valadares, viabilizando a participação dos atores sociais inseridos no programa no processo avaliativo.

De acordo com Minayo (2014), o método qualitativo se aplica ao estudo da história, das relações, representações, crenças, percepções e opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

Entende-se que os modelos de avaliação qualitativos permitem uma compreensão mais ampla dos determinantes sócio-histórico-culturais que influenciam saberes e práticas no âmbito de programas e políticas de saúde, uma vez que estes são conduzidos por sujeitos inseridos em um determinado contexto social e político (BOSI; MERCADO, 2013).

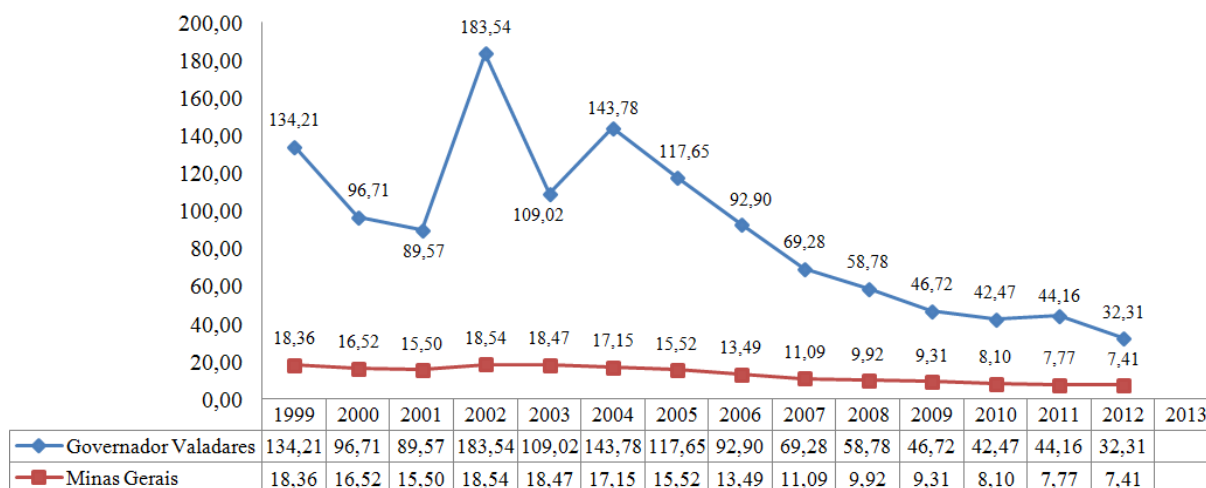
As abordagens qualitativas, neste sentido, adequam-se melhor às investigações de grupos delimitados, devido às peculiaridades de suas histórias sociais, sendo efetivas quando investigadas sob a ótica dos atores, das relações e para análises de discursos e documentos (MINAYO, 2014).

4.2 Cenário

O estudo foi realizado em Governador Valadares, um dos municípios mais populosos do estado de Minas Gerais, com 263.689 habitantes, sendo a grande maioria residente em área urbana. Possui extensão geográfica de 2.342 km² e densidade populacional de 112,58 habitantes/km² (IBGE, 2010).

Governador Valadares é um município hiperendêmico em hanseníase, localizado às margens do Rio Doce, inserido em uma área de cluster no estado de Minas Gerais. A região

concentra um elevado número de casos, conforme descrito no gráfico 1, que apresenta os coeficientes de detecção do município em relação ao estado de Minas Gerais.



*No site do DATASUS, não foram encontrados dados populacionais referentes ao município de Governador Valadares no ano de 2013.

GRÁFICO 1 – Coeficiente de detecção geral de casos novos de hanseníase no estado de Minas Gerais e no município de Governador Valadares, Minas Gerais.

Fonte: DATASUS/IBGE/Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN

O município de Governador Valadares implantou o Programa de Controle da Hanseníase ainda no ano de 1943, mediante as ações do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) (GENOVEZ; PEREIRA, 2014).

Atualmente, a rede municipal de atenção à hanseníase é composta principalmente pelo Hospital Municipal de Governador Valadares, pelo Centro de Referência em Doenças Endêmicas e Programas Especiais (Credenpes) Dr. Alexandre Castelo Branco e pelas unidades básicas de saúde distribuídas entre as regiões sanitárias do município (RODRIGUES, 2012).

O Credenpes, como unidade de atenção secundária, é referência para quatro programas de doenças endêmicas da região, sendo elas: a hanseníase, a tuberculose, a leishmaniose visceral e a leishmaniose tegumentar.

A estratégia de saúde da família (ESF) foi implantada no município em 1998, tendo ampliado sua cobertura anualmente de forma progressiva. Até dezembro de 2015, Governador Valadares contava com 56 equipes de ESF implantadas, distribuídas pelo território, correspondendo a uma cobertura populacional de 73,88%. O gráfico 2 representa a ampliação da cobertura anual de ESF no município, mediante a implantação de novas equipes.

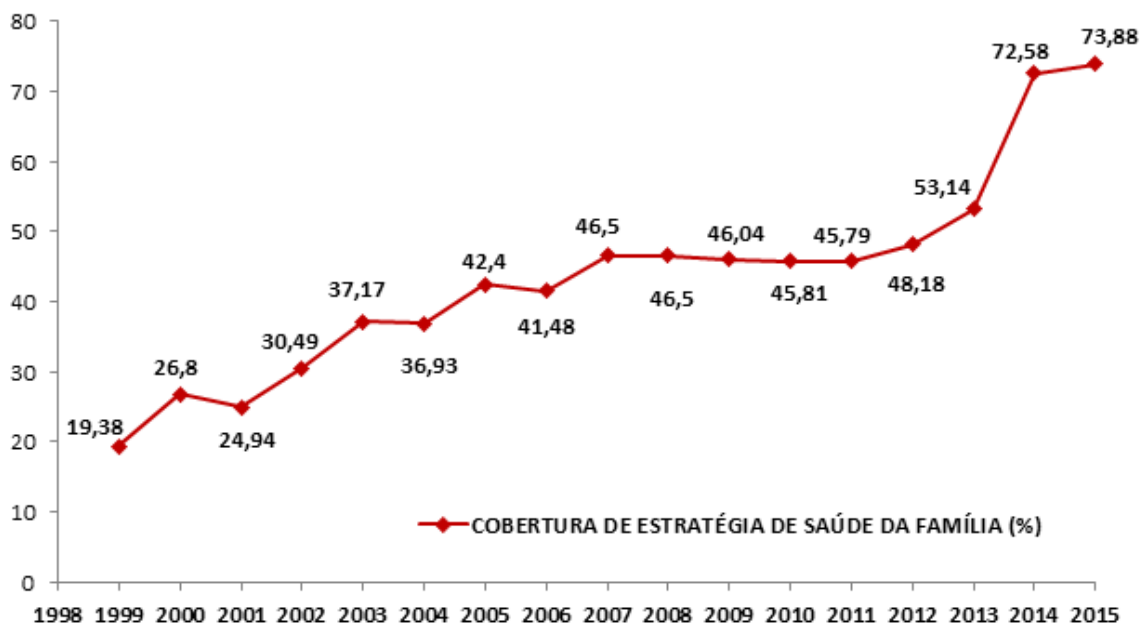


GRÁFICO 2 – Proporção anual de cobertura populacional de Estratégia Saúde da Família estimada no município de Governador Valadares, Minas Gerais.

Fonte: DATASUS/IBGE.

4.3 Sujeitos da Pesquisa: notas sobre a inclusão de participantes na avaliação de quarta geração

De acordo com o modelo teórico metodológico proposto pela avaliação de quarta geração, considera-se que toda avaliação é um ato político e envolve diferentes atores sociais potencialmente ameaçados pelo processo avaliativo e seus resultados. Desta forma, torna-se papel do avaliador a identificação de grupos de interesse (*stakeholders*) envolvidos no objeto da avaliação como forma de “dar voz” a esses grupos, acolhendo suas reivindicações, preocupações e questões (RPQ) acerca do objeto investigado (GUBA; LINCOLN, 2011).

Nesta perspectiva, a escolha dos sujeitos da pesquisa baseou-se na identificação de grupos de interesse, segundo Guba e Lincoln (2011), ou seja, pessoas ou grupos cuja avaliação coloca em risco, podendo tratar-se de representantes, beneficiários ou vítimas da avaliação.

Os representantes podem ser entendidos como as pessoas envolvidas na produção, utilização e implementação do objeto de avaliação, podendo ser estas as desenvolvedoras do projeto ou tomadores de decisões locais. Os beneficiários incluem pessoas que, de maneira direta ou indireta, tiram proveito do processo avaliativo, podendo ser o grupo alvo para o qual o objeto de avaliação foi criado ou o grupo para o qual a avaliação influencia positivamente. Já as vítimas da avaliação, abrangem pessoas que são afetadas negativamente pelo processo avaliativo, podendo arcar com diferentes possibilidades de ônus da avaliação, tais como:

perda de poder, discriminação devido à sua exclusão do processo avaliativo, pessoas que necessitarão empreender mudanças em seu processo de trabalho, dentre outras (GUBA; LINCOLN, 2011).

Considerando-se que o PCH em Governador Valadares está organizado dentro da rede de atenção à saúde do município e que a problemática da descentralização envolve principalmente os serviços de atenção primária e secundária, considerou-se como atores potencialmente afetados pela avaliação, os seguintes sujeitos descritos no quadro 1:

QUADRO 1

Atores potencialmente afetados pela avaliação do Programa de Controle da Hanseníase em Governador Valadares

<i>Rede de atenção à hanseníase</i>	<i>Atores potencialmente afetados</i>
Secretaria Municipal de Saúde	Gestores municipais
Centro de Referência Municipal	Profissionais de saúde
Unidades Básicas de Saúde	Usuários

A justificativa para se propor a inclusão desses atores é a importância de se identificar RPQ de pessoas que lidam diariamente com a problemática da doença e com os desafios relacionados ao cuidado em saúde no contexto municipal, repercutindo sobre esses todo o impacto de propostas políticas e organizativas no âmbito do PCH, a exemplo da descentralização.

Desta forma, propôs-se como critério inicial a inclusão de participantes para compor os grupos mencionados, além de ser possibilitado a inclusão de novos informantes-chave a critério dos atores municipais.

A estratégia utilizada para elencar os sujeitos a compor os grupos de interesse foi a negociação em campo entre o pesquisador e os atores municipais inseridos nos serviços da rede de atenção, através do diálogo com gestores e profissionais da assistência em reuniões sistemáticas e conversas informais durante o trabalho de campo. Esses diálogos serão descritos detalhadamente no capítulo seguinte, assim como os critérios de inclusão definidos de modo participativo. Tal definição está de acordo com as proposições teóricas e metodológicas da avaliação de quarta geração, segunda Guba e Lincoln (2011, p.225):

“ (...) a inclusão ou exclusão dos públicos não pode ser determinada de forma arbitrária pelo avaliador ou pelo cliente, nem pode ser transformada em uma competição pública. A inclusão ou exclusão, como a maioria das questões na avaliação de quarta geração, deve ser determinada por meio de negociação, na qual cada público que deseja participar pode apresentar seu argumento, tendo para

tanto uma posição de poder equitativa. É responsabilidade do avaliador providenciar essa negociação. (...)”.

4.4 Etapas da avaliação de quarta geração

A avaliação foi conduzida em etapas, de acordo com a metodologia original de Guba e Lincoln (2011), sendo realizadas algumas adaptações para este estudo. As etapas da avaliação do PCH em Governador Valadares foram conduzidas conforme o fluxograma da figura 1 e serão descritas de forma detalhada a seguir.

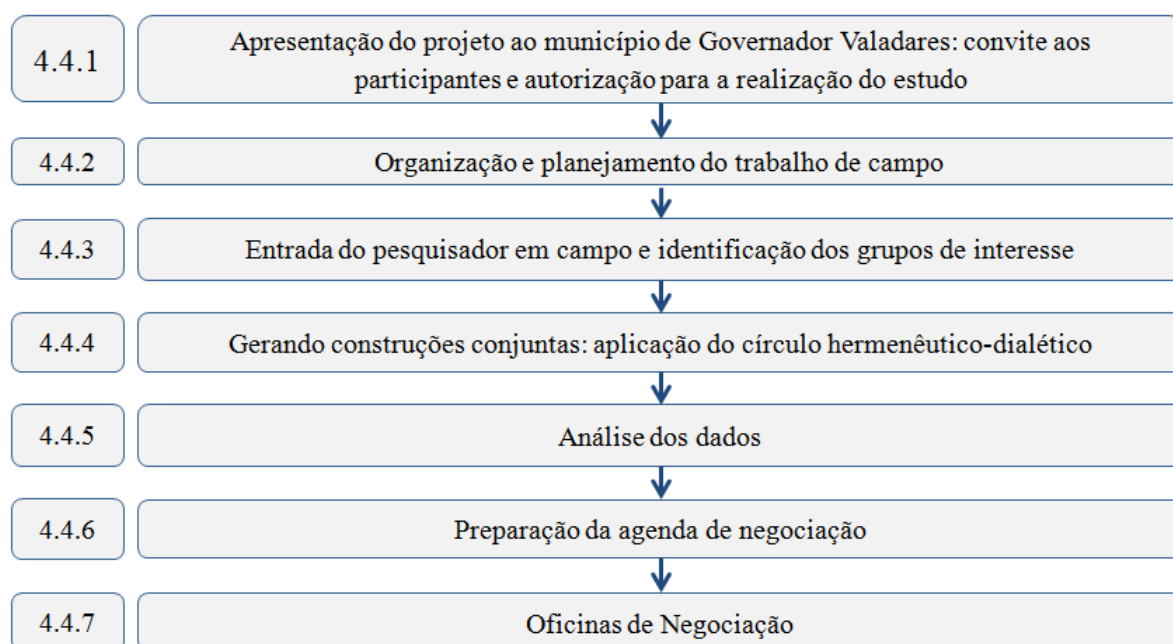


FIGURA 1 - Fluxo da Avaliação de Quarta Geração no município de Governador Valadares

Adaptado de Guba e Lincoln (2011, p. 207).

4.4.1 Apresentação do projeto no município de Governador Valadares: convite aos participantes e autorização para a realização do estudo

O interesse pela investigação do PCH em Governador Valadares partiu, inicialmente, de pesquisadores do NEPHANS – Núcleo de Estudos e Pesquisas em Hanseníase da Escola de Enfermagem da UFMG, após a constatação de lacunas no conhecimento sobre a temática da descentralização, evidenciadas em outras pesquisas do grupo no município.

Tendo-se em vista o caráter participativo da metodologia de quarta geração, considerou-se imprescindível a apresentação do projeto aos gestores e profissionais municipais, com o objetivo de sensibilizá-los à proposta da avaliação e engajá-los à participarem do processo, apoiando as atividades inerentes à pesquisa.

Além disso, considerou-se importante, também, a apresentação pessoal do pesquisador que conduziria o trabalho aos representantes institucionais dos serviços da rede de atenção à hanseníase, à fim de aproximar-se dos atores e promover uma relação de vínculo e confiança, aspectos considerados imprescindíveis para o êxito da avaliação de quarta geração.

Neste sentido, foi realizada uma reunião no dia 24 de novembro de 2014, em Governador Valadares, no prédio da Coordenação da Atenção Básica. Compareceram à reunião: gestores da atenção básica, gestores da vigilância epidemiológica, profissionais e gerente administrativo do Credenpes, enfermeiros da atenção básica, além de uma equipe de três pesquisadores da Escola de Enfermagem da UFMG.

Foi apresentado aos atores o desenho do estudo, com ênfase nos aspectos éticos, na justificativa da escolha do município como cenário político da avaliação e no caráter participativo da proposta metodológica. Foram, também, discutidas as etapas da coleta de dados no município e o planejamento necessário à entrada do pesquisador em campo, destacando a necessidade de apoio e suporte logístico para a realização das atividades no município.

É importante destacar a receptividade demonstrada pelos gestores e profissionais de saúde de Governador Valadares aos pesquisadores da UFMG e o interesse demonstrado pelos atores na participação da avaliação. A cordialidade e experiência dos trabalhadores de Valadares contribuiu para o enriquecimento do debate acerca do objeto investigado e para a consolidação de uma importante parceria, na qual o pesquisador pôde contar com todo apoio institucional e logístico necessário à operacionalização do estudo.

Como encaminhamentos da reunião, estabeleceu-se que seria aguardada a anuência formal do município, através de carta assinada pelo(a) secretário(a) municipal de saúde, para autorização da realização do estudo como etapa prévia à entrada do pesquisador em campo. A carta de anuência foi assinada em 10 de fevereiro de 2015 e enviada por correspondência postal ao endereço da Escola de Enfermagem da UFMG.

4.4.2 Organização e planejamento do trabalho de campo

Após a apresentação do projeto, foi solicitada aos gestores municipais uma relação de profissionais inseridos nos serviços de atenção à hanseníase e seus respectivos contatos, destacando-se a importância de inclusão dos seguintes atores:

- A. O total de gestores atuantes na coordenação e supervisão dos serviços de atenção primária e no centro de referência para hanseníase, além dos gestores do setor de vigilância em saúde;

- B. O total de profissionais de saúde em exercício no centro de referência para hanseníase;
- C. O total de profissionais da atenção básica capacitados para atender casos de hanseníase e suas respectivas unidades básicas de saúde;

Além dos profissionais formalmente vinculados à rede de atenção à hanseníase, foi informado aos atores municipais a possibilidade de inclusão de outros informantes-chave, não inseridos nos serviços mencionados ou na rede de saúde municipal, cuja participação fosse considerada importante do ponto de vista dos atores.

Desta forma, solicitou-se uma indicação prévia de possíveis informantes-chave reivindicados pelos atores municipais e seus respectivos contatos, abrindo-se, assim, espaço para o início do processo de negociação.

O objetivo da solicitação prévia de informantes e contatos foi, inicialmente, inteirar-se do quantitativo de profissionais para subsidiar o planejamento operacional da coleta e a adequação dos recursos disponíveis. O compromisso assumido pelo pesquisador, no entanto, seria de negociar com os atores municipais, após entrada em campo, os critérios de inclusão e a seleção final dos sujeitos da pesquisa.

Foi lembrado aos atores que novos informantes poderiam ser incluídos por sugestão de outros profissionais a partir do diálogo estabelecido com estes durante a coleta de dados.

Motivados pela possibilidade de participarem da definição dos participantes, gestores e profissionais assistenciais realizaram uma reunião no município, antes da entrada do pesquisador em campo, para discutirem coletivamente os critérios de importância da entrada de atores no estudo. Desta forma, a relação de profissionais e informantes-chave enviada ao pesquisador foi fruto de um primeiro diálogo estabelecido por iniciativa dos próprios atores municipais (notas do diário de campo).

Na fase de planejamento do trabalho de campo, foram também construídos instrumentos norteadores das entrevistas, sendo elaborados roteiros semi-estruturados com perguntas disparadoras acerca do objeto de estudo para auxiliar a condução das entrevistas, tendo-se em vista a amplitude do objeto investigado.

Consciente do paradigma no qual se insere a avaliação de quarta geração e da importância de não se restringir a liberdade dos atores na exposição de suas ideias acerca da temática, buscou-se construir perguntas generalizadas e abertas, o tanto quanto possível.

Os roteiros foram construídos após intensa reflexão e discussões com outros pesquisadores, além da realização de quatro testes pilotos para avaliar os critérios de adequação do instrumento à metodologia de quarta geração. Os testes pilotos foram realizados em Belo Horizonte, antes da entrada do pesquisador em campo, com os seguintes

profissionais: enfermeiro de uma unidade de ESF na regional Pampulha e agente comunitário de saúde da mesma unidade.

Após a experiência de realização dos testes, considerou-se necessário a elaboração de um roteiro específico para o profissional Agente Comunitário de Saúde, tendo-se em vista as peculiaridades de sua atuação no trabalho em hanseníase e a necessidade de readequação da linguagem para facilitar o entendimento e a reflexão crítica deste ator sobre a temática estudada. Desta forma, finalizou-se a construção de 5 roteiros semi-estruturados, sendo 1 destinado aos gestores (APÊNDICE A), 1 aos profissionais do centro de referência (APÊNDICE B), 1 aos profissionais da atenção básica (APÊNDICE C), 1 específico para os ACS (APÊNDICE D) e 1 para usuários (APÊNDICE E).

Por fim, foram providenciados os recursos audiovisuais e materiais necessários para a realização das atividades em campo, como últimas providências do período anterior à coleta de dados.

4.4.3 Entrada do pesquisador em campo e identificação dos grupos de interesse

A primeira entrada do pesquisador no município ocorreu no dia 14 de junho de 2015. Os três primeiros dias do trabalho de campo foram dedicados à visita aos serviços de atenção à hanseníase e à negociação participativa dos critérios de inclusão dos participantes.

A negociação foi conduzida pelo pesquisador, através de uma mediação que considerou: critérios técnicos propostos pelo pesquisador, aspectos considerados importantes na visão dos atores, suas reivindicações e a adequação do número de participantes aos recursos previstos para a coleta.

Desta forma, a negociação sobre a seleção dos participantes se deu mediante reuniões com gestores e profissionais de saúde, além de conversas informais com esses atores no cotidiano dos serviços, nas quais procurou-se observar aspectos como: o interesse dos trabalhadores à participação no estudo, a militância e o protagonismo histórico de atores com relação à hanseníase, cargos ocupados e lideranças políticas, além de aspectos subjetivos considerados importantes pelos sujeitos.

Nesta etapa de observação, foi possível identificar com certa facilidade algumas lideranças no PCH em Valadares, a partir de reivindicações espontâneas à participação no estudo, assim como relatos sobre a história da hanseníase no município contada por trabalhadores que destacaram o protagonismo de pessoas ainda presentes e atuantes dentro e fora dos serviços da rede de atenção à doença.

No dia 15 de junho de 2015, foi realizada uma primeira reunião com trabalhadores do Credenpes para discussão dos critérios de inclusão de participantes no estudo. A reunião teve início às 16 horas para viabilizar a participação dos profissionais do serviço. Não houve limitação prévia pelo pesquisador sobre o número de profissionais que poderiam participar da reunião.

Compareceram à reunião três profissionais do serviço, sendo eles: médico, enfermeiro e gerente administrativo. Os trabalhadores que compareceram espontaneamente à reunião possuíam tempo médio de atuação na rede de 27 anos e atuam hoje, não só na assistência direta à hanseníase, como também na gestão dos casos de Governador Valadares, dando suporte ao setor de Vigilância Epidemiológica.

Neste encontro foram discutidos aspectos relacionados aos trabalhadores incluídos na relação disponibilizada pelo município, tais como: cargos ocupados por estes durante a atual administração e gestões anteriores, tempo de atuação e histórico de militância no PCH. O objetivo principal desta primeira reunião foi conhecer o perfil dos profissionais da rede de atenção à hanseníase e identificar sujeitos potencialmente afetados pelo processo avaliativo.

Foram acatadas, neste momento, reivindicações dos atores, especialmente no que concerne à inclusão de informantes-chaves considerados importantes na visão destes. As propostas do pesquisador acerca de critérios importantes para a composição dos grupos de interesse foram também discutidas e acatadas pelos atores que as consideraram relevantes, obtendo-se assim um consenso acerca da participação de sujeitos no estudo.

A experiência dos profissionais presentes na reunião contribuiu de forma significativa para a discussão de critérios de inclusão de participantes na pesquisa. Foi observado o valor dado pelos profissionais àqueles atores que fizeram parte da construção histórica do programa no município, tal como a consideração de aspectos subjetivos relacionados à militância desses atores.

Observou-se que o posicionamento dos profissionais do Credenpes acerca da participação de sujeitos na pesquisa considerou não só a atual posição política ou a ocupação de cargos de poder no município, como também defenderam a participação de sujeitos que dedicaram-se historicamente à causa da hanseníase e estão hoje aparentemente “esquecidos” ou “invisíveis” na rede de atenção municipal, em função de diversos atravessamentos políticos e sociais.

Após o término desta reunião, foi definida uma primeira relação de profissionais a serem priorizados no convite à participação. No entanto, considerou-se necessário estender o

diálogo com outros atores, antes de se estabelecer de forma definitiva os participantes que seriam, de fato, incluídos.

Tendo em vista a posição política ocupada e ciente do histórico de militância deste(a) trabalhador(a) no município, considerou-se necessário o agendamento de uma reunião entre a pesquisadora responsável pelo estudo e o(a) profissional que ocupa atualmente o cargo de Referência Técnica em Hanseníase no município. Esta reunião aconteceu no dia 18 de junho de 2015. Dentre as questões mais discutidas, destacou-se os critérios de inclusão de profissionais da atenção básica no estudo, tendo-se em vista o conhecimento deste ator sobre o trabalho em hanseníase realizado pelas unidades básicas de saúde.

A experiência de 10 anos de atuação no cargo de referência técnica em hanseníase e a atuação anterior na atenção básica como profissional assistencial contribuíram de forma significativa para a definição de critérios de inclusão de profissionais da APS no estudo. É válido mencionar que nessa reunião, diferentemente da primeira, a discussão sobre critérios de participação foi mais técnica, voltada para aspectos mais objetivos da rede de atenção como o desempenho técnico das equipes da APS, fluxos assistenciais e peculiaridades da rede municipal.

Outras conversas foram feitas de maneira informal com alguns outros profissionais durante o cotidiano da coleta de dados, na qual o pesquisador percorreu os serviços de atenção primária, secundária e setores internos da SMS. Durante as entrevistas também foram feitas sugestões pelos profissionais sobre possíveis participantes e informantes-chave, alguns contactados diretamente pelo pesquisador para agendamento das entrevistas.

Desta forma, a negociação sobre critérios de inclusão e participação no estudo foi fruto de diálogos feitos com diversos atores no PCH de Governador Valadares. Os grupos de interesse foram numerados conforme o quadro 2, abaixo:

QUADRO 2

Grupos de interesse selecionados para o estudo

Grupo de interesse 1	Gestores municipais
Grupo de interesse 2	Profissionais de saúde do centro de referência
Grupo de interesse 3	Profissionais de saúde da atenção básica
Grupo de interesse 4	Usuários

A composição dos grupos, ou seja, quais pessoas seriam convidadas à participar do estudo, variou em função dos aspectos discutidos e negociados nos diálogos entre o pesquisador e os atores municipais. Alguns dos aspectos que definiram a composição dos grupos serão descritos de forma detalhada a seguir, para cada grupo de interesse.

Composição do grupo de interesse 1: Gestores municipais

A proposta inicial do pesquisador era de elencar o total de profissionais que atuassem na coordenação e supervisão do PCH em Governador Valadares. Entretanto, a estrutura gestora do programa no município é composta por um número extenso de profissionais, o que inviabilizaria a participação de outros grupos de interesse, em função do limite de recursos da coleta.

Após as discussões com os atores municipais, considerou-se, indispensável a inclusão de um gestor da Vigilância Epidemiológica, tendo em vista sua responsabilidade na coordenação direta das ACH e gestão dos casos municipais. Foi selecionado aquele que ocupa o cargo de Referência Técnica em Hanseníase no município, em função de sua proximidade com o programa, tempo de experiência no município e devido à sua interface com os demais setores da rede de atenção.

Foram selecionados, também, três gestores atuantes na Coordenação da Atenção Básica. Dentre eles, selecionou-se aquele que, embora possua menor tempo de atuação no cargo, assume atualmente uma posição política de destaque no município e os demais foram escolhidos em função do tempo de experiência em gestão e atuação anterior em serviços da atenção básica, diretamente na assistência.

Outros dois atores foram sugeridos, no entanto, não foi possível entrevistá-los em função da incompatibilidade de agendas e problemas de saúde na véspera da entrevista.

O contato com os quatro sujeitos para convidá-los à participar do estudo foi feito pessoalmente pelo pesquisador ou mediante contato telefônico.

Grupo de interesse 2: Profissionais do Credenpes

Como critério de inclusão dos profissionais do Credenpes, optou-se por elencar um representante de cada categoria profissional do serviço de referência. Desta forma, buscou-se obter maior representatividade do serviço e diversidade de olhares sobre a hanseníase e sobre o programa de controle municipal.

Os profissionais do Credenpes reivindicaram a inclusão de outros dois informantes-chave neste grupo, além dos representantes das classes profissionais já elencados. A justificativa para a inclusão desses informantes baseou-se no histórico de atuação dos sujeitos no PCH, sendo um deles um profissional do próprio serviço, não contemplado até o momento, e o segundo, locado em outro ponto da rede municipal de saúde na ocasião.

Desta forma, foi definida a participação de 11 profissionais para o grupo de interesse do Credenpes, sendo 2 informantes-chaves propostos pela equipe e os 9 restantes,

profissionais de diferentes categorias, sendo elas especificamente: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, farmacêutico, visitador sanitário e gerente administrativo.

Para os cargos que possuíam mais de um profissional, por exemplo, o de médico, o critério utilizado foi o tempo de atuação no serviço, sendo selecionado aquele que possuía maior tempo.

Grupo de interesse 3: Profissionais da atenção básica

Para os profissionais da atenção básica, optou-se por elencar inicialmente 3 equipes de saúde da família incluindo os profissionais enfermeiro, médico e um agente comunitário de saúde indicado pela equipe. Caso houvesse necessidade, em função da não saturação das entrevistas, outras equipes seriam incluídas na avaliação, no entanto, optou-se por não realizar convite prévio a outros participantes, nesta etapa, à fim de não gerar expectativas com relação à participação na avaliação.

Os cargos da equipe de saúde da família (médicos, enfermeiros e ACS) foram elencados em função de sua proximidade com o trabalho em hanseníase e por terem atribuições específicas com relação às ações de controle da doença no território. Desta forma, foi solicitado ao enfermeiro da equipe de ESF a indicação de um ACS que já tivesse tido alguma experiência com hanseníase em seu território.

Por reivindicação dos atores municipais, buscou-se levar em consideração a rotatividade dos profissionais da atenção básica, sobretudo aqueles vinculados aos programas de provisão como o “Mais Médicos” e o “ProvaB”. Desta forma, foram excluídos do estudo equipes cujos profissionais fossem vinculados aos programas referidos, pelo consenso de que a fragilidade do vínculo do profissional poderia acarretar em uma visão fragmentada com relação ao programa de atenção à hanseníase municipal.

Em diálogo com a referência técnica, foi reivindicada a importância da participação não só de profissionais engajados, mas também de outros que, embora tenham recebido a capacitação municipal e participado de eventos relacionados à hanseníase, na ocasião da pesquisa não estavam realizando diagnóstico e acompanhamento dos casos no território.

O gestor forneceu os contatos desses profissionais e manifestou seu interesse na inclusão dos mesmos, sendo acatado pelo pesquisador após discussão e consenso sobre sua importância.

Com base nesses critérios, obteve-se a relação de profissionais da atenção básica aptos a participarem do estudo. O convite à participação foi feito pelo próprio pesquisador, por via

telefônica, com o apoio de profissionais do centro de referência, devido à relação de proximidade entre profissionais dos dois serviços.

Grupo de interesse 4: Usuários

Como critério de inclusão deste grupo, foi definido inicialmente que seria selecionada uma amostra do universo de usuários que concluíssem o tratamento em até 1 ano da data da entrevista no centro de referência e na atenção primária, devendo o usuário ter idade igual ou superior a 18 anos. Buscou-se, desta forma, atenuar o viés de memória selecionando-se participantes que finalizaram recentemente o tratamento.

Entretanto, em função da concentração das ações de controle no centro de referência municipal, não houve usuários que concluíssem o tratamento na atenção básica no período estimado. Desta forma, após o diálogo com profissionais de saúde e gestores, optou-se por incluir usuários, maiores de 18 anos, que receberam alta no período referido no centro de referência, cuja entrada no serviço se deu por formas variadas, dentre elas encaminhamento pela atenção básica.

Após a definição dos critérios de inclusão, foi feita uma pré-seleção de seis prontuários de usuários que atendiam aos requisitos definidos, a partir do próprio arquivo do centro de referência, em função da facilidade de acesso do pesquisador aos dados, disponibilizados pelo serviço. Durante a seleção dos usuários, foram priorizados aqueles cuja conclusão do tratamento se deu mais recentemente em relação à data de início da coleta, sendo considerado como ponto de corte a data de 15 de junho de 2015.

Assim como nos grupos anteriores, novos participantes seriam integrados ao grupo de interesse dos usuários, caso não houvesse saturação das entrevistas durante o círculo hermenêutico-dialético. No entanto, nesta fase, foi agendado o quantitativo de seis entrevistas.

A primeira abordagem dos usuários para o convite à participação na pesquisa foi realizada por um profissional do Credenpes, via telefônica, com o auxílio da pesquisadora responsável pelo estudo. Buscou-se evitar, desta forma, possíveis constrangimentos morais aos usuários, sobretudo por tratar-se de uma doença estigmatizada como a hanseníase.

Aos usuários que aceitassem participar do estudo, foi dada a oportunidade de escolha sobre o local de preferência para a realização das entrevistas, podendo esta ser realizada na residência do usuário, em seu local de trabalho ou, ainda, no próprio centro de referência, caso preferissem.

Após o processo de negociação com os atores municipais sobre a escolha dos participantes da avaliação, foi definida a composição de cada grupo de interesse da pesquisa, descrita no quadro 3, a seguir:

QUADRO 3
Composição dos grupos de interesse da avaliação de quarta geração

<i>Grupos de interesse</i>	<i>Atores envolvidos</i>
Gestores (n = 4)	3 profissionais da Coordenação da Atenção Básica 1 Referência Técnica em Hanseníase
Profissionais do Centro de Referência (n = 11)	2 Médicos 1 Enfermeiro 1 Téc.Enfermagem 1 Assistente social 1 Terapeuta ocupacional 1 Psicólogo 1 Bioquímico 1 Visitador sanitário 1 Gerente administrativo 1 Ex-funcionário do serviço
Unidade Básica de Saúde (n = 9)	3 Médicos 3 Enfermeiros 3 Agentes Comunitários de Saúde
Usuários (n = 6)	Usuários (6)
<i>N = 30 participantes</i>	

4.4.4 Gerando construções conjuntas: aplicação do círculo hermenêutico-dialético

As construções conjuntas foram obtidas a partir de entrevistas individuais com os integrantes dos quatro grupos de interesse, utilizando-se como técnica o círculo hermenêutico-dialético, segundo Guba e Lincoln (2011) e a análise simultânea das construções, através do Método Comparativo Constante, de Guba e Lincoln (1985).

O período de realização das entrevistas individuais foi de 14 a 29 de junho de 2015. Antes de iniciar as entrevistas, procedeu-se com a apresentação pessoal do pesquisador ao sujeito entrevistado, e investiu-se no esclarecimento detalhado sobre o projeto de pesquisa, de maneira dialógica, prosseguindo-se à leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Somente após a assinatura do termo, a entrevista era, então, iniciada.

As etapas de aplicação das entrevistas nos quatro grupos de interesse foram conduzidas conforme o modelo exposto na figura 2, que representa o círculo hermenêutico-dialético de Guba e Lincoln (2011), com algumas adaptações realizadas para este estudo, conforme será explicitado a seguir.



Figura 2. Círculo hermenêutico-dialético

Fonte: Guba e Lincoln (2011, p.169)

Para a condução do processo, inicialmente foi selecionado um respondente inicial (R1) dos respectivos grupos de interesse, e foi realizada uma entrevista com este sujeito, disparando questões norteadoras do roteiro semi-estruturado, em relação ao objeto de investigação. Os temas centrais, conceitos, ideias, valores, problemas e questões propostos por (R1) foram analisados pelo pesquisador, em uma formulação inicial de sua construção, designada (C1).

A análise do conteúdo de (R1) foi realizada utilizando-se os conceitos do Método Comparativo Constante, de Guba e Lincoln (1985), porém, a realização da síntese da construção final (C1), foi feita somente a partir da escuta do áudio da entrevista e do cruzamento das informações com notas registradas pelo pesquisador durante a mesma, dando origem a um documento digitalizado (C1) antes de se iniciar a próxima entrevista.

Em seguida, um segundo respondente (R2) do mesmo círculo era entrevistado. Após exposição de suas questões próprias iniciais, os temas da análise de (R1) foram introduzidos e (R2) foi convidado a comentá-los.

Desta forma, os sujeitos de um mesmo grupo de interesse receberam a oportunidade de terem suas ideias e questões confrontadas com questões de outros participantes. Como resultado, observou-se uma reelaboração de posicionamentos, relativização e/ou reafirmação

de conceitos por parte dos integrantes do círculo, propósito imprescindível da avaliação construtivista.

Como consequência, a entrevista de (R2) possibilitou uma construção mais rica e sofisticada, designada (C2), por conter informações referentes a duas fontes. O processo foi repetido através da adição de novos informantes, sendo entrevistados todos os integrantes de determinado círculo ou grupo de interesse.

4.4.5 Análise dos dados

A análise dos dados, neste estudo, foi realizada em duas etapas: uma análise simultânea à coleta de dados, durante a aplicação do círculo hermenêutico-dialético, e uma análise posterior à conclusão do círculo.

Primeira fase: análise simultânea à coleta de dados

A análise simultânea à coleta de dados foi considerada uma análise intermediária, de caráter imediato, que teve como objetivo consolidar de forma dinâmica as construções de uma entrevista para apresentá-las ao próximo entrevistado.

Para a realização da análise simultânea, utilizou-se como técnica os fundamentos do Método Comparativo Constante, de Guba e Lincoln (1985), porém, a narrativa foi analisada a partir da escuta do áudio da entrevista e do cruzamento das informações com notas registradas pelo pesquisador durante a entrevista. O consolidado desta análise era, então, digitalizado e, posteriormente, levado para o próximo participante do círculo hermenêutico-dialético.

O método comparativo constante foi formulado originalmente por Glaser e Strauss (1967) e foi adaptado por Guba e Lincoln (1985) especificamente para a avaliação de quarta geração.

Este método consiste na comparação contínua do conteúdo de narrativas e na identificação de núcleos que emergem como construções centrais da temática desenvolvida. Ao longo do processo hermenêutico-dialético, esses núcleos vão tomando forma e dimensão, a partir de novas construções que se agregam e de sua semelhança ou divergência com relação aos núcleos já existentes, contribuindo, assim, para a delimitação deste e/ou construção de novos núcleos.

De acordo com Guba e Lincoln (1985), os núcleos temáticos e unidades de informação contidas nos mesmos, como uma espécie de subcategorias no interior dos núcleos, devem ser capazes de expressar-se por si só, ou seja, serem heurísticas na representação de seus conteúdos.

Desta forma, na dinâmica da avaliação, à medida que novas construções acumulavam-se no processo hermenêutico-dialético, as construções identificadas foram naturalmente agrupando-se em formulações semelhantes acerca do objeto investigado, ou seja, o PCH de Valadares e a descentralização, tornando a operacionalização do Método Comparativo Constante intuitiva e tecnicamente operacionalizável pelo pesquisador.

À fim de viabilizar a análise imediata das construções na dinâmica de aplicação do círculo hermenêutico-dialético, as entrevistas foram agendadas com um intervalo mínimo de 2 horas entre elas, sendo realizadas em média duas a três entrevistas por dia.

Segunda fase: análise posterior à coleta de dados

A análise posterior à coleta de dados, foi considerada, neste estudo, uma espécie de análise confirmatória e teve como objetivo reavaliar o conteúdo das entrevistas para ampliar o potencial de análise identificando construções possivelmente despercebidas durante o processo dinâmico do círculo hermenêutico-dialético e verificar as condições de saturação das informações obtidas.

Desta forma, após a conclusão do círculo hermenêutico dialético com todos os grupos de interesse, as entrevistas foram transcritas na íntegra e procedeu-se com uma reanálise das construções a partir da leitura flutuante do conteúdo transcrito, utilizando-se a mesma técnica de análise, o Método Comparativo Constante.

Como possíveis desdobramentos desta segunda análise, destacava-se a possibilidade de adicionar novos integrantes aos grupos de interesse e proceder com a repetição do círculo, a conclusão de saturação das informações e/ou a permanência de divergências entre os atores, apontando para a necessidade de preparação de uma agenda de negociação.

A análise do conteúdo transcrito não alterou a construção dos núcleos temáticos inicialmente formulados durante a análise simultânea. No entanto, ampliou as construções e o número de unidades de informação dentro dos núcleos, possibilitando a apreensão de aspectos despercebidos durante a análise intermediária.

Como desdobramentos da análise posterior à coleta, no grupo de interesse “usuários”, constatou-se a saturação dos dados a partir da quarta entrevista, sendo a principal característica que definiu a saturação, a repetição espontânea de temas na avaliação do PCH e a existência de consenso sobre os aspectos mencionados pelos sujeitos.

Desta forma, procedeu-se com a continuidade do círculo até a 6ª entrevista, uma vez que já estavam agendadas com os usuários, mas avaliou-se que não era necessária a adição de novos integrantes a este grupo, assim como a realização de oficina de negociação.

Já nos grupos de interesse de gestores, profissionais da atenção básica e do centro de referência, obteve-se também a saturação dos dados, porém observou-se uma quantidade extensa de informações, sua variabilidade e manutenção de pontos críticos de divergência acerca do objeto investigado. Concluiu-se, portanto, a necessidade de continuidade do processo metodológico nestes grupos, mediante a preparação das agendas de negociação.

De acordo com Guba e Lincoln (2011, p.229-230), os critérios utilizados para se avaliar a saturação dos dados na avaliação de quarta geração, embora não sejam vistos como métodos infalíveis em si, são:

“(...) Um dos critérios é a redundância; quando um respondente após outro não acrescenta praticamente nenhuma informação nova, talvez seja o momento de parar. Outro critério é o consenso; quando se alcança um consenso em uma construção conjunta, não faz sentido acrescentar outros respondentes. Além desses, outros critérios são as diferenças irreconciliáveis; quando se torna evidente que os membros do círculo chegaram a conclusões distintas e não é possível fazê-los mudar de opinião com base nas informações disponíveis e nos sistemas de valores escolhidos, talvez também seja o momento de parar (...)”

A análise final, posterior à coleta, foi construída a partir de duas perspectivas: uma referente a cada grupo de interesse, separadamente, com o objetivo de organizar as construções referentes ao grupo, separando RPQ consensuais e não consensuais, para viabilizar a construção da agenda de negociação.

A outra perspectiva de análise foi elaborada de forma transversal, consolidando-se as construções entre os diversos grupos de interesse, a partir de núcleos temáticos e unidades de informação semelhantes. O quadro 4, a seguir, representa o consolidado da análise transversal das entrevistas e corresponde à matriz inicial de avaliação do PCH que foi submetida à validação dos atores municipais durante as oficinas de negociação.

QUADRO 4

Matriz Inicial de Avaliação do Programa de Controle da Hanseníase de Governador Valadares

Avaliação do Programa de Controle da Hanseníase na perspectiva dos atores	
<i>Núcleos Temáticos</i>	<i>Unidades de Informação</i>
1. O Programa de Controle da Hanseníase no município de Governador Valadares	1.1 Fases histórico-políticas do programa municipal 1.2 Configuração atual do programa
2. Diálogos sobre o modelo de atenção à hanseníase: a problemática da descentralização na visão dos atores municipais	2.1 A discussão sobre o acesso 2.2 Barreiras apontadas 2.3 A polêmica da porta aberta do centro de referência 2.4 Aspectos culturais do modelo de atenção à doença 2.5 Resistências à descentralização 2.6 Analisando as tentativas frustradas 2.7 Perspectivas sobre a descentralização 2.8 Reflexões sobre o processo: a visão subjetiva dos atores

4.4.6 Preparação da agenda de negociação

A agenda de negociação foi elaborada para os grupo de interesse cujo processo hermenêutico-dialético não foi capaz de concluir de forma suficiente e consensual a avaliação dos atores inseridos no grupo. Desta forma, foram construídas 3 agendas de negociação: uma para o grupo de gestores, uma para profissionais do centro de referência e uma agenda para profissionais da atenção básica.

As agendas foram planejadas levando-se em consideração as construções de cada grupo não resolvidas no processo hermenêutico-dialético. No entanto, observou-se que as divergências de todos os grupos giravam em torno do mesmo tema: a discussão sobre a descentralização das ACH no município e suas interfaces. Por este motivo, optou-se por incluir a temática da descentralização como principal pauta nas 3 oficinas de negociação, à fim de se buscar possíveis consensos com relação aos aspectos divergentes.

A estruturação das 3 oficinas ocorreu, portanto, de forma semelhante. Optou-se por levar o conteúdo da análise transversal, ou seja, a matriz inicial de avaliação do PCH, para validação e contestação dos atores, sendo destacados os principais pontos de divergência que emergiram em cada grupo de interesse.

Desta forma, procedeu-se com o planejamento da segunda entrada do pesquisador em campo, sendo as últimas providências assumidas o contato com o campo, a organização

logística e operacional (reserva de espaços institucionais para a realização das oficinas, providência de recursos audiovisuais e materiais necessários).

4.4.7 Oficinas de Negociação

A segunda entrada do pesquisador em campo ocorreu em 30 de novembro de 2015 e teve como finalidade a realização das oficinas de negociação. Os três primeiros dias de coleta foram dedicados ao contato com os participantes do estudo para o convite formal às oficinas e preparação dos recursos logísticos para sua realização.

O convite à participação às oficinas foi feito pelo próprio pesquisador, inicialmente por via telefônica. Posteriormente, nos dias 1 e 2 de dezembro, o pesquisador dirigiu-se pessoalmente às respectivas unidades de saúde para a entrega da cópia da transcrição da entrevista individual a cada ator, juntamente com uma cópia das pautas que seriam discutidas nas oficinas de negociação.

O objetivo deste contato foi viabilizar o material necessário para ampliar a reflexão crítica dos atores acerca da temática, estimular sua participação e possibilitar aos sujeitos a oportunidade de apontar possíveis erros na transcrição de suas entrevistas.

As oficinas foram realizadas nos dias 3 e 4 de dezembro. Foi reivindicado pelos atores municipais e acatado pelo pesquisador a participação de profissionais que não tiveram a oportunidade de serem entrevistados na primeira etapa da pesquisa. Após discussão, entendeu-se a importância da participação destes atores para contribuir com as discussões das oficinas de negociação.

A primeira oficina foi realizada no dia 03 de dezembro de 2015, às 10:00h, com profissionais do centro de referência. Participaram da reunião 9 dos 11 integrantes do círculo hermenêutico-dialético (82%), entrevistados na primeira fase do estudo. O motivo das ausências foram o fato de um dos profissionais estar fora do município na data da oficina e o outro justificou-se em decorrência da incompatibilidade de agenda, uma vez que este havia sido recentemente realocado para outro serviço da rede municipal de saúde.

Além dos 9 profissionais, foi permitida a participação de outros 3 profissionais do Credenpes na oficina, totalizando-se, assim, 12 participantes neste grupo.

A segunda oficina foi realizada no dia 03 de dezembro de 2015, às 15:00h, com profissionais da atenção básica. Dos 9 profissionais que participaram da primeira fase do estudo, apenas 2 não compareceram, pois não trabalhavam mais na rede municipal na ocasião da oficina, totalizando-se 78% de participação. Não foi reivindicada a inclusão de novos trabalhadores neste grupo.

A oficina com gestores municipais foi realizada no dia 04 de dezembro de 2015, às 10:30h, e contou com a participação de 3 dos 4 gestores inicialmente incluídos no estudo, totalizando-se 75% de participação. Além desses, foi reivindicada a inclusão de outros 4 gestores atuantes das áreas da Coordenação da Atenção Básica e do Departamento de Vigilância em Saúde do município. O total de participantes desta oficina, então, foram 7 gestores municipais

Para a apresentação dos dados aos participantes das oficinas, elaborou-se quadros explicativos com os respectivos núcleos temáticos da avaliação, suas unidades de informação derivadas e fragmentos das falas dos respondentes que deram origem à construção das categorias.

Desta forma, foi possível partilhar com os atores a lógica de categorização utilizada pelo pesquisador durante as análises, assim como apresentar os resultados apreendidos no círculo hermenêutico-dialético, destacando os pontos de divergência que persistiam sem consenso entre os atores.

Os resultados foram apresentados em power-point, utilizando-se recursos multimídia, à fim de facilitar a visualização dos dados. Além disso, cada participante tinha disponível em mãos as pautas impressas das negociações, previamente entregue pelo pesquisador, conforme mencionado anteriormente.

O quadro 5, a seguir, representa o modelo simplificado de organização dos dados para apresentação nas oficinas de negociação.

QUADRO 5

Modelo simplificado de organização dos dados para apresentação nas oficinas de negociação

<i>Núcleo temático em pauta</i>	<i>Unidade de informação em pauta</i>	<i>Falas do entrevistado</i>
Núcleo 2: Diálogos sobre a descentralização: o modelo de atenção à saúde enfatiza a visão dos atores sociais	Barreiras apontadas à descentralização: o desinteresse dos profissionais	<i>“(…) Nós temos médicos e enfermeiros que, pelo que eu sei, já passaram pela capacitação, e não fazem. (...) o que é isso? Passa por capacitação e não aprende? <u>É falta de interesse amiga! Falta de envolvimento com o que veio, com a própria capacitação. (...)</u>” PCR – 8</i>

As reelaborações feitas pelos atores durante as oficinas com relação às temáticas discutidas foram registradas pelo pesquisador que ficou encarregado de consolidá-las e apresentá-las no texto de apresentação dos resultados do estudo.

Vale ressaltar que as oficinas de negociação com os grupos de interesse não alterou a estrutura da matriz avaliativa inicial do PCH, no que condiz ao primeiro núcleo temático – “O

Programa de Controle da Hanseníase no município de Governador Valadares” – sendo mantidas as mesmas unidades de informação formuladas anteriormente.

Entretanto, no que condiz ao segundo núcleo temático – “Diálogos sobre o modelo de atenção à hanseníase: a problemática da descentralização na visão dos atores municipais” – o processo de negociação gerou importantes repercussões na estrutura inicial da matriz avaliativa do programa, alterando a composição e variedade das unidades de informação, conforme será observado no quadro 8 da sessão de resultados.

As oficinas foram gravadas e compõem os documentos finais desta pesquisa.

O conteúdo referente às negociações e pactuações realizadas durante as oficinas foi consolidado pelo pesquisador (APÊNDICES F, G, H) e enviado por correspondência eletrônica para: o email institucional do Credenpes, o email institucional da Coordenação da Atenção Básica, o email institucional da Vigilância Epidemiológica e para os emails pessoais dos(as) enfermeiros(as) que participaram do estudo, sendo solicitado o repasse para os demais profissionais da equipe.

O objetivo desta medida foi oferecer aos participantes uma nova oportunidade de reivindicar possíveis reformulações no conteúdo das oficinas, tal como disponibilizar o arquivo referente às negociações para que os serviços pudessem utilizá-los em favor de medidas de intervenção, como reuniões de equipe e/ou diálogos com a comunidade.

Obteve-se a resposta formal de 7 participantes, sendo 3 do grupo de gestores, 2 do grupo do Credenpes e 2 do grupo da atenção básica, confirmando novamente a validação do conteúdo das oficinas, sintetizado pelo pesquisador.

Dos 21 atores que receberam a cópia da transcrição das entrevistas individuais, apenas 1 solicitou correções no texto transcrito, referentes a siglas de serviços que foram mencionados pelo participante durante a entrevista, nas quais foram identificados erros de transcrição.

As oficinas tiveram duração média de 2 horas e as discussões dos temas foram debatidas de forma intensa pelos sujeitos. Considera-se que esta etapa gerou enorme mobilização entre os atores municipais, uma vez que o conteúdo apresentado expôs de forma clara os diversos posicionamentos, críticas e interpretações dos sujeitos com relação ao PCH no município, provocando reações diversas entre os atores presentes.

Apesar do risco de constrangimento inerente às oficinas, pela interação inevitável com outros participantes e pelo confronto do diálogo e livre exposição de ideias em grupo, a condução das oficinas permitiu a mediação de possíveis conflitos, não sendo observados sinais aparentes de constrangimento entre os sujeitos.

Ressalta-se, também, a observância da maturidade e ética dos profissionais presentes, como aspectos primordiais que facilitaram o trabalho de condução das oficinas, fazendo com que as discussões se perpetuassem em um clima de respeito mútuo entre os participantes.

4.5 Considerações éticas

Esta pesquisa seguiu as normatizações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais em 29/05/15, mediante o parecer consubstanciado N°1.076.302 (ANEXO A).

A pesquisa também foi aprovada pela Câmara do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da UFMG (ANEXO B) e recebeu anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Governador Valadares, formalmente assinada pela secretária municipal de saúde em 10 de fevereiro de 2015 (ANEXO C).

A participação dos gestores, profissionais de saúde e usuários envolvidos no estudo foi voluntária, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após serem devidamente informados sobre os objetivos do estudo, possíveis riscos e sobre a programação da coleta de dados.

Foram elaborados 2 modelos distintos de TCLE, um para gestores e profissionais de saúde (APÊNDICE I) e o outro, específico para usuários (APÊNDICE J), no qual se buscou alcançar uma linguagem mais acessível e objetiva, a fim de facilitar o entendimento dos mesmos.

Foi enfatizado aos sujeitos da pesquisa, tanto nos TCLE's quanto no momento da entrevista, que estes teriam o direito de desistir de sua participação em qualquer período do estudo, sem constrangimentos ou necessidade de justificar-se. Da mesma forma, foi salientado que a participação na primeira fase do estudo, as entrevistas individuais, não implicaria na obrigatoriedade de participação na segunda fase referente às oficinas de negociação, podendo o sujeito optar pela participação apenas de uma etapa.

Foram tomadas medidas de proteção ao anonimato das informações referentes às entrevistas individuais, como a identificação das falas dos participantes com siglas alfanuméricas. No entanto, foi ressaltado aos sujeitos que aceitaram participar das oficinas o risco de constrangimento em expor suas ideias perante outros participantes do mesmo grupo de interesse, tendo em vista a proposta dialógica da metodologia.

Foi oferecida aos usuários a opção de escolha sobre o local de realização das entrevistas. Aos usuários que optaram por realizá-la no Credenpes, foi informada a inviabilidade de se manter o sigilo sobre o aceite de sua participação perante os profissionais

do serviço, considerando que as entrevistas ocorreriam durante o horário de funcionamento da unidade. No entanto, foi frisado que o conteúdo das entrevistas individuais seria mantido em sigilo, com acesso exclusivo do pesquisador.

5. RESULTADOS

Os núcleos temáticos e unidades de informação que serão apresentados, foram construídos a partir de reivindicações, preocupações e questões (RPQ) dos atores sociais inseridos no contexto do PCH municipal, acolhidas através do processo hermenêutico-dialético e validadas na sessão de negociação após intenso debate entre os atores.

Ao longo do texto, as falas dos participantes foram codificadas por meio de siglas de acordo com o grupo de interesse do qual fazem parte e, dentro de cada grupo, os sujeitos foram identificados através de números aleatórios, à fim de preservar o anonimato dos atores, dificultando sua identificação no texto. Os códigos e números dos quatro grupos de interesse deste estudo foram descritos no quadro 6:

QUADRO 6

Codificação das falas dos entrevistados, segundo grupo de interesse

<i>Grupo de interesse</i>	<i>Código</i>	<i>Sujeito</i>	<i>Exemplos</i>
Gestores	GES	(1, 2, 3, 4)	GES – 1
Profissionais do Centro de Referência	PCR	(1, 2, 3... 11)	PCR – 10
Profissionais da Atenção Básica	PAB	(1, 2, 3... 9)	PAB – 4
Usuários	US	(1, 2, 3... 6)	US – 3

Além das falas dos participantes, no decorrer do texto de apresentação dos resultados, são mencionadas notas informativas do pesquisador, com o intuito de esclarecer sobre assuntos referentes às falas dos sujeitos. As notas informativas do pesquisador estão apresentadas em parênteses e destacadas em negrito e itálico para facilitar sua identificação.

5.1 Núcleo temático 1: O Programa de Controle da Hanseníase em Governador Valadares

Este núcleo reúne informações trazidas pelos atores acerca do processo histórico que o PCH atravessou, desde a sua implantação no município até os dias atuais, enfatizando a construção dos serviços de saúde, a participação dos atores sociais e a atual configuração do programa na rede de atenção à doença. A síntese dos resultados do núcleo temático 1, segundo divisões temáticas e unidades de informação está descrita no quadro 7.

QUADRO 7

Descrição do conteúdo referente ao núcleo temático 1

NÚCLEO TEMÁTICO 1	DIVISÕES TEMÁTICAS	UNIDADES DE INFORMAÇÃO
<p>“O programa de Controle da Hanseníase no município de Governador Valadares”</p>	<p>Fases histórico-políticas do programa no município</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1ºMomento: O SESP • 2ºMomento: A implantação da PQT • 3ºMomento: A municipalização • 4ºMomento: A implantação da Estratégia Saúde da Família • 5ºMomento: O movimento de 2002 pela descentralização • 6ºMomento: A construção do Credenpes
	<p>Configuração atual do programa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hanseníase: a perspectiva epidemiológica do problema na visão dos atores municipais • Estratégias de controle no âmbito gestor: entre as demandas de atenção à hanseníase e a disponibilidade de recursos do programa • A rede de atenção à hanseníase no município • O papel da atenção primária na rede de atenção à hanseníase • O papel do centro de referência na rede de atenção à hanseníase

5.1.1 Fases histórico políticas do programa no município

- 1º Momento: O SESP (Serviço Especial de Saúde Pública)

O programa de controle da hanseníase em Governador Valadares foi, historicamente, construído por atores sociais inseridos no cuidado à doença, dentre estes profissionais de saúde, gestores e usuários. Ao longo dos anos, o programa sofreu intensas mudanças, em função de transformações ocorridas no próprio modelo assistencial brasileiro que repercutiram sobre a configuração dos sistemas de saúde locais e dos programas centralizados executados no âmbito do município.

Em Governador Valadares, as ações de controle da hanseníase foram historicamente realizadas por um órgão federal, o SESP, criado em 1940 e reformulado na década de 60, passando a se chamar Fundação SESP. Os serviços do SESP distribuíam-se territorialmente no município em 5 unidades sanitárias onde eram executadas ações de educação sanitária e assistência médica à população, com foco no controle das principais doenças transmissíveis que assolavam a região, dentre elas a hanseníase.

- 2º Momento: A implantação da poliquimioterapia (PQT)

A partir de 1988, com a implantação da poliquimioterapia no Brasil, o estado de Minas Gerais indicou suas unidades e a Fundação SESP de Valadares foi selecionada como unidade piloto para a implantação da PQT no município e em diversas regiões. Desta forma, foram designados profissionais do SESP e de outros serviços centralizados, para ministrarem treinamentos e capacitações por todo o estado, com o objetivo de implementar e difundir pelo país as ações de controle da hanseníase e o tratamento com a poliquimioterapia.

“(...) eu fiz o projeto pra implantar aqui e em 88 foi implantado o programa PQT aqui. (...) depois incrementou-se a partir de 88, vários treinamentos foram realizados, não só aqui no município, como fora dele. Nós recebemos pessoas de outros estados até Valadares, (...) pra ajudar a multiplicar esse curso (...)” PCR - 1

A implantação da PQT em Valadares gerou importantes mudanças no modelo de atenção à hanseníase dentro do município. A partir daí, a Fundação SESP de Valadares passou a ser responsável não só pela assistência direta aos pacientes e ações de vigilância sanitária, mas também pela formação dos profissionais da rede básica de saúde do município.

- 3º Momento: A municipalização

O período a partir de 1988, em Valadares, foi marcado pelo movimento de reestruturação da rede municipal de saúde. Com a criação do SUS e a municipalização, Valadares assistiu à fusão de antigos órgãos federais e estaduais de saúde pública localizados no município e à criação de novos serviços e pontos de atenção, em consonância com a proposta de construção de uma rede de saúde descentralizada e hierarquizada.

Observou-se, a partir daí, um intenso trânsito de profissionais de saúde no município que abandonaram seus postos de trabalho iniciais em instituições federais e estaduais e passaram a atuar em novos serviços da rede municipalizada.

Nesta época, a Fundação SESP foi extinta e foi criado o Núcleo de Dermatologia Sanitária na Policlínica Estadual de Governador Valadares, para onde foram remanejados profissionais do antigo SESP e de outros serviços federais, responsáveis pelo controle da hanseníase no município. A partir daí, as unidades sanitárias do SESP foram municipalizadas, criando outros serviços em seus prédios, dentre eles centros e postos de saúde que passaram a compor a rede básica do município. O PCH, neste momento, deixou de ser coordenado pela Fundação SESP e passou a ser executado no âmbito da Policlínica Estadual.

“(...) Então, a Dermatologia Sanitária era, digamos assim, o espelho do que existia federal, estadual e que o município reproduzia. (...)” PCR – 1

Vale ressaltar que, as mudanças ocorridas a partir de 1988 com a implantação da PQT, a criação do SUS e a municipalização, embora caminhassem rumo à descentralização, não modificaram a estrutura verticalizada do PCH, permanecendo este centralizado na policlínica estadual, sob a coordenação dos atores do antigo SESP e demais órgãos federais de Valadares, agora municipalizados.

Paralelo a esta estrutura, o estado de Minas Gerais e o município de Valadares continuaram incentivando o projeto de capacitação das equipes da APS, visando dar continuidade à implantação da PQT e a descentralização do tratamento da hanseníase.

No decorrer dos anos, novos atores foram inseridos no programa municipal e convidados, também, à tornarem-se monitores do estado, viajando por diversos municípios para a multiplicação de treinamentos das equipes.

“(...) A minha entrada no programa foi interessante, na época eu trabalhava na FUNAI (...) depois eu recebi a resposta me convidando pra fazer o curso de hanseníase. (...) Aí foi. Depois de vários e vários treinamentos, a secretaria estadual me convidou pra ir dar o treinamento (...) nós rodamos esse estado todo fazendo treinamento de equipes por aí a fora. (...) Esse foi meu começo no programa. E enquanto isso, eu continuei trabalhando com o programa de hanseníase específico lá na policlínica. (...) isso foi antes de 99 (...) o programa era centralizado na policlínica” PAB - 2

O projeto de capacitação previsto pelo estado era oferecido em dois módulos, com duração média de uma semana em cada, contendo parte teórica e prática, sendo a principal metodologia pedagógica utilizada aulas expositivas com o conteúdo completo voltado para os aspectos fisiopatológicos e clínicos da doença e para a instituição do esquema terapêutico com a poliquimioterapia. Inicialmente, o principal público-alvo desses treinamentos eram médicos e enfermeiros de unidades básicas de saúde do modelo tradicional.

- 4º Momento: A implantação da Estratégia Saúde da Família

Com a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), ocorrida em Valadares a partir de 1998, novas demandas surgiram de formação de recursos humanos para atuação no PCH. Isso porque a implantação da ESF incentivou a ampliação da rede de atenção básica, o aumento significativo do número de profissionais no município e a inserção de novos atores no cuidado à doença, dentre eles o Agente Comunitário de Saúde.

O novo perfil dos profissionais recrutados para atuarem nas equipes de ESF variou, desde profissionais jovens, recém formados, sem experiência, àqueles com maior tempo de atuação na rede, em vias de aposentadoria, muitas vezes especialistas de outras áreas da medicina.

“(...) Aqueles profissionais mais antigos que foram aproveitados inicialmente na Estratégia de Saúde da Família, que eram profissionais mais... aposentando ou mesmo em final de carreira, que faziam outras áreas da medicina e que foram colocados no PSF (...) e uma nova realidade de profissionais jovens chegando. Então nós tivemos vários treinamentos que tiveram interrupções pontuais ou não, em grupos ou isoladamente, dentro do PSF (...)” PCR - 1

A abordagem dos treinamentos também sofreu modificações decorrentes da mudança no perfil dos profissionais da atenção básica, após a implantação da ESF. O crescimento do número de equipes juntamente com o fator da rotatividade passou a exigir maior frequência de treinamentos e capacitações e a abordagem sofreu modificações, considerando-se que se tratavam de profissionais generalistas, com pouca experiência e conhecimento sobre a doença e que seriam responsáveis não só pela hanseníase como também por diversos outros programas da atenção básica, antes a cargo de especialistas.

“(...) depois nós abandonamos um pouco aquele modelo que era do Ministério e passamos a fazer uma adaptação pra realidade local, onde aquele curso de 1 semana passou a ser de 48 horas (...) sempre adaptando pra nova realidade. Aquilo que era feito pra profissionais de academia, médicos antigos, passou a ser feito pra um público mais jovem (...) A implantação da Estratégia de Saúde da Família mudou a abordagem curativa versus preventiva né. Digamos assim, como que nós íamos introduzir, fazer se diluir no trabalho de uma unidade preventiva um programa vertical como é o da hanseníase? (...)” PCR - 1

Desta forma, equilibrando-se na dialética entre a pressão política para a reconstrução do modelo assistencial e a estrutura de recursos humanos, técnicos e financeiros do município, Valadares foi aos poucos construindo sua rede de saúde própria e ampliando a cobertura de ESF. Nesta dinâmica, o PCH, acompanhando a mudança do modelo de atenção à saúde rumo

à consolidação dos princípios do SUS, caminhava em direção à integração das ações de controle na atenção básica.

- 5º Momento: O movimento de 2002 pela descentralização

A partir de 2002, iniciou-se uma fase de intensa movimentação política no âmbito do programa municipal, incentivada pela secretaria estadual de saúde e pelo Programa Nacional de Controle da Hanseníase do MS. Dentre as propostas discutidas nos diversos espaços políticos com atores municipais, estaduais e federais, situava-se o projeto de descentralização, a partir da oferta de capacitações em massa das equipes da atenção primária e a construção de um centro de referência municipal para esquemas alternativos.

O movimento de 2002 pela descentralização em Valadares mobilizou toda a rede de atenção à saúde do município e seus diversos atores, dentre eles gestores, profissionais do antigo SESP, já municipalizados responsáveis pelo PCH na policlínica, profissionais da atenção básica, usuários, lideranças locais, contando também com forte apoio da mídia.

O projeto de capacitação das equipes de ESF, chamado por alguns atores de “capacitação de campanha”, incluiu diversos profissionais da atenção básica, não só médicos e enfermeiros como também os demais atores inseridos no cuidado como técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que passaram também a contribuir para a suspeição da doença e a participar das ações pertinentes ao PCH.

As unidades básicas de saúde, nesta época, foram abastecidas com recursos materiais necessários à condução do diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos, como estesiômetros, fichas de notificação e medicamentos. Além das ações nas unidades, a comunidade foi também contemplada através de diversas atividades de educação nos bairros, escolas e observou-se um intenso movimento das mídias locais, com divulgação de sinais e sintomas da doença na televisão e orientações sobre a procura pelos serviços de saúde mais próximos do local de residência.

Todo esse movimento gerou enorme repercussão nos indicadores epidemiológicos da hanseníase no município, tendo se observado o aumento súbito da detecção de casos novos da doença nos dois primeiros anos, além de desconcentração do diagnóstico que passou a ser realizado por um maior número de unidades dentro do território, sobretudo em áreas cobertas pela ESF.

Os treinamentos ofertados às equipes foram conduzidos por profissionais que atuavam no Núcleo de Dermatologia Sanitária da policlínica, com vasta experiência em hanseníase desde o antigo SESP e agregou diversos profissionais da ESF.

*“(...) Eu achei muito importante, porque ele (**médico do Credenpes**) é especialista em mancha (...) A gente avisou primeiro na área as pessoas que tinham uma mancha, e quando eles vieram, a gente ficou dentro do consultório junto com eles. (...) Então isso foi muito positivo! Na época a gente identificou vários casos. (...) eu achei muito importante essa capacitação, essa foi muito boa (...) nessa capacitação eu aprendi a identificar. (...)” PAB – 7*

“(...) Já fui num treinamento que teve aqui no bairro mesmo, com os três PSF, né. E aí eu fui. Aí, chegou lá, o médico estava, fez o teste com aqueles ferrinhos na mancha e através disso eu tava olhando. Foi tipo um treinamento, né, com muita gente na época, e teve muita gente que deu (...) Apareceu muita gente com hanseníase (...)” PAB – 5

Em 2004, nova campanha foi iniciada no município com foco no exame dermatoneurológico em massa dos contatos de pacientes detectados a partir de 2002, tendo sido diagnosticados novos casos de hanseníase, a partir da mobilização das equipes.

Apesar da repercussão positiva sobre a detecção de casos no município, após as campanhas de 2002 e 2004, atores referem que a atenção básica não estava preparada para assumir o acompanhamento integral dos pacientes, em função, dentre outros fatores, da rotatividade dos profissionais médicos que acarretou em descontinuidades na atenção á doença, levando a um alto índice de abandono ao tratamento.

“(...) E aí, tinha uma situação, que ela foi muito positiva, mas leva a gente a refletir muito, que é a questão da campanha de 2002 e 2004. Quê que acontece? A gente teve um “boom” diagnóstico, mas a gente não tinha preparo pra acompanhar esses pacientes na atenção primária, então assim, teve muito abandono, teve muito erro de classificação (...)” GES – 3

“(...) Tivemos um “boom” em 2002, fizemos uma capacitação que nós chamamos de capacitação de campanha e foi muito motivador (...) eu percebi naquela ocasião, por parte da equipe um entusiasmo muito grande, por parte dos profissionais. Mas logo em seguida, no outro ano, a alta rotatividade que é um dos problemas que Estratégia Saúde da Família sofre atualmente... (...) o tempo é pequeno daquele profissional, você investe nele, capacita, ele sai e vem outro (...)” PCR – 10

- 6º Momento: A construção do Credenpes

Como outros desdobramentos ocorridos no PCH de Valadares nesta época, fruto das redefinições do programa estadual, destaca-se a criação do Credenpes em 2003, como centro de referência municipal para esquemas alternativos e apoio secundário às equipes da atenção básica.

A partir de 2001, a policlínica estadual foi transferida para outro imóvel, onde passaria a ser gerida e administrada pelo próprio município, transformando-se, assim, em uma policlínica municipal.

A proposta de reorganização da policlínica municipal era de concentrar as especialidades médicas em um só espaço, possibilitando uma melhor gestão dos recursos e administração da demanda por consultas especializadas advindas dos demais pontos de atenção.

Nesta nova configuração dos serviços, em consonância com o modelo estadual, a proposta seria de descentralizar os programas de doenças transmissíveis como a hanseníase e a tuberculose para a atenção básica, criando-se um centro de referência para suporte secundário às equipes no atendimento de demandas que exigissem maior grau de complexidade, tais como: diagnóstico de hanseníase em menores de 15 anos, reações hansênicas, recidivas e mudanças de esquemas terapêuticos.

Apesar de já ser uma proposta da SES, atores enfatizaram a militância política dos profissionais de saúde do município para a criação do centro de referência que ficou conhecido como Credenpes – Centro de Referência em Doenças Endêmicas e Programas Especiais Dr. Alexandre Castelo Branco, em homenagem a um conhecido médico da região, militante na causa da hanseníase no município, desde a época do SESP. Os profissionais que reivindicaram à favor da construção do centro de referência, enxergavam neste espaço a continuidade do PCH no município, mediante apoio político e institucional.

“(...) Era unidade SESP, foi reformada, virou Policlínica, depois a policlínica era a policlínica de hoje, também com novo prédio. Lá foram colocados os especialistas e nós, então, ficamos sobrando, então o que vai fazer conosco? Então nós fizemos uma articulação política, técnica, pessoal, com vários atores, o Estado, a UFMG, o município, o SESP, nós, descentralizados né, no SUS e nós então montamos uma estrutura que ficaria como uma referência, que hoje é chamado de Credenpes. Então o Credenpes é a continuidade de algo que já existia (...) Então, nós temos a consciência de que nós propomos ser centro de referência, mas esse centro de referência ele não surgiu ao acaso, surgiu através de conversas e depois, houve uma reunião de monitoria em Belo Horizonte, onde nós fomos indicados como atores de um centro que seria pra esquemas alternativos de hanseníase (...)” PCR -

1

Desde então, o Credenpes, como uma continuidade do antigo SESP e, posteriormente, do setor de Dermatologia Sanitária da Policlínica Estadual, tornou-se o principal serviço de atenção à hanseníase do município de Governador Valadares, concentrando grande parte dos diagnósticos e tratamentos da doença.

Sua designação normativa enquanto serviço de atenção secundária, com delimitação de atribuições e responsabilidades na rede de saúde municipal, não determinou por si a descentralização do programa, observando-se a permanência do atendimento de casos de hanseníase, independente do grau de complexidade.

Outra medida reorganizativa no âmbito do PCH foi a criação do cargo de referência técnica para hanseníase em 2005, sob incentivo político da SES. A criação do cargo de referência técnica alterou profundamente a estrutura administrativa e gerencial do programa, descentralizando a gestão dos casos, antes centralizada no Credenpes.

“(...) o município em algum momento da sua história, achou tão importante que colocou uma referência técnica, então isso é uma coisa super importante de destacar (...) Em 2005 que ela foi criada (...) teve uma oficina de supervisão aqui, promovida pelo estado, e o estado ele é estratégico, ele não vai fazer uma coisa dessa à toa. A ideia é porque a gente tava no “boom” depois da descentralização e o centro de referência não tem condição de cuidar das questões da rede, ele é um centro de referência, ele não pode se auto gerir (...) com a supervisão, uma das grandes deliberações que o estado deixou pro município pensar, é que tinha que ter uma referência (...) e a gestão achou por bem, então, criar essa referência técnica. (...)” GES - 3

A criação do setor de vigilância em saúde e do cargo de referência técnica em hanseníase, marcam um importante momento histórico do programa municipal, introduzindo novos espaços de gestão e contribuindo para a intensificação do monitoramento epidemiológico no município e coordenação das ações de vigilância e avaliação dos serviços de atenção.

Essa medida promoveu maior integração entre os setores responsáveis pela supervisão coordenação e execução do programa, propiciando a criação de grupos gestores com inclusão da atenção básica no planejamento das ações e decisões políticas relacionadas ao PCH.

Como desdobramentos do processo histórico do programa de controle da hanseníase no município de Governador Valadares, destaca-se a permanência atual de antigos profissionais remanescentes de instituições federais, como o SESP de Valadares, locados nos atuais serviços de atenção, em especial no Credenpes.

“(...) A Fundação SESP foi extinta no governo Collor, 90, 91, ela foi fundida né a Fundação SESP (...), FUNAI (...), então criou-se o FNS, depois essa FNS perdeu alguns desses atores e passou a se chamar FUNASA. Então nós éramos da Fundação SESP, passamos a ser FUNASA e depois por um decreto, fomos municipalizados. Então, hoje nós estamos no SUS servindo ao município né. Então a nossa instância, chamada Credenpes, ela contempla as áreas federal, estadual e

municipal. Então nós temos interface com a escola, temos interface com o governo do Estado, temos interface com o Ministério da Saúde, temos interface com o município (...)" PCR – 1

Esses profissionais atravessaram períodos distintos da história do município, tendo passado por diferentes tipos de gestão administrativa, nas quais destacaram-se por sua experiência de atuação na assistência aos casos, pela militância política em prol de melhorias para o programa e pela formação de recursos humanos no município, experiência que os tornaram referência tanto para os gestores e profissionais, quanto para a própria população valadarense.

"(...) são pessoas que agregam muito essa questão do conhecimento especial da hanseníase, também por agregar uma equipe que tem um histórico né, a história da hanseníase é muito forte em Valadares, ela tá atrelada a toda a questão da municipalização, questão do SESP (...)" PCR - 5

A referência histórica desses atores e sua concentração no serviço de referência para hanseníase no município, influenciaram a configuração do programa de controle municipal, representando, no plano simbólico, a persistência do antigo modelo de assistência à doença, marcado pela especialização e centralização do cuidado.

Este aspecto foi destacado pelos atores de diferentes formas durante as entrevistas e oficinas de negociação, em geral a partir de um reconhecimento pela excelência inquestionável do serviço prestado no Credenpes, ora dialeticamente como um determinante que dificulta o processo de descentralização, conforme será abordado posteriormente.

5.1.2 Configuração atual do programa

- Hanseníase: a perspectiva epidemiológica do problema na visão dos atores municipais

Um importante aspecto percebido nas entrevistas individuais foi o reconhecimento por parte dos gestores e profissionais de saúde acerca da importância epidemiológica da hanseníase no município e dos desafios impostos PCH municipal, revelando uma postura de responsabilização dos atores e preocupação com a situação endêmica do município:

"(...) não é um problema que está perto de acabar. Se você olhar a série histórica, você vai ver que tem lá, a gente partiu aí talvez de 2007 de 130 casos, aí hoje a gente tá com 70 casos, teve redução. Em 2002 foram 400 e tantos casos, então de fato a gente sabe que a curva tá bem decrescente, mas é porque ainda precisa de mais esforços (...) aí quando você vai ver os dados lá, ano passado a gente fez 8 diagnósticos em menores de 15 anos, ano retrasado foram 5, quer dizer... (...) tem infecção recente! E também o volume de encaminhamento das unidades diminuiu

(...) então é uma endemia que exige um trabalho continuado, não pode interromper nunca (...).” GES - 3

Observa-se o reconhecimento da magnitude da hanseníase e a importância de intensificar a busca ativa na comunidade, frente à realidade epidemiológica da doença. A concentração de casos em algumas áreas do município e a inexistência em outras vizinhas, associado à evidência de infecção recente, revelam o silêncio e subnotificação da doença, evidenciando a influência de fatores operacionais e organizacionais na detecção de casos, conforme ressaltado pelo gestor abaixo:

“(...) A gente faz duas reflexões, por exemplo, lá na região do Ipê (...) lá é uma região endêmica, porquê? Porque as equipes buscam mais? Porque tem um trabalho mais efetivo em cima dessa questão? Quer dizer que então, no Jardim Primavera e no Vila Parque Ibituruna, que é do lado não tem, não é endêmico, porquê? Não é endêmico ou porque as atividades não estão voltadas pra esse olhar? (...) o número de casos não indica que aquela área é endêmica e a outra não é (...). Ou então assim, as áreas que não têm casos têm feito ações voltadas pra isso, tem buscado, têm feito notificação de sintomáticos dermatológicos e aí não têm nenhum caso? Não! As áreas que não têm nenhum caso não fazem uma ação voltada pra hanseníase (...).” GES – 2

“Hoje nós não temos o volume de casos de pacientes igual nós tínhamos no passado, caiu bastante, mas eu não acredito que a doença esteja plenamente controlada não. Até porque, os casos que têm se apresentado mais recente, que são os casos da periferia, nós temos deparado com paciente com muita sequela (...) temos criança, então isso é preocupante! (...).” PCR - 10

Os indicadores epidemiológicos mencionados pelos atores evidenciam uma situação preocupante com relação ao silêncio da doença no município e à passividade da atenção primária nas ações de controle, expondo de forma clara o desafio da incorporação do olhar dos profissionais da atenção básica sobre a busca ativa de casos na comunidade. Neste sentido, pode-se afirmar que a descentralização é vista como uma estratégia necessária para se alcançar o controle da doença no território, na visão dos atores.

- Estratégias de controle no âmbito gestor: entre as demandas de atenção à doença e a disponibilidade de recursos do programa

Os aspectos relacionados às estratégias adotadas no âmbito da gestão do PCH foram trazidos pelos atores, em geral, numa perspectiva dialética, na qual os esforços empreendidos se equilibram entre as demandas genuínas do cuidado à doença e a disponibilidade de

recursos para a saúde no município, que repercute tanto na capacidade operacional dos serviços de atenção, quanto na própria estrutura técnica e gerencial do programa.

Segundo os atores, diversas estratégias vem sendo assumidas pela gestão municipal e pelos profissionais de saúde para intensificar a busca ativa de novos casos de hanseníase e o acompanhamento integral do paciente, assim como o monitoramento da doença no território. Entretanto, o êxito das intervenções, têm esbarrado em questões limitantes como a escassez de recursos financeiros e humanos para a saúde no município.

Em relação à situação financeira, atores denunciaram a escassez do programa destacando que essa realidade interfere diretamente nas ações de educação em saúde, na supervisão das equipes, na qualidade do trabalho no que condiz às instalações físicas e garantia de biossegurança nas unidades de saúde e no abastecimento do estoque de medicamentos.

Além desses problemas, atores mencionaram a ausência de suporte logístico para transporte de materiais de almoxarifado e medicamentos entre as centrais de abastecimento e as unidades de saúde, ficando o deslocamento a cargo dos próprios profissionais.

Essa situação foi reivindicada de maneira bastante intensa pelos atores, durante as entrevistas individuais, que expuseram, ora sentimentos de indignação e frustração com a situação do programa no município, ora a busca de estratégias de enfrentamento, a partir do otimismo e disposição para a continuidade do trabalho. Esses relatos podem ser evidenciados a partir das falas que seguem:

“(...) falta também material pra gente desenvolver os projetos, porque os projetos a gente desenvolve no peito e na raça, então assim, sai do bolso da gente, né, algumas coisas, né. Mas a gente é tão mobilizado que eu diria que sai, o produto final (...) quando o Credenpes faz alguma atividade sábado, acaba que tá saindo o dinheiro todo do bolso de alguém, mas não é do município, e é uma atividade do município (...)” PCR – 5

“(...) a estrutura física do Credenpes, é uma situação inadmissível e continua do mesmo jeito porque a gente sempre dá um jeito (...) chovendo, molhando, pingando, a gente tá trabalhando do mesmo jeito (...)” GES – 3

“(...) A falta de recurso ela dificulta muito a atuação. (...) por exemplo, a medicação, o farmacêutico busca a medicação com carro dele. Ele vai na Superintendência Regional de Saúde e busca (...)” PCR – 10

“(...) No caso do fluxo de medicamento, eu teria que fazer a notificação, mandar pra Vigilância, a Vigilância mandar o medicamento, foi como eu disse antes, eu vou pela porta dos fundos, boto o tratamento debaixo do braço e venho (...)” PAB 2

“(...) às vezes falta remédio, prednisona né, que a gente usa muito pra reação hansênica, principalmente. Não tem de 5mg, só tem de 20mg. Ofloxacino pra um esquema alternativo, de vez em quando falta. Esses detalhes aí que dificultam mais (...)” PCR - 1

As condições físicas do imóvel do Credenpes e o problema de biossegurança da unidade foi intensamente abordada pelos atores, que demonstraram bastante preocupação com o atendimento de pacientes de hanseníase e tuberculose no mesmo local e o impacto negativo da ambiência da unidade sobre a qualidade do atendimento para profissionais e usuários:

“(...) O Credenpes, por exemplo, é um setor que trabalha com hanseníase e tuberculose, aí o cara que tá enfim, tá aí pro atendimento de hanseníase, faz uso de corticóide em dose elevada, ele compartilha o mesmo espaço que um BK positivo pra tuberculose. Eu, pra mim, eu acho que assim, é algo grave. Deveriam ser doentes que não deveriam estar no mesmo local, no mesmo instante, né.(...) você vê pessoas que entram aqui que vão receber o primeiro atendimento, que o exame de escarro é positivo, o médico vai me atender pra ver se eu to com tuberculose. E nesse mesmo instante, o cara tá ali com a reação, tomando ali 70, 80, 100 mg de corticóide, tá imunodeprimido, tendo o mesmo contato. (...) há muito tempo aqui caminha desse jeito. Eu não entendo, eu não entendo! (...)” PCR – 3

“(...) parece que as pessoas não querem que o Credenpes funcione, porque não é possível, não justifica o atendimento naquele local. (...) Aquele local ali é um local que eu já cansei de falar com o pessoal lá da enfermagem: Ô gente, isso aqui é doente mental atendendo outras pessoas! (...) nós estamos todos doentes aqui, é doente atendendo doente! (...) você tá atendendo paciente e aquele mal cheiro que sai de descarga, aquele troço, umas coisa horrorosa, tudo descascado, uma poluição visual. O pior é a pessoa que trabalha 8 horas e tem que ficar ali dentro, enfiado naquele troço (...)” PCR – 6

“(...) o Credenpes aqui, tadinho, tá caindo aos pedaços. Um centro específico, né... porque se trata a hanseníase, a tuberculose... será que isso é seguro? Já teve casos de eu ficar esperando demais aqui. Tá com a hanseníase de um lado e pegando tuberculose do outro (...)” US – 4

Verifica-se certo conformismo dos atores que, por não verem perspectivas de mudança deste cenário, buscam estratégias e fluxos paralelos para viabilizar o cuidado, em meio a problemas de ordem macroestrutural que fogem à governabilidade, até mesmo dos gestores municipais.

Em relação às medidas adotadas pela gestão do PCH para potencializar as ações de controle da hanseníase, pode-se dizer que a capacitação de profissionais tem sido considerada uma estratégia prioritária do programa municipal. Atores referem a diversificação de modelos e metodologias pedagógicas já utilizadas para este fim. No entanto, a atual instabilidade de recursos humanos para a saúde no município, tem gerado uma situação permanente de rotatividade, sobretudo do profissional médico, dificultando a efetividade das estratégias de capacitação.

“(...) a gente tentou um monte de coisa, desde, por exemplo, modelos pra capacitação (...) vai lá, vem aqui, faz os dois, modelo pedagógico, estudo de caso, a gente já trabalhou assim com N possibilidades. (...) Mas eu odeio falar nisso que é a questão da rotatividade (...) nós precisamos de trabalhar dentro da lógica de que é rotativo mesmo, nós colocamos isso assim... pra gente. Mas isso, eu percebo que por vezes, por mais que a gente tenha assumido (...) é assim (...) cansativo! Porque já teve situação assim, da gente treinar todos os profissionais em um mês, e daí há 2 meses não ter nem 50% dos profissionais capacitados, sabe? (...)” GES – 3

“(...) a referência técnica da hanseníase e o Credenpes enquanto centro de referência, eles chegaram a uma exaustão mesmo assim, né. Capacitar, capacitar, capacitar e num vê um resultado, né. (...)” GES - 2

À respeito da rotatividade dos profissionais médicos, gestores expõem a situação de instabilidade dos cargos no município, relacionando-a às condições pouco atrativas de mercado em termos salariais e a perspectiva desfavorável da carreira do profissional médico do SUS, em especial, para atuar na Estratégia de Saúde da Família.

“(...) a ausência, por exemplo, também de um plano de cargo e salário dentro da atenção primária, que você consiga fazer um vínculo com esse profissional (...) a gente tem hoje, por exemplo, um salário do médico de família hoje é 4.600 reais, né. (...) Então assim, vira um bico mesmo e você fica literalmente na mão dessas pessoas.(...) então o médico ele vai fazer hoje residência em medicina da família, tem a bolsa do Ministério, que é hoje 3 mil reais e uma bolsa do município, que é 4 mil reais. Aí, ele termina a residência, e se ele for contratado pelo município, ele ganha 4.600, ou então ele entra no programa de provisão (...)” GES – 2

Em função das questões expostas, hoje, Valadares possui mais de 70% das equipes de saúde da família vinculadas aos programas de provisão, dentre eles o “PROVAB” e o “Mais Médico”.

“(...) os médicos são extremamente rotativos, é muito difícil (...) você treina o médico, ele fica um ano. Se ele for PROVAB, ele vai embora, se ele for “Mais Médicos”, ele vai ficar aqui três anos (...) hoje em Valadares, eu tenho 57 equipes e eu tenho 41 médicos do programa de provimento (...) Então, é muito complicado você fortalecer vínculo (...)” **GES - 1**

Além da problemática referente ao aspecto temporário dos programas de provisão, gestores relatam ainda problemas de ordem cultural que interferem na adaptação dos profissionais e questões relacionadas aos direitos trabalhistas dos programas que repercutem na continuidade da assistência:

“(...) Valadares hoje tá literalmente na mão do Ministério da Saúde, dos programas de provimento (...) Eu tenho 57 médicos, 41 é do programa (...) É uma confusão, porque chega no final do ano, as férias dos cooperados, vão todos. Eu fico com 20 unidades sem médico, porque o vôo é fretado, não existe “tira um por mês”, é de uma vez! Vira um caos! (...) Antes a gente não tinha médico, hoje a gente tem o médico que ele tá aqui de passagem, né. (...)” **GES - 2**

“(...) todo mundo achou que o médico vindo pro programa de provimento seria assim... a solução, a panaceia! (...) mas aí é questão cultural, o profissional vem de uma outra cultura, eles custam a se adaptar, ele tem dificuldade com a língua (...)” **GES - 3**

Com relação ao quadro de recursos humanos para a atenção básica, o município de Valadares vivencia um outro grave problema que diz respeito ao perfil do agente comunitário de saúde. Atores municipais referiram que os ACS's atualmente em exercício são, em sua totalidade, cargos de indicação política, não sendo exigida qualquer formação específica para sua atuação.

“(...) Então, igual eu falei, a questão da atenção primária na política de recursos humanos (...) o agente comunitário aqui ele não é concursado, ele é indicação política, não tem concurso de saúde da família, nem processo seletivo pra nenhum dos profissionais. (...)” **GES - 3**

Vale ressaltar que, além do problema de qualificação dos profissionais ACS, o município, atualmente, vive um período de tensão também com relação à disponibilidade deste na rede, em função de cortes recentes de recursos do Ministério da Saúde que repercutirão no orçamento municipal, inviabilizando a manutenção do número de profissionais em exercício. Gestores afirmam que esta situação interfere no desempenho das

ações de controle da hanseníase e de outros programas, pois enfraquece a estrutura de recursos humanos da atenção primária.

*“(...) o Ministério da Saúde repassava um recurso maior que o salário mínimo, então você conseguia pagar um salário mínimo com os encargos sociais (**referente ao pagamento dos salários de Agentes Comunitários de Saúde**). Agora não. Agora, o governo federal repassa R\$1.014, determina que o município tem que repassar R\$1.014 como piso salarial e você tem que garantir 5%. (...) eu to muito preocupada, porquê? Porque a gente vai ter demissão. O município não tem como pagar. Não tava previsto no orçamento do município né. (...) o município não vai ter como bancar isso. (...) a gente senta aqui e discute muito, como é que a gente vai fazer hanseníase, tuberculose, as crônicas mesmo né, e tudo? (...)” **GES – 2***

*“(...) a atenção primária, ela tá muito instável nesse sentido de, por exemplo, os agentes comunitários que eu tava te falando, aumentou o piso, aí vai ter que mandar gente embora, ficar área descoberta, desviar de função, como que vai ser? O agente comunitário ele é o elo, né, é o que segura. Então, é muito complexo! (...)” **GES - 3***

Diante do cenário de instabilidade de recursos humanos, gestores relatam que a situação da capacitação de profissionais para atuação no cuidado à hanseníase apresenta-se como insuficiente no município. Entre os profissionais capacitados, o enfermeiro destaca-se como a categoria com maior número de profissionais treinados, enquanto a categoria médica apresenta-se com déficit considerável, devido à rotatividade e não adesão aos treinamentos.

*“(...) a atenção primária modelo saúde da família, que aí tem um número aí, talvez de (...) 16 equipes novas que não foram capacitadas ainda (...) A categoria que tem mais profissionais capacitados é enfermeiro (...) médicos, acho que nem 20% se a gente for colocar em números (...) Então, a atenção primária que tá nesse sentido, com poucas equipes completas capacitadas. (...)” **GES – 3***

Um aspecto fundamental reivindicado pelos atores foi o reflexo da escassez de recursos humanos também para a gestão técnica do programa. Neste sentido, a falta de profissionais para realizar a supervisão das equipes e a dificuldade para manter a reciclagem necessária dos treinamentos, foram destacados como entraves ao êxito das intervenções.

*“(...) educação permanente, não tem como ser um modelo pontual, você vai treinar, apesar da gente ter avançado um tempo de capacitação (...) a pessoa precisa ir pro campo, ela precisa implementar e aí tem que ter supervisão, tem que ter alguém não só monitorando indiretamente como a gente faz (...) só isso não é o suficiente, tem que ir pro campo (...) a supervisão é uma prioridade, deveria ser uma prioridade (...)” **GES - 3***

Uma outra dificuldade apontada para o êxito da estratégia de capacitação é a não adesão do profissional médico. O diagnóstico da hanseníase, a notificação e a instituição do

tratamento são ações privativas deste profissional, portanto, a não adesão aos treinamentos tem interferido diretamente na descentralização das ações de controle da doença no município.

Neste aspecto, o enfermeiro é destacado nas entrevistas como um profissional extremamente comprometido com a causa da hanseníase, demonstrando interesse em participar dos treinamentos oferecidos. Em contrapartida, foi mencionado que o profissional médico assume uma postura de distanciamento e não responsabilização pelo programa.

“(...) nós, enquanto serviço de referência, enquanto município, nós não conseguimos mobilizar as unidades no quesito médico. No quesito médico para que ele fizesse investigação diagnóstica, diagnóstico e tratamento. (...) quando a gente propunha fazer o dia da mancha, quem fazia o dia da mancha era a enfermagem (...) E acabava que o médico do Credenpes continuava fazendo o dia da mancha. (...) Mas pelo contrário, nós temos enfermeiros muito comprometidos. Que fazem junto com a equipe o trabalho da suspeição, dos encaminhamentos, dos monitoramentos (...) PCR - 5

Sobre esse aspecto, atores compreendem a não adesão dos médicos às capacitações, treinamentos e atividades de educação em saúde como uma herança cultural relacionada ao modelo de formação deste profissional e aos privilégios de classe conferidos à categoria.

“(...) Nós temos uma formação médica cultural para uma desvinculação com essas políticas e estratégias de roda de conversa. (...) muito mais tecnicista a formação, uma formação de que vai, de que executa e que vai embora. (...) Então é cultural. (...) tem envolvimento financeiro nisso, tem envolvimento de categoria profissional, que acha que não precisa... que a categoria dele não requer essa entrosação, esse movimento. (...) A barreira cultural de categorias, ela interfere diretamente. (...) Essa cultura que a gente tem que uma categoria é mais importante, tem mais benefício que a outra. (...) Eu te coloco isso, a começar pelos editais de concurso. (...) existe a categoria médica e a categoria demais profissionais da saúde. Nós somos locados dessa forma, técnico superior em saúde. Todos nós somos técnicos superior em saúde, e o médico. Existem duas categorias dentro da locação. Por aí você já percebe, você tem uma distinção de categoria né. (...) disso, resulta várias outras consequências. Então, resulta no não comprimento do horário né, uns podem cumprir um horário “x” e outros “y”. Então se eu tenho um que é “x” o outro é “y” já começa a atrapalhar pro paciente, essa acessibilidade né. Então o paciente só pode ir a tarde, mas o médico só vai de manhã... (...) PCR - 5

Além da capacitação, o PCH tem investido também no monitoramento das ações de controle desempenhadas nos serviços da atenção primária e em estratégias de incentivo à suspeição. Dentre as estratégias, destaca-se a implementação do registro de sintomáticos

dermatológicos na atenção básica e, posteriormente, a bonificação de profissionais das equipes que atingiram a meta de busca ativa com recursos provenientes do PMAQ.

“(...) Desde 2009, se não me engano, a gente implantou no município a busca de sintomático dermatológico (...) Então, as unidades elas tem monitoramento mensal de sintomáticos dermatológicos, eles têm um livro na unidade e têm... eles enviam um espelho pra gente desses pacientes que tem lesão de pele, qualquer tipo, e a gente monitora (...)” GES - 3

O registro de sintomáticos dermatológicos na atenção primária foi uma medida implementada por incentivo da SES, durante a elaboração do plano diretor da atenção básica. Posteriormente, a gestão municipal associou esta medida à outra estratégia para incentivar a suspeição na atenção primária, a bonificação dos profissionais das equipes da APS com recurso do PMAQ.

“(...) o Ministério da Saúde faz o repasse do PMAQ e a prefeita fez o compromisso de que 50% do repasse é para os profissionais. Então, a gente tem o critério de avaliação de medida de desempenho mesmo pra refazer esse repasse, e um dos indicadores é a busca de sintomático e diagnóstico na atenção básica. (...)” GES - 3

Apesar dos esforços implementados, o monitoramento deste processo na atenção primária tem mostrado resultados negativos da estratégia de bonificação das equipes, tendo em vista que a suspeição se mantém baixa, conforme evidencia-se na fala do gestor, abaixo:

“(...) nós tivemos uma estratégia que foi o PMAQ (...) a gente usou essa estratégia, mas ainda acho que é muito raso pro tamanho do nosso problema (...) porque os números indicam né, hoje a gente só tem 27 casos em tratamento (...) só que por exemplo, o que foi feito disso? Eu percebi que todas as unidades não estão tendo o olhar pra hanseníase. Tá, o quê que a gente vai fazer em cima disso?” GES - 2

Desta forma, evidencia-se na fala de gestores e profissionais de saúde um processo de busca por novas estratégias para incremento das ACH no município de Governador Valadares. As estratégias já adotadas apontam para o incentivo à descentralização e estão pautadas principalmente na capacitação de profissionais, no incentivo à suspeição e no monitoramento epidemiológico da doença.

- A rede de atenção à hanseníase no município

Conforme foi apresentado, o PCH em Governador Valadares percorreu uma longa trajetória histórica desde a sua implantação na década de 40 com o SESP, até a municipalização e posteriormente, com a implantação da ESF e o movimento de 2002 pela descentralização.

Atualmente, o PCH em Valadares está estruturado, principalmente, em dois pontos de atenção no município: a atenção primária, representada pelas unidades básicas de saúde do modelo tradicional e do modelo ESF, e pela atenção secundária, representada pelo centro de referência municipal, o Credenpes.

Em função da resolutividade desses pontos de atenção, hoje, o município recorre com pouca frequência à atenção hospitalar municipal, representado pelo Hospital Municipal de Governador Valadares, cujos encaminhamentos restringem-se à casos graves não solucionáveis na atenção secundária e, normalmente, associados a outras comorbidades. No entanto, os casos raros de hanseníase do município que demandam suporte terciário, são mais comumente referenciados para o hospital Eduardo de Menezes em Belo Horizonte.

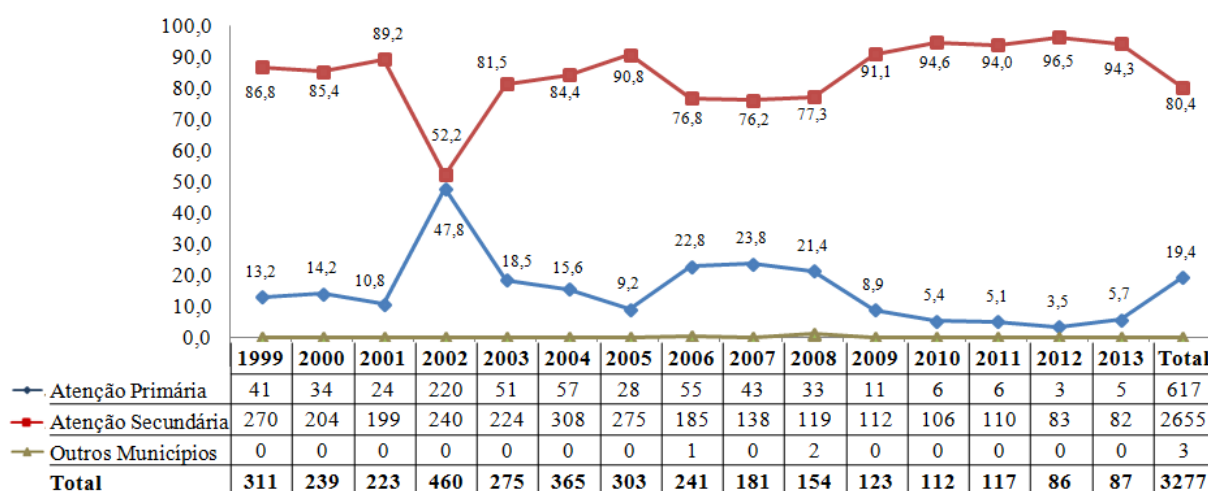
A resolutividade da rede de atenção à doença em Governador Valadares expressa-se, também, pelo baixo número de encaminhamentos para outros municípios. No período entre 2001 e 2012, apenas 4 casos foram encaminhados para outros municípios, sendo 3 deles para Belo Horizonte.

Na atenção primária, o programa concentra-se principalmente em unidades com equipes de ESF, cuja cobertura municipal é de 73,88%. Segundo o relato dos atores, a contribuição das unidades básicas do modelo tradicional é praticamente nula, em termos de diagnóstico e acompanhamento dos casos. Já na atenção básica do modelo de ESF, a participação das equipes no programa têm se dado mediante a capacitação dos profissionais para o desempenho das ações relacionadas à doença.

O PCH desempenhado na atenção secundária municipal é representado principalmente pelo Centro de Referência em Doenças Endêmicas e Programas Especiais Doutor Alexandre Castelo Branco – Credenpes e pelas unidades de apoio diagnóstico, que inclui laboratórios públicos e conveniados municipais.

O papel da atenção primária e secundária no PCH em Governador Valadares será descrito de maneira mais detalhada a partir da perspectiva dos atores, à fim de possibilitar a compreensão de aspectos relacionados à descentralização no município.

Entretanto, numa perspectiva epidemiológica, faz-se importante apresentar o aspecto da centralização de diagnósticos na atenção secundária do município, conforme evidenciado no gráfico 3:



* Foram notificados 2 casos no município, nos anos de 2000 e 2011, aos quais não há registro do número do CNES no SINAN. Portanto, não foi possível identificar a unidade notificadora destes casos.

GRÁFICO 3 – Proporção de casos novos de hanseníase residentes no município de Governador Valadares, Minas Gerais, segundo unidade de notificação, no período entre 1999 e 2013.

Fonte: DATASUS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN

- O papel da atenção primária na rede de atenção à hanseníase

As informações trazidas pelos atores ilustram a realidade evidenciada de centralização das ACH no centro de referência municipal. No cotidiano de atenção à doença no município, a APS se insere na perspectiva de assumir apenas a suspeição e algumas atividades educativas pontuais no território, a exemplo do “Dia da Mancha”.

“(…) Nós da ponta, nós da atenção básica, nosso objetivo é a prevenção mesmo. Esse é o objetivo que a gente tem, é de tá sempre... questão de orientação, né, levando a prevenção. E, nessa questão da abordagem com a sala de espera (...) sempre ações preventivas, sempre tocando a hanseníase, tuberculose, hipertensão, diabético. Então, a gente sempre tem essa visão, a questão, o objetivo mais preventivo, né. (...)” PAB – 1

“(…) Eu acho que hoje eles trabalham mais a questão de promoção e prevenção. Hoje! É o que eles fazem realmente. Eles fazem muito sala de espera, algum evento na comunidade, e é Dia da Mancha, algum evento nessa questão de prevenção e promoção. Eu não vejo hoje, na atual conjuntura, tratamento e reabilitação, não vejo. (...)” GES – 1

“(…) Na verdade, hoje, algumas unidades fazem a suspeita, encaminham pro Credenpes. Hoje não existe quase nenhum diagnóstico feito na atenção primária e existem poucas ações voltadas pra hanseníase. (...)” GES - 2

Essa situação é relatada com naturalidade pelos atores municipais. No que concerne ao profissionais da atenção primária, observa-se a existência de um entendimento distorcido sobre o papel deste nível de atenção no cuidado à doença, no qual o diagnóstico e acompanhamento integral do paciente seriam atribuições legítimas do centro de referência e a atenção básica teria como responsabilidade somente as ações de educação em saúde, suspeição e encaminhamento.

Um aspecto contraditório, amplamente discutido durante as oficinas de negociação, é a permanência desta representação entre profissionais já capacitados, o que revela a existência de uma cultura enraizada no ideário dos profissionais de que o centro de referência é o local legítimo de atendimento da hanseníase, cuja capacitação não se mostra capaz de desconstruir.

“(...) Aqui a gente centraliza (...) Não dá conta de fazer tudo, buscar os sintomáticos né, os suspeitos e acompanhar o tratamento todo. A gente acaba que nem mexe com isso, é tudo centralizado. (...) Encaminha imediatamente. Aqui é mais busca ativa, avaliação e encaminhamento do caso suspeito. (...)” PAB - 6 (profissional capacitado)

“(...) Sim, ela desconfiou. Aí me encaminhou pro Credenpes. (...) Foi rápido, ela me atendeu, já logo me deu o encaminhamento pro Credenpes, não demoraram a me atender não. Foi assim, a médica olhou num dia, aí me deu encaminhamento. (...)” US - 3

Esta realidade é percebida também com naturalidade pelo usuário, que enxerga a atenção primária como um local onde não se oferece diagnóstico e tratamento de hanseníase no município.

“(...) A gente tem que ir onde tiver o tratamento, né. (...) Tivesse um jeito de consertar, é bom né. (...) Precisa ser todos os bairro não, ao menos uns bairro mais adiantado, né. (...)” US - 1

“(...) Aqui, eu acho que dois médicos só de Valadares que atende hanseníase (...)” US - 2

Com relação aos encaminhamentos da atenção básica ao serviço de referência, profissionais do Credenpes discorrem sobre erros de suspeição, encaminhamentos incorretos e transferência de responsabilidade do diagnóstico de casos simples de hanseníase, apontando para uma realidade de despreparo técnico e falta de comprometimento com a doença.

“(...) O PSF não atende hanseníase (...) Às vezes eles encaminham pra gente aqui, pra gente avaliar hanseníase e de dez casos, sete não era pra mandar né. Se o cara tivesse um pouquinho de conhecimento né, não teria essa indicação de vir pra cá, na verdade não viria né. (...) eles mandam: paciente com lesão com “anestesia” no

braço... porque isso não é hanseníase, ela não dá “anestesia” no braço todo... solicito avaliação... Então os PSF’s são muito pouco preparados né, pra fazer o diagnóstico (...)” **PCR -11**

“(...) O que a gente encontra muito também são diversos encaminhamentos de suspeito pelo próprio profissional da Estratégia de Saúde da Família, alguns que realmente não tem nenhum tipo de critério pra se pensar em hanseníase, outros tá evidente o diagnóstico, porque que não faz?(...)” **PCR – 10**

Com relação à atenção básica no modelo tradicional, atores municipais afirmam que estes serviços praticamente não têm participação nas ações de controle da doença no município. As dificuldades apontadas para a participação dessas unidades no programa é a ausência do vínculo dos profissionais com o serviço e a comunidade, a carga horária reduzida de trabalho, a ausência da figura do ACS e o modelo voltado para o atendimento à demanda espontânea, com oferta de ações curativas.

“(...) A gente tem uma grande dificuldade com as unidades tradicionais que é o horário médico, né. Os nossos médicos lá são de 20 horas semanais, que na verdade, se for olhar eles não cumprem nem 10. Ele chega, atende e vai embora. Eles não têm envolvimento, assim, é diferente do médico da saúde da família. (...) como ele não tem a figura do agente comunitário de saúde pra ele saber, assim, ele fica solto, assim... (...) Então assim, a hanseníase nas unidades básicas de saúde tradicionais é assim... bem fraquinha o trabalho (...) o modelo das unidades básicas que é muito centrado na doença, né.(...)” **GES - 4**

Neste sentido, tendo em vista as diferenças entre o modelo de atenção da ESF e das UBS’s tradicionais, gestores afirmam que, ainda que o diagnóstico e tratamento estejam hoje centralizados no Credenpes, o aumento da cobertura da ESF representa um avanço na descentralização e na integralidade do cuidado à doença.

“(...) Saúde da família é totalmente diferente, porque ele tem uma percepção, ele tem um vínculo, ele tem um trabalho com a comunidade em que ele consegue perceber e ajudar depois o controle. Ele faz até campanhas educativas que a unidade básica de saúde não trabalha, com educação em saúde. (...) “Ah, no PSE, ah o Programa de Saúde da Escola x é meu, esse mês eu vou trabalhar hanseníase lá”, “Ah, eu tenho um centro social, que a assistente social já me procurou pra tá ...”, “Eu tenho o NASF, que me apoia através do grupo NASF”, entendeu? Eles têm uma percepção totalmente diferente e um controle totalmente diferente, por causa desses trabalhos de vigilância, que a UBS não tem esse trabalho. A UBS tradicional não tem esse trabalho de vigilância, né. O modelo não propicia isso, infelizmente. (...)” **GES - 4**

Com relação à essa realidade, gestores afirmam que o município têm investido na conversão de unidades básicas tradicionais para o modelo de Estratégia Saúde da Família, mediante planejamento de delimitação do território descoberto pela ESF em áreas adstritas para posterior instalação de equipes de ESF.

Com relação às equipes de saúde da família, o município têm enfrentado sérios problemas relacionados à organização da porta de entrada das unidades e ao processo de trabalho das equipes. Dentre os principais problemas mencionados, destaca-se o atendimento do usuário mediante distribuição de fichas na recepção, com número limitado e atendimento por ordem de chegada. Este modelo de organização da porta de entrada remete ao sistema adotado por unidades básicas tradicionais e impõe dificuldades de acesso ao usuário, gerando filas extensas que se iniciam ainda de madrugada na porta dos serviços de saúde.

“(...) A gente tem que botar, ficar em fila, vim 5 horas da manhã, 4 horas, minha filha (...) A gente tem que dormir lá na fila, tem que dormir lá pra pegar a ficha pra ser atendido. (...) eles não atendem assim você chegando 7h lá, 6h30, 6h, eles não atendem não! Fala que num dá, que as fichas acabou. (...) Às vezes você precisa consultar o menino que tá com febre, e eles mandam a gente lá pro... e assim, tá sem dinheiro, tem que fazer o possível pra vim, ter dinheiro, arrumar dinheiro emprestado. E quando a pessoa não tem? Fica lá morrendo, né. (...)” US – 5 (usuário residente em área coberta pela ESF)

“(...) É muita gente pra pouco funcionário (...) tem umas três ou quatro atendentes lá e tem umas 100 pessoas assim, custa a atender! Tem vontade de atender, mas não tem como atender todo mundo. (...) Chega muita gente idosa. (...) um espera daqui, outro espera dali, cansa de esperar, tem uns que até desiste. Tem vez que a gente chega, a situação não tá boa, tá apertado no socorro, aquela fadiga mesmo, não tem condições de atender na hora né. Se tivesse um jeito de consertar... (...)” US – 1 (usuário residente em área coberta pela ESF)

Com relação ao trabalho de suspeição de casos de hanseníase, entendido como uma atribuição da atenção básica pelos profissionais, a ausência de registro de sintomáticos dermatológicos na planilha de monitoramento mensal, demonstra a passividade das equipes também com relação às ações de controle propostas por este nível de atenção. O incentivo da suspeição mediante a bonificação dos profissionais com recursos do PMAQ, não têm se mostrado suficiente para motivá-los à intensificarem a busca ativa no território, sendo a ausência de casos a principal justificativa proferida nos discursos.

“(...) não foi uma nota muito boa não. Até porque aí, vem também aquela questão: mas eu não tinha paciente com hanseníase, eu não tenho paciente de hanseníase. Ninguém me procurou com essa... com esse sintoma pra gente pensar e tal. Então, isso fica muito nessa questão assim. (...)” GES – 1

“(...) Não sei... o povo não liga pra isso não: “na minha área não tem, porque que eu vou me preocupar?” Não tem ou você não sabe procurar? Porque ter tem, ter tem! Agora, se você não tá com uma visão, uma sensibilidade para olhar o paciente e ver que ele tá com alguma coisa, você pode saber, fica de cabeça baixa escrevendo, cabeça baixa... (...)” PAB – 2

Desta forma, pode-se dizer que o papel da APS na rede de atenção à hanseníase em Valadares, além de restrito por não assumir o diagnóstico e acompanhamento dos pacientes, mostra-se também insuficiente com relação à suspeição, busca ativa e educação em saúde, ações propostas e entendidas como responsabilidades legítimas deste nível de atenção.

- O papel do centro de referência na rede de atenção à hanseníase

A primeira constatação sobre o papel do Credenpes na rede de atenção à hanseníase em Governador Valadares é que este serviço representa o que os atores chamam de “atenção primária da hanseníase do município”. Historicamente, o Credenpes, sendo uma continuidade do antigo SESP, vêm assumindo o cuidado integral à doença, desde o atendimento de casos simples até os mais graves, numa atuação que ultrapassa sua designação normativa enquanto unidade de atenção secundária.

“(...) O Credenpes, hoje, ele é o... eu falo que é a atenção primária da hanseníase. É a porta aberta, é o lugar onde vai fazer tudo (...)” GES - 4

Sobre a acessibilidade do Credenpes, atores afirmam que o serviço atua desde sempre com porta de entrada aberta ao usuário, admitido por encaminhamento de outros pontos da rede ou por demanda espontânea sem qualquer exigência de encaminhamento. Neste sentido, o usuário procura o serviço por orientação formal ou informal, tanto de serviços públicos como particulares do município.

“(...) O fluxo do Credenpes pelo que eu entendo hoje aqui, o paciente vem por demanda espontânea, diante de alguma queixa de mancha, em que ele vai ser avaliado pela enfermagem, tá. (...) Existe um encaminhamento dos postos de saúde que é a ponta (...) o centro de referência não pode abarcar todos os casos de hanseníase, seria os mais complicados, ações né, doses alternativas, mas eu acho que acaba fazendo muito serviço da ponta, tá. (...)” PCR - 4

“(...) eu fui no laboratório fazer o exame mesmo, aí chegou lá, o médico que tava lá ele pegou e mandou eu pro doutor (a palavra “doutor” refere-se ao médico do centro de referência). (Era do SUS?) Não, eu paguei mesmo. (...) Aí foi e me passou pra lá, pra mim procurar lá. (E esse laboratório era particular?) Particular. (...)” US – 3

A referência histórica do Credenpes se expandiu ao longo dos anos em Governador Valadares, especialmente por abrigar profissionais do antigo SESP ainda em exercício. A viabilidade do acesso à demanda espontânea no Credenpes fez com que, historicamente, se perpetuasse a imagem de um serviço de excelência com portas abertas à população. Isso faz com que o usuário procure o Credenpes, muitas vezes sem passar por qualquer atendimento anterior, por informação *boca-a-boca*, na certeza de que será acolhido pelo serviço.

“(...) O Credenpes, hoje, é conhecido no município todo, na região toda. Então, ele mesmo deixa de entrar na unidade e busca o Credenpes. E o Credenpes sempre esteve de porta aberta pra todo mundo, tanto é que não precisa nem de encaminhamento específico pra ir pro Credenpes, o Credenpes atende demanda espontânea. (...)” PAB – 2

Dentre as atividades desempenhadas pelo Credenpes no controle da hanseníase destacam-se: o exame dermatoneurológico de usuários com sintomatologia sugestiva, a realização de exames laboratoriais como a baciloscopia, o diagnóstico e classificação da doença, a condução do tratamento, a prevenção de incapacidades, alta, tratamento de reações hansênicas e suporte psicossocial com equipe multidisciplinar especializada.

A equipe do Credenpes é composta, além de médicos, enfermeiro e técnicos de enfermagem, por uma equipe multidisciplinar que inclui: assistente social, psicólogo, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, visitantes sanitários, farmacêutico, bioquímico, além de profissionais que atuam na administração do serviço, de um gerente e funcionários responsáveis pela limpeza e higienização da unidade.

No cuidado à doença, a atenção psicossocial ao paciente com hanseníase é prestada pelos profissionais psicólogo e assistente social. Com relação à prevenção de incapacidade, o trabalho é realizado pelos fisioterapeutas do serviço e pelo terapeuta ocupacional. O fluxo de atendimento da equipe multidisciplinar no Credenpes é organizado mediante protocolo, conforme verificado pelo relato do profissional abaixo:

“(...) Existe um fluxograma, né, na unidade, de atendimento dos profissionais. Então quando o paciente inicia o tratamento, aí na segunda dose (refere-se à dose supervisionada do medicamento, realizada no serviço), ele já passa pelos outros demais profissionais, né (...) passa pela (nome da assistente social), passa pelo

psicólogo, passa pela fisioterapia.(...) às vezes antecipa né, mas a regra é que passe na segunda dose. (...)" PCR - 7

Além das ações relacionadas à assistência direta de usuários com hanseníase, o Credenpes atua também na capacitação e treinamento das equipes da atenção primária, na realização de ações de educação em saúde no território, assumindo ainda a vigilância de contatos e busca ativa de usuários resistentes à adesão ao tratamento na comunidade.

"(...) desde suspeição diagnóstica, investigação, diagnóstico, tratamento, monitoramento (...) gestão dos casos, pós alta, reações hansênicas (...) aí a gente consegue extrapolar, eu vejo aqui é um serviço assim, envolvido com o extra-muro, a gente tem se envolvido com as coletividades, com os "Dias da Mancha", com a educação permanente das equipes (...)" PCR - 5

"(...) Assim que eu cheguei no Credenpes, eles já marcou pra mim logo. (...) No mesmo dia. (...) é só fazer aquele raspado, depois que saiu o resultado do raspado, que eles me mandaram pra fazer o pedacinho (...) a biópsia. (...) Lá no Credenpes eu já iniciei o tratamento. (...) toda vez que eu ia lá, eu tomava uma dose e ficava tomando em casa. (...) Eles me avisavam o dia que você ia lá tomar remédio: Não toma o seu em casa não, não toma não, você já vai tomar aqui. Isso que eu fazia. (...)" US - 3

"(...) Meus familiares também (...). Foi marcado pra todos. Todos que conviviam comigo no momento (...) Avaliaram todos. (...)" US - 4

Com relação ao trabalho de busca ativa realizado pelo Credenpes, um fato importante a ser ressaltado é a designação de um profissional específico do serviço para esta função, revelando a organização interna dos profissionais do Credenpes para assumir a atividade em Governador Valadares que é entendida também como um de seus papéis na rede de atenção.

O profissional responsável por essa função no Credenpes é um(a) visitador(a) sanitário(a), cargo referente à antiga Fundação SESP, extinto posteriormente. Devido à atual disponibilidade deste profissional no Credenpes e sua vasta experiência acumulada em intervenção comunitária, este profissional é aproveitado pelo serviço para o trabalho de sensibilização do usuário à adesão ao tratamento da hanseníase.

"(...) E temos aqueles perfis que já são usuários de droga, aquele que é alcoólatra, esses nós enfrentamos uma certa dificuldade em conduzir. Mas, que um dos papéis que nós temos do centro de referência, por ter visitadora sanitária (...) a gente utiliza desse profissional que é capacitado pra que ele vá, né, junto a esse paciente, ou por abandono, ou por monitoramento, quando falta dose, pra tentar fazer esse elo com o centro de referência (...)" PCR - 10

Em função da referência histórica do cargo de visitador sanitário da extinta Fundação SESP e da fragilidade da atenção básica em exercer a busca ativa de casos, mediante o trabalho do ACS, esta atividade é conduzida em Governador Valadares, pelo Credenpes, também em áreas cobertas por Estratégia Saúde da Família.

Atores referem que, em alguns casos, quando a ESF sente-se engajada com o problema, é possível o compartilhamento da atividade entre o profissional visitador sanitário do Credenpes e profissionais da atenção básica, porém, a integração ocorre mediante a solicitação do apoio pelo próprio Credenpes e sob sua coordenação direta.

“(...) Alguns PSFs são mais envolvidos, entendeu? Eu trabalho com um PSF, por exemplo, a enfermeira (...) ela tem sede de aprendizado, ela é muito receptiva. Eu tenho, nós temos um paciente lá que é um paciente rebelde, resistente, ele é atípico (...) enfim. Mas aí, desde a primeira vez que nós visitamos esse paciente juntas, a gente levou o ACS pra assistir a visita, a gente conseguiu fazer com que esse paciente tome a medicação. (...)” PCR - 8

Pelos relatos destacados acima, é possível perceber o grau de comprometimento do Credenpes com ações pertinentes à atenção primária no controle da hanseníase. O serviço dispõe de estratégias e tecnologias construídas ao longo dos anos para atuação dentro do território, de modo a assumir integralmente o cuidado em hanseníase no município, expondo a fragilidade da APS no desempenho de suas atribuições no controle da doença.

O Credenpes se destaca pela organização interna dos serviços prestados, pela divisão de tarefas dentro da unidade e pelo gerenciamento da unidade, aspectos amplamente mencionados de maneira espontânea por atores de diversos grupos de interesse da avaliação.

Dentre os aspectos valorizados pelos atores, destaca-se a política de formação e educação permanente implementada na unidade pelos próprios profissionais do serviço. Segundo os relatos, o Credenpes criou espaços legítimos de encontro de seus profissionais, onde são discutidos não só assuntos relacionados ao funcionamento interno da unidade, mas também temas relevantes do ponto de vista técnico para a melhoria do conhecimento sobre a hanseníase e aprimoramento das práticas, a exemplo de protocolos e portarias relacionadas à hanseníase.

“(...) é uma equipe preparada, a equipe tem uma política de formação própria, isso é uma coisa muito importante que a maioria dos setores não tem. Então, tem reunião técnica, estudo de caso, as pessoas se preparam pra ter isso (...)” GES – 3

“(...) E aí tem a reunião técnica que, de um tempo pra cá, é uma vez ao mês, tem se debatido muito isso. (...) agora tá sendo feita a questão do protocolo da hanseníase (...) esse aí é de atendimento, como é que é o tratamento do caso reacional tipo I, tipo II, corticoide, talidomida, então, a gente tá reciclando esse conhecimento.(...)”

PCR – 3

O engajamento e militância dos profissionais do Credenpes pela causa da hanseníase em Valadares é uma marca forte do serviço, presente no discurso dos atores municipais. O comprometimento dos profissionais é manifestado, dentre outras formas, no empenho e otimismo para a superação da escassez de recursos do programa e continuidade do trabalho, diante de mudanças administrativas de gestão e outros fatores que geram descontinuidades na assistência e desmotivação aos profissionais. Atores enfatizam a mobilização interna dos profissionais do Credenpes para a manutenção das atividades do PCH desempenhadas pelo serviço.

“(...) Aquilo ali é uma coisa assim que é inexplicável, tem que trabalhar lá dentro pra ver! É uma energia de... sabe? De ajuda, ajuda mútua. O senso de equipe eu acho que dificilmente... eu nunca mais vou encontrar em lugar nenhum uma equipe igual aquela lá, vou encontrar não. Ô povo teimoso viu?! Ô pessoal teimoso viu?! (...) Aí eles tiram a água, aí você fica sem água, três dias sem água, mas eles ficam lá assim mesmo. É uma coisa de doido! (...)” **PCR – 6**

“(...) os projetos a gente desenvolve no peito e na raça, então assim, sai do bolso da gente né, algumas coisas né, mas a gente é tão mobilizado que eu diria que sai, o produto final (...) quando o Creden-pes faz alguma atividade sábado, acaba que tá saindo o dinheiro todo do bolso de alguém, mas não é do município, e é uma atividade do município. (...)” **PCR – 5**

“(...) Muito bem (...) Abraçando igual a mãe assim, sabe? Esse filho é meu! (...) Se não fosse o movimento deles, a hanseníase taria muito pior! A situação da hanseníase no município. (...)” **GES – 4**

“(...) A gente fala assim, eu morro de rir de vez em quando, como é que esse povo tem tanta criatividade? (...) vão fazer atividade educativa, aí todo mundo mobiliza (...) uma capacidade criativa de superar muito além do que a rede tá preparada pra receber. (...) Por isso que as pessoas se impressionam muito, como que a gente faz tanto com tão pouco! (...)” **GES - 3**

Outro aspecto relacionado ao empenho e militância do Credenpes, amplamente mencionado pelos atores, diz respeito ao estímulo deste serviço à pesquisa e extensão e à busca de parcerias interinstitucionais para o desenvolvimento de projetos relacionados ao

PCH, visto pelos atores como um aspecto que, ao longo dos anos, têm fortalecido o programa no município.

“(...) é um ambiente também assim que tem muita ligação com o ambiente acadêmico. A gente tem ligação com professores, com as universidades, trazendo essas pessoas pras visitas técnicas, pra estágio (...) da enfermagem, já teve da fisioterapia, do serviço social, então a gente tem um leque no Credenpes de parceria na rede, mas também uma parceria extra muro, extra oficial. Eu brinco que a gente é meio que um terceiro setor, com muita penetração de públicos diferentes pra poder fortalecer o cuidado com a hanseníase e pra enfraquecer o preconceito. (...)” PCR – 5

“(...) Outra coisa importante, é um centro de referência que consegue firmar parcerias né, então assim, muitas parcerias que a gente tem, o primeiro passo quem deu foi o Credenpes. (...) Então, assim, essa possibilidade de estimular as pessoas, tudo que tem as pessoas participam, então estimula muito a formação, pra pesquisa, pra extensão né, coisa que se você rodar Valadares, você não vai ver! (...)” GES - 3

Apesar da estrutura tecnológica com relação à recursos materiais do Credenpes superar a estrutura das unidades de atenção primária, por dispor de laboratório dentro da unidade, profissionais especialistas, o diferencial tecnológico do Credenpes foi apontado pelos usuários, principalmente, em função da humanização do acolhimento. Este aspecto foi amplamente mencionado, também, por profissionais do próprio Credenpes, que enfatizaram o acolhimento e a relação humana com o usuário como principal investimento do serviço na qualidade da assistência prestada.

“(...) Eu fui atendida bem, graças a Deus (...). Quando eu chegava, ficava nem meia hora sentada e já me atendia rapidinho. (...) Tratou eu muito bem, todo mundo. Não tem nenhuma pessoa que tenho que te falar. Tudo gente boa! Nunca me maltratou com nada, nem uma palavra, nunca. Eu chegava, me tratava bem, muito bem! Eu falo deles lá (PSF), quem dera se eles fossem igual (...). Eu elogio mesmo, porque eles é gente boa mesmo! Atendimento bom, minha filha! (...) nem tem jeito de falar pra melhorar aqui (Credenpes) não, já tá bem. Todas as pessoas são boas. Tem que continuar, né, atendendo bem igual eles atendem aqui. (...)” US – 5

“(...) o paciente encontrou aqui aquilo que ele não esperava. Geralmente, ele vem com uma característica de SUS, não vai me atender, o SUS não vai resolver meu problema (...) ele chega aqui no Credenpes, eu acho que a visão se inverte. As pessoas realmente se sentem satisfeitas com o atendimento que têm aqui (...) se surpreendem, falam: “Olha, eu não esperava encontrar isso aqui”. E eu não vou dizer que é por conta do diagnóstico, não vou dizer que é por conta da dose ou do

remédio que é de graça, eu acho que é mesmo o material humano que ele encontrou, não acho que é a estrutura, tá (...)" PCR - 3

O suporte psicossocial durante episódios de reações hansênicas foi mencionado, também, como um importante aspecto de satisfação do usuário com a assistência prestada pelo Credenpes, além do atendimento especializado pela equipe multidisciplinar na prevenção de incapacidades. O relato do usuário abaixo reflete demandas e necessidades no enfrentamento da doença e o grau de satisfação com o atendimento prestado pelo Credenpes:

*"(...) Eu não tenho nada a reclamar daqui, graças a Deus, sabe? (...) Não me deixaram faltar nada! Se eu tivesse que chegar aqui, igual eu tive 2 momentos de reação do medicamento, eu vim sem marcar. (...) sempre se prontificava a atender a hora que eu precisasse. (...) Mas que a cabeça mexe, mexe. Porque não é só o tratamento, junto com isso tem outras coisas que a gente vive na vida, né? Não sei, não sei se... é mais as reações. (...) Igual o doutor (**nome do psicólogo do Credenpes**), que é o psicólogo, chegou a falar comigo questão de irritabilidade, que eu devia tá sentindo alguma coisa assim.(...) foi um período no ano que foi bem, psicologicamente, difícil. (...) Do Credenpes eu só posso te falar bem. Assim, não é nem puxando saco nem nada não, tá? É que realmente eu fui muito bem atendido! Teve uma situação com a fisioterapeuta, eu pisei no asfalto quente, meu pé deu bolha, aí eu vim, (...) aí chamou a (**nome da fisioterapeuta**) pra ver o que ela podia fazer pra mim. Ela fez uma palmilha de sapato pra mim não ficar tendo contato com o tênis, porque eu tava trabalhando, entendeu? Então sempre quando eu tive algum problema eu fui bem atendido. Parece até mentira, né? Falando assim do serviço público... (...)" US - 4*

Evidencia-se, desta forma, que o Credenpes assumiu e continua assumindo integralmente o cuidado à doença em Governador Valadares. Neste cenário, a atenção primária se mantém restrita à suspeição e à atividades educativas com a comunidade, ainda assim com evidências de insuficiência no desempenho dessas ações.

O entendimento sobre o processo histórico e a configuração atual do programa de controle da hanseníase em Governador Valadares apontam para uma “culturalização” do modelo vertical de atenção à doença no município e para a estabilidade desta situação, à despeito das estratégias e tentativas em prol da integração das ações de controle na APS.

Diversos discursos surgem no debate acerca do atual modelo de atenção à doença no município, conforme será abordado no próximo capítulo que apresentará os diálogos decorrente do processo hermenêutico-dialético e da negociação dos atores acerca da temática da descentralização.

5.2 Núcleo temático 2 – Diálogos sobre o modelo de atenção à hanseníase: a problemática da descentralização na visão dos atores municipais

Neste capítulo, buscou-se descrever o diálogo decorrente do processo hermenêutico-dialético e das sessões de negociação acerca dos principais determinantes que interferem na descentralização no município de Governador Valadares. O quadro 8 apresenta a descrição do núcleo temático 2, segundo unidades de informação referentes ao seu conteúdo.

QUADRO 8

Descrição do conteúdo referente ao núcleo temático 2

NÚCLEO TEMÁTICO 2	UNIDADES DE INFORMAÇÃO
<p align="center">“Diálogos sobre o modelo de atenção à hanseníase: a problemática da descentralização na visão dos atores municipais”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Processo de descentralização em Valadares: a visão subjetiva dos atores • Desempenho dos serviços de saúde x Acesso ao PCH • A polêmica da porta aberta do Credenpes • Aspectos sócio-histórico-culturais: a influência do estigma • Aspectos sócio-histórico-culturais: a referência do Credenpes para a população valadarense • Aspectos sócio-histórico-culturais: o modelo sustentado pelas práticas de saúde • Aspectos operacionais: o dilema da capacitação x rotatividade • Analisando as tentativas frustradas: as campanhas de capacitação • Resistências dos atores à descentralização • Perspectivas sobre a descentralização: o modelo de atenção x a postura da gestão municipal

Em decorrência da não linearidade das discussões geradas sobre a temática da descentralização, optou-se por não dividir o texto em unidades de informação distintas, possibilitando descrever de forma mais livre e menos compactuada os diálogos entre os grupos de interesse.

O tema da descentralização foi o principal gerador de polêmica entre os atores municipais na avaliação do PCH de Governador Valadares, uma vez que expõe o confronto entre dois modelos de atenção distintos, fazendo emergir diferentes interesses e pontos de vista. Por este motivo, a descentralização foi inserida como a principal pauta das oficinas de

negociação de todos os grupos de interesse, gerando discussões polêmicas, nas quais buscou-se obter possíveis consensos sobre a temática.

Muitas opiniões mantiveram-se divergentes e destacaram-se, por um lado, pela defesa do investimento municipal no processo de descentralização e, por outro, pela busca de estratégias alternativas que mantêm a estrutura centralizada do programa, porém avança para uma maior integração entre os serviços da rede de atenção.

De um modo geral, pode-se afirmar que não há consenso entre os atores sobre a viabilidade da descentralização em Governador Valadares, sendo o fracasso das tentativas anteriores e a atual situação de escassez e instabilidade do programa os principais argumentos defendidos para a constatação de que a estratégia não tem êxito no município.

“(...) Eu acho que é preciso urgentemente discutir a hanseníase com todos os atores, atenção primária, gestão, Credenpes, todos! (...) eu acho que isso é fundamental antes de se pensar numa descentralização. (...) porque o que já se experimentou até hoje não funcionou. Eu acho que tá na hora de ouvir porque que não funcionou, né, discutir isso seriamente. O quê que fica debaixo do tapete da hanseníase?” PCR - 10

A fala do profissional acima reflete a complexidade da implementação da descentralização das ACH no município e o sentimento de incredulidade dos atores nas iniciativas já assumidas em prol deste processo. Esse sentimento é percebido de forma clara nas entrevistas individuais, através de diversos relatos que referem, ora a busca por novas estratégias para viabilizar a integração das ACH na atenção básica, ora a conclusão de inviabilidade e abandono da proposta.

“(...) já existiu um processo de descentralização, hoje não existe, né. Hoje tá sendo retomado essa discussão, a importância disso, mas o processo de descentralização, ele se perdeu. Não existe hoje descentralização. Muito pelo contrário, né, existe uma centralização e uma vontade. (...)” GES – 2

“(...) o momento atual, é um momento assim, que a gente tá numa redefinição. É centralizado, a gente tem clareza disso (...) Só que essa resposta não é mais isso, ela não é tão simples assim mais. A gente sabe que não é só pegar todo mundo e fazer capacitação, sabe? Porque a gente já fez, então a gente sabe o que vai acontecer depois (...)” GES – 3

“(...) eu já acho que não é o melhor caminho. E eu acredito que nós já deixamos ela pra trás. (...) Nós já não falamos em descentralização mais (...) Descentralizar não é o caminho mais. Por muito tempo nós batemos nessa tecla e insistimos. (...) E como é que a gente insistia? A gente insistia capacitando, todo ano, médico e

enfermeiro, pra poder suspeitar, diagnosticar e tratar a hanseníase. (...) antes era por convocação, hoje é por adesão. Participa do treinamento quem quer. (...) muita gente ainda acha que a gente quer a descentralização, mas não quer. (...) As ações que a gente tem proposto, que a gente tem se envolvido hoje, não é pra descentralizar, mas pra integrar. Meio na contra mão da proposta. (...) Que fique bem claro que assim... já caminhamos muito e já foi caminhado muito para uma descentralização. (...) PCR – 5

“(...) Inclusive eu acho que essa descentralização já foi abandonada. Pelo menos aqui em Valadares. (...) pra mim, os entusiastas da descentralização até desanimou (...) porque na realidade ela nunca aconteceu... nunca aconteceu! (...)” PCR – 11

Os determinantes que se interpõem à descentralização, são apontados pelos sujeitos em uma visão dialética e não linear, cuja contradição aparece no reconhecimento de que, ao mesmo tempo que alguns aspectos atuam como barreiras à descentralização, eles representam, por outro lado, soluções encontradas para contornar problemas vivenciados no cotidiano dos serviços, diante da realidade de escassez e instabilidade da atenção primária e a capacidade técnica e operacional do programa.

Neste sentido, o primeiro aspecto dialético que se interpõe à descentralização, intensamente debatido pelos atores, diz respeito à manutenção da porta aberta do Credenpes para a demanda espontânea e o atendimento de usuários de áreas cobertas pela ESF, sem necessidade de encaminhamento com referência.

Este aspecto é mencionado de diversas formas, no entanto, destaca-se uma clara disputa entre uma visão positiva sobre a importância da acessibilidade do serviço para o controle da doença e a avaliação negativa de que a manutenção da porta aberta do Credenpes desorganiza o fluxo de atenção e, historicamente, tem gerado problemas como: a acomodação do profissional da atenção básica e a perpetuação da cultura de encaminhamento do caso suspeito de hanseníase para o centro de referência.

“(...) a gente escuta o discurso né (...) “Ah, não, mas a atenção básica não faz”, mas não faz porquê? Porque tem quem faz! Porque pré-natal faz? Porque hipertensão e diabetes faz? Já pensou se eu tivesse uma policlínica com endocrinologista porta aberta? Ia ser a mesma coisa. Já pensou se eu tivesse um CVV com porta aberta pra pré-natal, ia ser a mesma coisa. (...)” GES – 2

“(...) E aí vem a questão da responsabilização: “é, mas a atenção básica não tá se responsabilizando”, porquê? Porque sempre encaminhou, fez suspeita aqui (Credenpes), fez diagnóstico aqui (Credenpes), no máximo mandou pra fazer acompanhamento lá (PSF) (...)” GES - 1

As críticas a respeito da porta de entrada do Credenpes giram em torno da ideia de que a atenção básica, diante da excelência do trabalho realizado pelo centro de referência e da disponibilidade em atender todos os casos no município, independente do grau de complexidade, transfere a responsabilidade do cuidado para a atenção secundária, gerando problemas de acesso ao usuário, atraso no diagnóstico, além da desorganização do fluxo de atenção à doença no município.

*“(...) se ele chega até esse centro de referência, ele chega porque alguém virou pra ele e falou:” olha, pode ir lá no Credenpes que você vai ser atendido, lá é o centro de referência”. Mas aí, vem a questão assim, precisa de encaminhamento? Não. Lá eles atendem até sem encaminhamento. E aí, perdeu-se completamente o fluxo de referência. (...) Aí não registra no prontuário, não registra no sintomático dermatológico, não faz o encaminhamento de referência, porque sabe que vai chegar ali, vai falar e vai ser marcado. Então, foi aquela história muito boa no início, mas que agora, nós estamos, tipo assim, colhendo também os outros frutos disso tudo. Então, cadê a referência? (...)” **GES - 1***

A acessibilidade do Credenpes e o atendimento à demanda espontânea são entendidos também como aspectos positivos e necessários à garantia de continuidade do programa no município, tendo-se em vista o estigma e as fragilidades da atenção básica nas ações de controle da hanseníase. Por parte dos profissionais do Credenpes, observa-se a descredibilidade na assistência prestada pelas equipes da ESF e a constatação sobre a necessidade de acesso ao centro de referência para o controle da doença no município.

*“(...) Ele vem direto. Se você quiser controlar uma doença infectocontagiosa você tem que facilitar ao máximo, se começar a dificultar né, você perde o doente. E às vezes tem muita gente que tem consultório particular por causa do serviço, você vai mandar ele pra posto, complicar a vida dele? (...)” **PCR - 11***

*“(...) o que eu acho positivo no Credenpes é a acessibilidade do usuário principalmente na demanda espontânea. Foi a implementação também do agendamento por telefone do usuário que já está em tratamento. Acho extremamente benéfico. (...) eu acho que isso daí são pontos extremamente positivos no sentido de facilitar o acesso, a acessibilidade ao programa né. (...)” **PCR - 10***

Na perspectiva do profissional da atenção básica, a acessibilidade do Credenpes é vista também como um fator positivo e o estigma é o principal aspecto que reforça a necessidade de manutenção da porta aberta na atenção secundária, visto que o usuário, muitas vezes, prefere manter o sigilo sobre o diagnóstico e realizar o tratamento longe do local de sua residência.

“(...) Se o Credenpes for fechado, fechado que eu digo a porta, se dificultar o acesso ao Credenpes aonde você só teria como ir com encaminhamento, o que que vai acontecer? Esse paciente não vai vir no posto, porque: “eu não quero me expor, a ACS é minha vizinha, fala muito, vai sair falando pra todo mundo que eu tive no posto por causa de uma mancha”, então eu não vou, eu prefiro ir direto pro Credenpes. O quê que vai acontecer? Se a porta do Credenpes não tiver aberta, esse paciente pode ser uma baciloscopia positiva, vai estar disseminando em casa, na vizinhança e etc, etc. Eu acho que a demanda espontânea do Credenpes ela deve continuar existindo” PAB – 2

“(...) Tem paciente que não aceita vir tomar o medicamento aqui na unidade porque tem medo de preconceito, tem medo da unidade contar pro povo da rua, o ACS passar lá, entendeu?(...) a própria pessoa tem o preconceito, né. (...) Tem muitos que não passam nem aqui, já vão direto pra lá. Porque eles sabem, hoje, todo mundo é muito bem informado (...) então eles sabem onde que pode ir. Chega lá, ele faz o diagnóstico lá, a abordagem toda lá e não vem aqui.” PAB - 4

Na perspectiva do usuário, o estigma surge como um importante aspecto, cuja repercussão psicossocial interfere em sua qualidade de vida. Entretanto, de um modo geral, não ficou claro neste estudo a relação entre o estigma e a descentralização por parte do usuário, uma vez que o receio da revelação do diagnóstico na comunidade foi relatado juntamente com queixas preexistentes com relação à postura dos profissionais da equipe, dificuldades de acesso e experiências negativas com relação ao atendimento recebido nas UBS's.

Neste sentido, observou-se que a descredibilidade preexistente e a insatisfação do usuário com o atendimento nas unidades básicas de saúde faz com que este questione a ética e a capacidade técnica dos profissionais. Em contrapartida, as vantagens de um atendimento humanizado e resolutivo no Credenpes faz com que o usuário vincule-se ao serviço, recusando-se a retornar à atenção básica para acompanhamento do tratamento, após o diagnóstico.

“(...) Confiava neles não, naquela menina não. Ah, sei lá que ela sabe de nada né. O médico daqui é mais de idade, sabe tudo, né, já é médico há muito tempo né, sabe o que que é hanseníase. (...) Ela (referindo-se à enfermeira do PSF) falou assim “Você quer que eu ligo pra lá pra você tomar o remédio aqui?” Eu falei: “Não, não quero não! Quero não minha filha, você não tava querendo nem me atender pra olhar o papel se eu tenho hanseníase ou não”. Porque eu falei com ela assim: “Olha aqui pra mim se é hanseníase mesmo, da mais pior”. “Não, agora não dá não, só sexta-feira”. “Só sexta-feira? Então vai passar sexta, segunda, eu não vou! Vou vim não!” (...) lá eu acho que eu não tenho muita confiança com a enfermeira de lá não.

Tenho medo (...) Se for a mulher daqui eu confio, mas se num for, minha filha... né? (...)" US - 5

"(...) Eu acho que não, porque lá tem que pegar ficha, tem que ir de madrugada, fica muita gente na frente, não tem a quantidade das ficha, então pra mim aqui (Credenpes) é melhor. (...)" US - 6

Com relação a este aspecto, o Credenpes foi destacado no discurso dos usuários como um serviço que oferece melhor atendimento em relação à atenção primária, sobretudo devido à humanização do acolhimento e suporte psicossocial em necessidades relacionadas à doença.

"(...) Eu não tenho nada a reclamar daqui (Credenpes), graças a Deus, sabe? Todo o momento eu fui muito bem atendido, desde essa primeira consulta que eu cheguei (...) uma conversa boa, foi sempre sorriso, sempre acolhedor mesmo, sabe? (...) Eu não tenho nada a reclamar, só a agradecer, porque a todo momento, eu fui muito bem atendido! Não me deixaram faltar nada! Se eu tivesse que chegar aqui, igual eu tive dois momentos de reação do medicamento, eu vim sem marcar. Quando eu liguei eles: "Não, pode vim, a gente dá um jeito aqui, coloca você no meio de alguém", então eu sempre fui muito bem atendido e sempre se prontificavam a atender a hora que eu precisasse. (...) Assim, não é nem puxando saco nem nada não, tá? (...) Parece até mentira, né? Falando assim do serviço público. (...)" US - 4

Constatou-se, assim, que a busca do usuário pelo serviço gira em torno de sua satisfação pessoal com o atendimento prestado pelos profissionais e a superioridade do Credenpes em relação à atenção primária não se baseia na proteção conferida com relação ao sigilo do diagnóstico, mas sim no fato de o Credenpes ter construído ao longo dos anos uma forte política de humanização do acolhimento, na qual o usuário se sente bem atendido pelos profissionais e têm suas demandas e necessidades atendidas pelo serviço.

Neste sentido, atores municipais construíram ao longo do processo hermenêutico-dialético e das oficinas de negociação a ideia de que, na perspectiva do usuário, mais do que qualquer diretriz política, o que irá definir a atenção primária como primeira porta de entrada é o acesso e a qualidade da assistência prestada nesse nível de atenção e não a normatização política da descentralização.

"(...) E outra coisa minha filha, a população não é boba não! (...) a pessoa opta por entrar num nível de porta secundária e terciária, se ali for o local de agrado dele, se ali tiver o doutor que ele gosta, se tiver a enfermeira que ele gosta, se ali ele é bem acolhido e se ali ele tem o medicamento que lhe é do seu interesse. (...) Se você pegar um Estratégia de Saúde da Família e colocar uma equipe de profissionais que saibam fazer a coisa acontecer, aquele Estratégia de Saúde da Família será a referência daquele município. Você compreende isso? (...)" PCR - 1

“(...) Mas aí é que está a questão, se o usuário pode escolher onde ele vai tratar, como que vamos falar com ele que ele tem que ir pra lá? (PSF) É um negócio complicado, ele pode escolher, o cidadão pode ser tratado no lugar onde ele quer ser tratado. Se ele falar: não, não quero ficar lá, quero ficar aqui no Credenpes? Mas se lá tratar ele bem, ele não vai querer ir para o Credenpes, vai querer ficar lá perto da casa dele, vai ficar pagando passagem para vir pra cá? (...)” PCR - 6

A busca do usuário por melhor atendimento às suas demandas e necessidades, diante dos problemas de acesso, acolhimento e pouca resolutividade da atenção básica, faz com que este assumira voluntariamente o ônus financeiro do deslocamento ao Credenpes.

Entretanto, inegavelmente, o modelo centralizado de atenção à hanseníase em Valadares contribui para que o acesso do usuário permaneça dificultado, tendo-se em vista as condições financeiras desfavoráveis da população acometida pela doença no município.

“Tomei remédio um ano certinho (...) tinha dia que era dia de eu vim mesmo. Eu tirava dinheiro e guardava pra mim vim cá, senão como é que eu vinha, né, sem dinheiro? (...) Eu nem quis tomar o remédio lá (PSF), porque as mulheres de lá são muito esquisitas, menina, sou mais aqui. Não, Deus vai me dar jeito que eu vou ter meu dinheirinho todo mês. Tem bolsa família, é pouquinho mesmo, mas eu tiro dez reais, vinte... (...) não é muito que eu tenho não, mas ganho pouquinho, cento e vinte por mês, tá bom. (...) Eu queria aqui mesmo, por causa que aqui ninguém maltrata ninguém (...)” US – 5

“(...) Se tivesse ia ser bom que é mais perto, né. A gente tem que ir onde tiver o tratamento, né. (...) Porque lá tem que acolher muita gente né, toda a região. Se cada região tivesse seu modo de tratar ajudava né. (...) é só a dificuldade de andar né. (...) pegar uma condução, é outra, é outra... (...)” US – 1

“(...) Valadares, hoje, é uma cidade relativamente grande e as condições financeiras da comunidade, da população, de um modo geral, não é tão boa assim, ou melhor, não é boa. Consequentemente, você ir todo mês, pegar um, dois ônibus pra ir pro centro, que é onde fica o Credenpes, pra tomar sua dose supervisionada, não é toda vez que eu to com dinheiro pra pagar minha passagem. E isso faz com que, muitas vezes, atrase o tratamento, atrase a dose, às vezes perde a data da dose, por uma razão muito simples, ele não tem dinheiro pra pagar quatro passagens. Então, isso aí é uma das coisas que reforça a necessidade da descentralização. (...)” PAB – 2

A humanização do acolhimento ao usuário com hanseníase foi intensamente abordada pelos atores municipais como um aspecto primordial para a criação de vínculo terapêutico, sendo também um fator determinante para a adesão ao tratamento. Por tratar-se de uma

doença altamente estigmatizada, com forte potencial incapacitante, o diagnóstico gera um impacto psicológico significativo nos sujeitos, exigindo do profissional uma abordagem qualificada e a oferta de suporte psicossocial para vinculação do paciente.

Neste sentido, atores elaboraram a ideia de que a qualidade da abordagem do usuário com hanseníase pelo profissional de saúde é o principal fator que irá determinar a consolidação do vínculo do paciente ou sua resistência em vincular-se àquele serviço, sendo este, portanto, um fator determinante na descentralização.

Por essa razão, os sentimentos gerados pelo estigma como o autopreconceito, a autorrejeição e o isolamento do paciente não devem ser vistos como barreiras à vinculação do usuário na atenção primária, uma vez que esses aspectos podem ser trabalhados pelo profissional da atenção básica mediante abordagem qualificada e humanizada.

Portanto, o estigma pode justificar a busca espontânea do usuário pelo Credenpes, mas não corresponde a um motivo tecnicamente plausível para justificar a prática de encaminhamento rotineiro do paciente para a atenção secundária pelo profissional da APS.

“(...) a sensibilidade das equipes de PSF e UBS é que precisam ser melhoradas, porque no momento em que eu começar a trabalhar com a minha comunidade, eu vou ter um ou outro caso aqui que não vai querer tratar aqui, vai preferir ir pro Credenpes pelo estigma. Embora, se ele for bem trabalhado, a gente consegue. (...)”

PAB – 2

“(...) O vínculo do paciente, ele tem que ser na atenção primária. Ah, tem o estigma, tem a questão que o paciente não quer falar. Aí o profissional tem que ter a ética dele, tem que trabalhar com isso, senão não justifica ter uma unidade de saúde dentro do território. Então, a gente vai ter que acabar com o saúde da família, porque eu não posso tratar HIV lá, eu não posso tratar tuberculose lá, eu não posso tratar hanseníase lá. Peraí, tem algum problema aí, né? Cadê a ética? A abordagem, né? (...)” **GES – 2**

Com relação à porta de entrada do Credenpes, portanto, observou-se que os atores divergem entre si sobre a avaliação a respeito desse modo de organização da assistência no município. Neste sentido, alguns atores defendem a tese de que a porta aberta do Credenpes é uma das causas da manutenção do modelo vertical do programa, enquanto outros discordam, afirmando que a passividade da atenção primária não é uma consequência direta da acessibilidade do Credenpes, mas sim de outras questões que se interpõem no contexto sócio-cultural do programa.

Durante as entrevistas, atores defenderam o argumento de que a centralização das ações de controle no Credenpes gera a perda de vínculo do usuário com a atenção básica.

Nesse sentido, profissionais da APS denunciaram dificuldades com relação à contrarreferência dos usuários encaminhados ao Credenpes, entendendo a retenção do paciente no serviço de referência como um fator que reforça o atual modelo verticalizado de atenção à doença no município.

Profissionais da atenção básica observaram durante as entrevistas que a ausência da contrarreferência e retenção do paciente no Credenpes justifica-se pela necessidade que o serviço tem de manter o sigilo sobre o diagnóstico dos pacientes. No entanto, os profissionais observam, dialeticamente, que o sigilo do diagnóstico impede o vínculo e a continuidade do cuidado pela APS, prejudicando a descentralização.

“(...) é muito complicado, porque igual eu te falei, tem três anos que eu tô aqui, eu nunca recebi um paciente pra fazer dose aqui. (...) eu não tenho uma conversa com o paciente sobre a hanseníase. (...) Porque, como o Credenpes é um local de sigilo, até pra nós eles não podem saber que me passaram essa história que ele tem hanseníase e tá tratando (...) Então, é complicado até pra gente abordar esse paciente. (...) Às vezes, no Credenpes, eu tinha 4, 5, mas sabendo, eu tinha 1. (...)”

PAB - 4

No diálogo do processo hermenêutico-dialético, atores afirmaram que o Credenpes, atento às queixas da atenção básica, criou recentemente mecanismos para minimizar o aspecto da dificuldade de contrarreferenciamento, como a realização de uma reunião bimestral com enfermeiros da ESF para discutir os casos acompanhados pelo Credenpes, iniciativa que os atores referiram como “matriciamento” dos casos na atenção secundária.

Assim, os profissionais enfermeiros que têm casos de pacientes de sua área acompanhados pelo Credenpes, são convidados a comparecerem ao centro de referência para discutir os casos e tomarem ciência do acompanhamento de seus usuários.

Entretanto, os profissionais da atenção básica são orientados pelo Credenpes, na reunião de matriciamento, a manterem o sigilo sobre o diagnóstico perante o paciente. Por essa razão, a equipe de ESF fica impossibilitada de abordar o usuário no território para quaisquer orientações ou mesmo compartilhamento do cuidado, salvo em raras exceções em que o paciente autoriza o Credenpes a revelação do seu diagnóstico à equipe.

Nas oficinas de negociação, profissionais da atenção básica avaliaram a estratégia como importante para minimizar o aspecto da ausência da contrarreferência e promover maior integração entre os serviços, porém avaliaram-na como ineficaz no sentido de fortalecimento do vínculo do usuário com a atenção primária e combate ao estigma, uma vez que o diagnóstico permanece como um tabu e o cuidado do paciente sob “tutela” do Credenpes.

Nesse sentido, pode-se afirmar que a estratégia de matriciamento dos casos no Credenpes aponta para uma melhor integração entre atenção básica e secundária, potencializando a comunicação e o vínculo entre os serviços, entretanto, não corresponde aos ensejos da descentralização, à medida que não caminha no sentido de transferência do cuidado para a atenção primária, não sendo, portanto, um dispositivo capaz de ampliar sua autonomia.

Com relação ao discurso do estigma como entrave à descentralização, profissionais da atenção básica proferiram-no para justificar a prática de encaminhamento do usuário ao centro de referência. Já os profissionais do Credenpes discorrem sobre a influência do estigma no sentido de justificar a permanência do paciente no serviço de referência e a dificuldade de contrarreferenciamento para a atenção básica.

Atores de ambos os serviços, portanto, defendem o estigma como um determinante que interfere na descentralização, referindo o desejo do usuário de manter o sigilo sobre o diagnóstico como um aspecto que vincula-o ao Credenpes.

No entanto, na perspectiva da atenção primária, é válido ressaltar que há evidências claras de que a prática de encaminhamento ao Credenpes tem sido feita de modo instantâneo no município, a partir do surgimento de qualquer sintomatologia de hanseníase. Não foi evidenciado nos discursos dos atores qualquer tentativa de abordagem do paciente em busca de construir o vínculo para mantê-lo no serviço e/ou desmistificar o estigma que, supostamente, o afastaria deste.

Pelo contrário, a abordagem do usuário pelos profissionais da atenção básica, referida durante as entrevistas, é justamente no sentido de ressaltar ao paciente que o Credenpes é o local apropriado de atendimento à doença e destacar as vantagens da realização do acompanhamento pelo centro de referência.

*“(...) Eu costumo falar o seguinte: olha, você vai lá porque o doutor (**nome do médico do Credenpes**) é especialista, ele vai olhar sua mancha e falar o que ela é. Aí eles já vão nessa expectativa. (...)” PAB – 7*

“(...) a abordagem, ela é muito importante, né, a confiança, o entendimento que ali é um lugar que ele vai. Mas aí você pega um paciente que tá com a mancha, aí você fala assim: “ó, vou te mandar pra um lugar que lá é o melhor que tem pra tratar isso. Nem precisa de papel nenhum, você já chega lá e vai ser atendido...” Então assim... é umas reflexões que a gente tem que fazer né, ou então a gente vai deixar do jeito que tá. (...)” GES - 2

Da mesma forma, na perspectiva dos profissionais do Credenpes, o estigma é referido como uma justificativa para a dificuldade de contrarreferenciamento do usuário para a APS. Porém, uma contradição observada durante as entrevistas com profissionais da atenção básica é que, na ausência da contrarreferência do Credenpes, a equipe, muitas vezes, fica sabendo do diagnóstico e acompanhamento neste serviço pelos próprios usuários no território, a partir de relatos espontâneos.

“(...) Às vezes demora, às vezes nem tem a contrarreferência que a gente precisa saber. (...) Os próprios pacientes que depois falam com a gente, ah, eu to tratando, eu tratei de hanseníase, já me deram alta, entendeu? A gente não tá tendo essa contrarreferência.” PAB – 7

“(...) a contrarreferência vem quando não é, quando é, já o próprio Credenpes já inicia o tratamento, né. (...) um paciente que eu fui na visita domiciliar que a esposa falou que ele foi encaminhado e que eles estavam com dúvida, eu liguei pra saber (...) PAB – 8

“(...) Então, os que eu fico sabendo, igual eu tenho um paciente que, a única que chegou pra mim e falou (...) “eu tô no tratamento pra hanseníase, tem algum problema tomar anticoncepcional por causa desse tratamento?” (...) Porque, como o Credenpes é um local de sigilo... (...)” PAB – 4

Os resultados apresentados sobre o discurso do estigma pelos profissionais de saúde como entrave à descentralização sugerem algumas importantes reflexões.

A primeira delas é, de fato, a necessidade de compreensão sobre o estigma e seus modos de expressão. Será apenas do paciente o “receio” da discriminação pelo estigma da hanseníase, ou o próprio profissional de saúde também introjetou o preconceito à doença e o expressa, inconscientemente, dentre outras formas, presumindo e/ou superestimando o sofrimento do usuário?

A outra reflexão diz respeito ao discurso do estigma como argumento legítimo para a reprodução de práticas já enraizadas pelos profissionais de saúde e, talvez, pouco refletidas ou discutidas. No caso da dificuldade do Credenpes de contrarreferenciamento, a evidência de que o próprio usuário tem revelado à equipe da atenção básica seu diagnóstico e acompanhamento no Credenpes, sugere que o estigma pode não representar para o usuário o significado imaginado pelo profissional ou, ainda, outros aspectos culturais podem se interpôr à prática de retenção do paciente no Credenpes.

De toda forma, as evidências mostram que a intervenção do profissional do Credenpes na suposta resistência do paciente em retornar para o acompanhamento na atenção primária pode ser melhor viabilizada através de uma abordagem eficiente.

A contrarreferência é uma prática comum, pertinente à atenção secundária, logo, a abordagem do paciente no sentido de prepará-lo para o retorno à atenção básica deve ser aprimorada pelo Credenpes, caso haja o consenso sobre a importância do processo de descentralização em Governador Valadares e sua viabilidade operacional.

O consenso necessário, neste aspecto, é de que a retenção do usuário no Credenpes é também uma escolha dos profissionais que conduzem a assistência neste serviço, não se tratando apenas de uma consequência da acomodação da atenção primária diante da doença, mas também de uma prática já enraizada culturalmente.

Da mesma forma, na perspectiva da atenção primária, observa-se que o estigma tornou-se um discurso legitimador de uma prática também instituída culturalmente de encaminhamento do paciente para o serviço de referência. Como evidência deste pressuposto, os atores destacaram que a abordagem feita pelo profissional ao usuário não busca a desmistificação do estigma, tampouco o estimula a vincular-se à atenção básica para acompanhamento da doença. Pelo contrário, ressalta ao paciente as vantagens do acompanhamento no centro de referência.

Percebe-se, desta forma, a influência de práticas construídas historicamente pelos profissionais de saúde, no âmbito dos serviços, na manutenção do atual modelo de verticalização do PCH em Valadares. Em outras palavras, no âmbito das práticas de saúde, a verticalização é sustentada pelo encaminhamento rotineiro do usuário para o centro de referência pelo profissional da atenção básica e pelo atendimento sem encaminhamento pelo profissional do Credenpes e não contrarreferenciamento do usuário.

Nesse sentido, o discurso dos gestores apontam para a defesa do processo de descentralização a partir de uma mudança de prática de ambos os serviços e, segundo os atores, a mudança somente será possível a partir de uma tensão sobre o atual modo de organização e funcionamento da rede de atenção à doença.

“(...) Eu acho que precisa descentralizar. (...) A porta de entrada é a atenção básica, então, fortalecer isso! (...) vamos ter alguns problemas? Claro que vamos ter! Mas a partir de hoje, a gente só vai atender pacientes que forem referenciados? Vamos acolher qualquer usuário, porque qualquer serviço de saúde tem que acolher. Chegou um usuário aqui que não tem referência, ligar pra unidade de saúde, como é feito em todos os outros serviços: “Olha, tem um paciente seu aqui, você tem ciência que ele tá aqui, que ele veio? Nós vamos passar ele pra

unidade.”(...) Porque aí eles vão se sentir responsáveis por essa questão, o usuário retorna (...) não fechar a porta, sabe, fechar o fluxo mesmo. (...) **GES – 1**

“(...) O Credenpes com a atenção básica tem que tentar pensar em outra lógica né, contrarreferenciar e a atenção básica é obrigada a achar esse paciente, ela é obrigada a dar essa dose, ela é obrigada a fazer o acompanhamento do exame dermato, ela é obrigada! Então o profissional que atua lá, ele é obrigado a fazer! Se ele não sabe, ele vai ter que aprender. Então assim, a gente... tem que ser uma coisa mais enfática mesmo, porque não dá pra ficar vendo tudo isso e não fazer nada, né. (...) **GES - 2**

Sobre as razões que sustentam a prática histórica de encaminhamento do paciente por parte dos profissionais da atenção primária, atores destacam o dilema da capacitação versus rotatividade como um determinante que influencia a manutenção do modelo vertical do PCH.

Entretanto, mais do que a constatação de que o problema da capacitação interfere na descentralização, a questão que se buscou entender coletivamente através do processo hermenêutico-dialético foi, até que ponto a falta de capacitação, agravada pela rotatividade, pode justificar a prática corriqueira de encaminhamento dos casos para a atenção secundária.

Neste sentido, atores municipais elaboraram que, apesar da capacitação ser uma importante ferramenta para viabilizar o conhecimento técnico do profissional, a ausência da capacitação não pode justificar, por si, a prática de encaminhamento corriqueiro do usuário para o Credenpes. Este argumento fundamenta-se em três questões principais, mencionadas durante as entrevistas.

A primeira delas é a viabilidade da busca do conhecimento pelo profissional, a partir do interesse e da visão deste sobre a importância de assumir as ações de controle no território, ou seja, do reconhecimento do profissional sobre sua responsabilidade técnica no controle da doença no município.

Atores discorrem que a busca pelo conhecimento passa pela vontade e responsabilização do sujeito e que a ausência de motivação do profissional é um fator que impede que este busque compreender o cuidado em saúde, alimentando uma situação cômoda de insegurança que justifica o encaminhamento para o centro de referência.

“(...) eu acho que é uma questão do médico pegar um livro e ler, entendeu? E bater o olho e falar: não, isso aqui é isso, aqui não é. Eu acho que capacitação é só embromação! Não vejo necessidade de ter que ir assistir uma aula pra poder fazer um diagnóstico, eu não vejo essa necessidade, não. (...) **PAB – 9**

“(...) vai estudar malandra! Você tá com medo, porquê? Porque você não conhece. Vai ler! Porque no momento que você ler, que você estudar, você vai ter segurança no que tá fazendo, acaba seu medo. Eu só tenho medo daquilo que eu não conheço (...)” PAB – 2

Deste modo, é válido também dizer que, não somente a hanseníase, mas também o cuidado de outros agravos, padecem de uma formação acadêmica capaz de instrumentalizar, de forma suficiente, o profissional da atenção básica para que este assuma os diversos programas pertinentes à sua atuação como generalista.

Neste sentido, persiste a questão: porque somente para a hanseníase há uma exigência com relação à capacitação, como pré-requisito para que o profissional assuma o cuidado? Ou, ainda, porque somente essa doença deve ser encaminhada em função da ausência de uma formação acadêmica específica para atuação?

A segunda razão pela qual a ausência de capacitação não justifica, por si, a prática de encaminhamento é a relativa simplicidade do diagnóstico dos casos simples da doença, sendo este eminentemente clínico e epidemiológico, com sintomatologia, normalmente, bem definida. A conduta terapêutica, por sua vez, está respaldada em protocolos, com esquemas fixos de tratamento, não exigindo do profissional recursos tecnológicos ou conhecimentos inacessíveis à atenção primária.

“(...) O diagnóstico, na maioria das vezes, é fácil. Classificação, diagnóstico da doença não é difícil, você aprende, não precisa ter muito tempo pra você poder acompanhar (...) suspeição é simples né, o difícil (...) são as reações, né. Reação hanseníase, quem não tem experiência da doença, não sabe manejar não. (...) só nós aqui que sabemos o manejo de reação hanseníase (...) Diagnóstico em si da doença, classificação, isso aí não tem muita... se você tiver aberto pra isso, você aprende (...), se você tiver atento a isso, você vai fazer diagnóstico. (...)” PCR – 11

A terceira razão que, na perspectiva dos atores municipais, desqualifica o discurso sobre o entrave da falta de capacitação para desempenhar ações de controle da hanseníase é o fato de que os profissionais capacitados continuam encaminhando usuários para o Credenpes após os treinamentos, sinalizando que a capacitação, em si, não é capaz de determinar a mudança da prática de encaminhamento no município.

Os três argumentos explicitados remetem à existência de outros aspectos que influenciam as práticas dos profissionais de saúde com relação à hanseníase, atuando como obstáculos à descentralização, à despeito do discurso sobre o dilema: despreparo técnico, versus capacitação, versus rotatividade.

Entretanto, embora a falta de capacitação não possa justificar o número expressivo de encaminhamentos para o Credenpes em Valadares, atores afirmam a importância desta como ferramenta fundamental para o controle da doença em uma região endêmica, sendo primordial para viabilizar o processo de descentralização e garantir sua continuidade no município.

Neste sentido, gestores destacam sua responsabilidade em disponibilizar os treinamentos aos profissionais, sobretudo diante do problema da rotatividade, e enfatizam a necessidade da oferta permanente de treinamentos tanto para novos profissionais, quanto para reciclagem dos antigos.

Não obstante à importância explicitada da oferta de capacitações, atores demonstraram dúvidas com relação a eficácia desta estratégia para a sensibilização dos profissionais no município. Neste sentido, aspectos como o desinteresse e o comodismo dos profissionais da atenção básica foram mencionados de maneira expressiva para justificar a persistência da cultura de encaminhamento ao Credenpes.

“(...) Nós temos médicos e enfermeiros que, pelo que eu sei, já passaram pela capacitação, e não fazem. (...) o quê que é isso? Passa por capacitação e não aprende? É falta de interesse amiga! Falta de envolvimento com o que veio, com a própria capacitação. (...)” PCR – 8

“(...) Porque se você está sensibilizado, então eu não vou mandar pro Credenpes avaliar (...) eu vou pedir o exame, o laboratório é no Credenpes, peço o exame, o resultado vem pra mim e eu vou iniciar o tratamento. Agora, se eu to pouco me lixando, é: “ao Credenpes”. Então, na realidade, o que a gente vê é um desinteresse dos profissionais, hanseníase não dá ibope, hanseníase não dá consultório particular. Então porque que eu vou trabalhar com hanseníase, pra quê eu vou perder meu tempo, melhor eu fazer dermatologia pra eu tratar manchas hipercrômicas. É isso que dá dinheiro, hanseníase não dá não. (...)” PAB - 2

Outra questão trazida pelos atores durante a discussão sobre o desinteresse e a acomodação dos profissionais da atenção básica é que estes aspectos interferem também na apropriação do conhecimento disponibilizado nos treinamentos e na sustentabilidade desse conhecimento ao longo do tempo.

Segundo os atores, a ausência da prática de atendimento de usuários com hanseníase, em função da passividade na busca ativa e do consequente número reduzido de casos que aparecem, associado ao hábito de encaminhamento direto para o Credenpes, desqualificam o profissional já capacitado à conduzir o diagnóstico e tratamento no PSF, gerando uma situação de permanente insegurança desse profissional.

“(...) É aquela prática, se você não praticar mesmo, você acaba esquecendo e aí você não vai se sentir capaz nunca de fazer aquilo. (...) porque fica muito, realmente, teórico, muito livro, muito né. Não tem esse contato e aí eu não me sinto capaz. Eu acho que é mais ou menos por aí (...)” GES – 1

“(...) Eu já esqueci tudo. (...) Concordo. Porque não é uma doença tão prevalente e ainda a gente encaminha... (...)” PAB – 6

Na perspectiva do profissional da atenção básica, a acomodação é justificada pelos atores como resultado da sobrecarga de trabalho nas unidades, do volume de atividades referentes aos diversos programas e de problemas de instabilidade de recursos humanos que recaem sobre a atenção básica, gerando um sentimento de eterno recomeço do processo que desmotiva o profissional.

“(...) a gente esbarra nessa questão de equipe, a rotatividade (...) se um deles sai, o processo é quebrado, a verdade é essa. Porque até que meu médico seja capacitado e tenha segurança pra assumir um caso, vai demandar um certo tempo, e nesse tempo a gente acaba se perdendo. Acaba se perdendo na questão da prática, da comodidade, da ausência de prática, na comodidade de não fazer (...)” PAB - 8

Neste aspecto, o enfermeiro é referido como o profissional que tem sofrido maior sobrecarga, em função do acúmulo de responsabilidades que este carrega, não só em relação à hanseníase, mas também para assumir o trabalho de coordenação da equipe, o gerenciamento da unidade e por ter que responder pela totalidade dos programas, sobretudo diante da rotatividade e pouco comprometimento do profissional médico.

“(...) tudo é atenção básica! Tudo é atenção básica, que acaba fazendo mais ou menos tudo, né, e não consegue se aprofundar em nada, né. Porque antes a gente tinha, prioritariamente, hanseníase, tuberculose, hipertensão, diabetes, criança, puericultura, saúde da mulher, aí hoje já tem né, saúde do trabalhador, aí hoje já tem matriciamento do NASF, aí hoje já tem tudo. Tudo! E a equipe continua mínima, né (...) hoje, o enfermeiro da atenção básica, ele é gerente e assistente, a gente não tem a figura de um gerente que vai fazer gestão disso tudo. Então, meio que assim, esse mês eu vou dar prioridade pra isso aqui (...)Você não consegue fazer com excelência tudo, que é muita coisa. É pesagem do bolsa família né, tem que fazer levantamento de criança pra vacina, sabe? É pré natal, é muita coisa né. (...)” GES - 2

Além deste aspecto, a acomodação do profissional da atenção básica é explicada também pelo entendimento de que a consulta para a avaliação do caso suspeito de hanseníase é trabalhosa e despande muito o tempo do profissional, em função da necessidade de uma anamnese e exame dermatoneurológico criteriosos.

Neste sentido, a adesão do profissional médico torna-se condição *sine qua non* para a consolidação da descentralização, não apenas devido à sua responsabilidade direta no diagnóstico e tratamento, ações privativas desta categoria, mas também no sentido de continuidade do programa na atenção básica, uma vez que o enfermeiro sozinho não é capaz de assumir integralmente o cuidado em hanseníase e se vê atualmente sobrecarregado, diante desta responsabilidade.

A não adesão do médico ao PCH e a rotatividade deste profissional é uma realidade no município de Governador Valadares e, na visão dos atores, essa situação afeta negativamente o processo de descentralização. Ainda que os programas de provisão tenham minimizado o problema da falta de médicos na atenção básica, o vínculo desse profissional permanece frágil, em função do caráter temporário dos programas e do não comprometimento dos profissionais que, segundo os atores, “usam” os programas como ponte para investimentos futuros em sua carreira.

Na visão dos atores municipais, a falta de comprometimento do médico da atenção básica com o PCH reflete duas tendências. A primeira tendência relaciona-se às questões sócioeconômicas de não vinculação deste profissional com o modelo assistencial do SUS, pautado na ESF, devido às condições pouco atrativas de mercado e a tendência à especialização, que conferem maior *status* profissional e vantagens do ponto de vista financeiro.

A segunda tendência, relacionada a aspectos históricos e culturais, é a desvinculação de um modelo de práticas pautadas nos conceitos de promoção, prevenção e educação em saúde, que insere novos atores protagonistas do cuidado e o confronto com o modelo “antigo”, ainda hegemônico, de práticas centradas no saber da medicina, voltadas para a medicalização da doença, com predomínio de ações curativas e atendimentos individuais em consultório.

Desta forma, o médico é considerado pelos atores municipais de Valadares como um profissional resistente, opondo-se à participar de grupos e atividades de promoção e educação em saúde, como o “Dia da Mancha”, as “Salas de Espera”, os projetos integrados com o Credenpes e a comunidade, e mesmo às capacitações disponibilizadas pelo município, cuja adesão destes é praticamente nula.

Portanto, pode-se afirmar que, na perspectiva dos atores, a capacitação é uma ferramenta importante e necessária para viabilizar o processo de descentralização, porém, o dilema da falta de capacitações no município, agravado pela rotatividade, não justifica a atual verticalização do PCH, incidindo sobre este aspecto, também, o desinteresse e a não adesão

do profissional médico que se reflete na continuidade da prática de encaminhamento após os treinamentos.

Estes resultados apontam para a complexidade do processo de descentralização no município, uma vez que o alcance desse objetivo passa pela intervenção sobre aspectos considerados de ordem sócio-cultural que extrapolam, na visão dos atores, a governabilidade dos mesmos.

Observa-se, desta forma, a existência de uma forte cultura de centralização do PCH, expresso pela naturalização de práticas que dificultam a integração das ACH na atenção básica. Um aspecto contraditório, observado nos discursos é o entendimento distorcido de que a prática de encaminhamento ao Credenpes é legitimada pela gestão municipal, sendo este o fluxo correto de atenção à doença no município.

Com relação a este aspecto, observa-se a ausência de qualquer tipo de constrangimento dos profissionais da atenção básica, mesmo dentre aqueles capacitados, ao referirem o encaminhamento como prática comum no município.

“(...) Aqui a gente centraliza. (...) Encaminha imediatamente. Aqui é mais busca ativa, avaliação e encaminhamento do caso suspeito. Depois eu não sei nem o quê que acontece. (...) Eu não me sinto assim também apto a tratar e acompanhar aqui não, mas tem esse fluxo também, já tá sedimentado na cidade. Talvez por esse motivo eu nunca tenha assumido antes. (...) Mas eles pedem pra encaminhar, sabe? (...) Acho que é isso. Tem hora que eu acho que a própria coordenação prefere assim, sabe, mandar para o Credenpes. Com a gente aqui é sempre assim, a gente vê caso suspeito, já pede pro rapaz avaliar lá. (...) Aqui é muito assim. Quando uma coisa vai ser muito oneroso, eles centralizam, pra não ser oneroso à toa. Já passar com o especialista. (...) O município todo encaminha. Tem algum lugar que tá tratando na unidade básica? (...)” PAB - 6 (Profissional refere já ter participado de treinamentos em relação à hanseníase no município)

“(...) Aqui, toda pessoa que vem pro acolhimento, ele passa pelo enfermeiro. (...) Suspeitou, qualquer mancha, (...) aí a gente faz o teste. Não deu? (...) aí o médico vai tratar aqui na unidade ou vai encaminhar pro dermatologista (...) Suspeitou que pode ser hanseníase? Aí a gente encaminha pro Credenpes (...)” PAB - 4 (Profissional refere já ter participado de treinamentos em relação à hanseníase no município)

“(...) A orientação que nós tivemos é a seguinte: ou você manda pra unidade, pro médico avaliar e encaminhar pro Credenpes, ou se a gente ver que a pessoa tem resistência, a gente pode encaminhar diretamente pro Credenpes, não precisa nem

*dele vir aqui na unidade, aí a gente já pode mandar direto pra lá. Eu costumo falar o seguinte: olha, você vai lá porque o doutor (**médico do Credenpes**) é especialista, ele vai olhar sua mancha e falar o que que ela é. Aí eles já vão nessa expectativa. (...)* **PAB – 7 (Profissional refere já ter participado de treinamentos em relação à hanseníase no município)**

Outro significado percebido durante as entrevistas é o entendimento do profissional da atenção básica sobre a autoridade do Credenpes em relação à doença, sendo o cuidado em hanseníase pertencente a este serviço e não à atenção primária.

*“(...) Assim, o paciente chega com a queixa, eu avalio, se eu tenho alguma suspeita, encaminho pro doutor, aí ele passa pro Credenpes. (...) Então assim, eu passo pra ele e ele passa pra cá (**Credenpes**). Mas em Peçanha, eu assumia o caso, eu não tinha o Credenpes, né. Eu dava a medicação, eu buscava os blíster, eu tinha essa autonomia. (...)* **PAB - 8**

“(...) Eu achava que era o certo, eu achava que tava fazendo o certo, porque lá é o ambiente próprio, o médico é experiente. Mas eles pedem pra encaminhar, sabe? (...) **PAB – 6**

“(...) Não existe casos do Credenpes, né, eu tenho escutado muito isso: Ah, os casos são do Credenpes. Né? (...) **GES – 2**

Os relatos acima refletem a consolidação de uma cultura historicamente construída e fortemente enraizada no ideário dos profissionais de saúde de que o Credenpes é oficialmente o serviço de atenção à hanseníase de Governador Valadares e, como desdobramento dessa cultura, a prática de encaminhamento naturalizou-se tornando-se legitimamente instituída e respaldada no ideário dos profissionais.

Este resultado gerou enorme inquietação entre gestores municipais que viram-se diante da complexidade da descentralização, perante o desafio de desconstruir significados solidamente enraizados ao longo de um processo histórico, sobre os quais a estratégia de capacitação não se mostra capaz de desmistificar.

“(...) na capacitação, o que as pessoas aprendem, é que elas vão fazer tudo, em momento nenhum a gente fala assim: vocês vão diagnosticar e encaminhar pro Credenpes, não! A fala nunca foi essa! (...) Mas o que acontece na prática é que eles chegam lá, eles suspeitam e encaminham. (...) **GES – 3**

Outro ponto polêmico trazido como barreira à descentralização, dialogado intensamente durante as oficinas de negociação, foi a constatação de resistências ao processo por parte de atores inseridos no programa municipal. As resistências foram constatadas entre

profissionais do grupo do Credenpes e da atenção básica, e foram identificadas a partir de afirmações como: “medo de permitir a descentralização”.

No grupo do Credenpes, as resistências foram constatadas a partir de representações negativas sobre a descentralização, no sentido de que esta gera a perda de controle do Credenpes sobre os casos de hanseníase existentes no município, aumentando o risco de abandono ao tratamento e perda do usuário.

Além deste aspecto, profissionais do grupo do Credenpes referem que a descentralização contribui para a subnotificação da doença, uma vez que o profissional da ponta, sentindo-se obrigado a assumir integralmente a doença, pode deixar de realizar a suspeição para evitar a responsabilização pela continuidade do cuidado.

“(...) Eu entendo a necessidade da descentralização, eu entendo que a descentralização levaria a um melhor atendimento ao paciente, porque ele seria diagnosticado no local de residência dele, mas às vezes percebo que aí não é feito lá e nem encaminhado pra cá. Porque aí entra a questão: se eu diagnostico, eu tenho que tratar, então é melhor eu nem ver a doença, que aí eu nem trato, nem diagnostico e nem encaminho. Então, eu questiono essa questão da... entendo que é bom, mas eu questiono a eficácia da descentralização. Porque antes, quando a ponta não tinha a obrigação de tratar, era mais fácil diagnosticar. Não é diagnosticar, é suspeitar. Fazia a suspeição e mandava pra cá. Aí se você me perguntar: qual que é o melhor? É, tem os dois lados (...) Tem falha nos dois sistemas, descentralização e centralização. (...)” PCR – 9

“(...) Eu acho que algumas pessoas não querem permitir, muitas vezes pela capacidade apresentada pela atenção primária. (...) eu percebo que o termômetro que eles têm aí é que se liberar, descentralizar, vai haver um descontrole. (...)” PCR – 2

“(...) Na verdade eu acho que até atrapalhou né, porque a gente era referência né, os PSF's mandavam pra cá. Como descentralizou, mudou o foco né, então não atende hanseníase mais só no Credenpes, atende hanseníase no PSF tal, atende no tal né (...) Porque caiu tudo, a nossa demanda aqui em termos de suspeição de hanseníase. (...) a gente tinha uma demanda muito maior aqui de hanseníase. (...) A gente fazia quase que toda semana diagnóstico, agora, em um mês, às vezes você não faz um diagnóstico de hanseníase, né (...)” PCR – 11

Diante do receio da perda de controle dos casos de hanseníase e da militância histórica do Credenpes pela doença no município, atores apontam que os investimentos realizados em prol da descentralização por este serviço, muito embora tenham se proposto a caminhar rumo

à integração das ACH na atenção básica, não têm tido um caráter de ruptura com a atual estrutura vertical do programa.

Desta forma, a capacitação das equipes da APS e o matriciamento de casos acompanhados pelo Credenpes, se por um lado são iniciativas que instrumentalizam o profissional da atenção básica a assumir os casos, por outro, não interferem no fluxo da porta de entrada do Credenpes e não solucionam o problema da contrarreferência, fazendo com que o PCH permaneça centralizado.

Atores referem, nesse sentido, que o receio à descentralização se expressa nas próprias tentativas do Credenpes de descentralizar, fazendo com que este serviço lance mão de estratégias que avançam no processo de integração entre os serviços, mas o mantêm na centralidade do cuidado à doença.

*“(...) Mas o Credenpes também, assim, ele meio que no discurso, né, de descentralizar, eles centralizam, né. (...) A (**nome do profissional do Credenpes**) criou uma estratégia de chamar esses enfermeiros, de discutir né, que eu acho que é uma estratégia bacana. Mas não tem que chamar e discutir, tem que chamar e responsabilizar, falar, não é só enfermeiro, falar: “Ó, esse paciente aqui é da sua área!” Ah, tem que trabalhar acolhimento? Vamo trabalhar acolhimento! Se não tá sabendo abordar, a gente vai ter que fazer um trabalho de abordagem, né. Mas isso não pode se perder, porque senão, o discurso que a atenção básica é a porta de entrada, que é o vínculo, tem que ser coordenador do cuidado, tem que ter um olhar longitudinal, ele se perde.” **GES – 2***

*“(...) a gente tem o Saúde em Movimento (**atividade educativa realizada pelo Credenpes**), os centros de referência vão até as unidades de saúde. Quando você vai fazer isso, quem tá lá fazendo suspeição de hanseníase, é o médico da referência.(...) Então, o centro de referência vai lá pra unidade de saúde, faz um consultório, faz a suspeição, faz todo levantamento ali dele também (...) tô indo lá pra capacitar, pra puxar, pra poder fazer diagnóstico, mas peraí... eu sou centro de referência, eu posso tá junto, com certeza, mas a equipe tinha que tá ali na verdade, fazendo essa suspeição. (...) Sem pensar nessa lógica, de que isso, de alguma maneira, fortalece, na cabeça do usuário, a porta de entrada que é o Credenpes. E aí, a discussão geralmente é: mas a gente faz isso porque a atenção básica não reconhece. Mas a atenção básica também não reconhece, porque já é feito assim. (...)” **GES – 1***

*“(...) Ele (**profissional do PSF**) suspeitar e encaminhar é uma coisa. Agora, o centro de referência receber, é outra coisa. Porque quando ele recebe, ele está institucionalizando o fluxo. (...)” **GES – 3***

Outras práticas mencionadas como “centralizadoras”, por reforçarem o atual modelo de dependência do Credenpes é o direcionamento do usuário a este serviço após ações educativas com a comunidade.

“(...) Já fui num treinamento que teve aqui no bairro mesmo, com os três PSF, né, e aí eu fui. (...) E teve muita gente que deu, apareceu muita gente com hanseníase. Aí eles (Credenpes) encaminharam lá pro Credenpes, pra poder passar os remédios, né. Nesse dia eu tava lá participando. Foram, pro Credenpes, já encaminhou pra lá, que a menina lá de baixo veio, né. Tava aí também no dia vários médicos. (...)”

PAB - 5

“(...) Nós (Credenpes) temos ações em bairros como o “Dia da Mancha”, o “GV em Movimento”, onde nós pegamos muitos casos suspeitos, inclusive em área de PSF, e encaminhamos pra cá (Credenpes). Nós fechamos o diagnóstico e devolvemos pra lá. (...)” **PCR - 1**

Em relação a este aspecto, profissionais do Credenpes justificam suas práticas em função da necessidade de buscar alternativas para o desenvolvimento de ações de educação em saúde nos territórios, vistas como importantes para potencializar a suspeição e detecção de novos casos. Entretanto, referem que todas as ações em áreas cobertas pela ESF são articuladas de maneira conjunta com as referidas unidades básicas de saúde da região, sem sucesso, porém, na tentativa de integrar o profissional médico.

Não obstante a isso, persiste a questão da manutenção de práticas que reforçam o atual modelo de verticalização do PCH, uma vez que tais práticas, como dito anteriormente, fortalecem a integração entre os serviços de atenção, mas não caminham para a descentralização no município, dentre outras razões, por reforçar o significado cultural do Credenpes perante à população.

Com relação aos profissionais da atenção básica, as resistências encontradas direcionaram-se para o medo do contágio da hanseníase, para a crença de que esta é uma patologia cujo cuidado pertence aos especialistas e para o desejo de não identificação com a doença. As resistências constatadas no grupo da atenção básica apontam para a permanência de um forte estigma relacionado à hanseníase no imaginário dos profissionais que se expressa na evidência de um distanciamento com relação ao usuário portador da doença.

“(...) Eu prefiro, eu, na minha opinião, eu acho que é coisa muito... é uma doença, né? (...) bem específica: infecto, dermat... eu acho que deveria ficar por lá mesmo. Porque é uma doença altamente contagiosa e aqui, às vezes, a gente (...) pode tá aí passando pro resto do povo. Então acho melhor que fique lá com os especialistas (...). Quando eu pego aquela manchinha, (...) corticoidezinho tópico, volta daqui 15 dias pra ver se melhorou. Melhorou, beleza! Não melhorou, eu mando pro dermat.

Eu não fico com o paciente aqui não, porque senão eu vou pegar e todo mundo que tá aí na espera, pega também. (...) eu acho que, tipo assim, eu, se eu fosse a dona, secretária de saúde, dona dos negócios, eu não descentralizaria de forma nenhuma (...)" PAB – 9

"(...) ela não quis me atender (...) voltei com os papeis pra trás. Depois que ela foi olhar, depois que eu comecei a tomar o remédio que ela olhou, deve ser que pensou. Será que ela tava com medo de olhar eu, será? (...)" US – 5

"(...) a gente fica muito se perguntando porque os profissionais não aderem, sabe? (...) eu acho que as pessoas não aderem, porque elas não querem se identificar (...) vamos pensar na doença, as pessoas não querem se identificar com a doença, não querem né. (...) no inconsciente dessa pessoa, eu penso que passa esse medo, sabe? Por isso que a gente sempre conversa sobre estigma, porque eu penso que esse é um dos grandes entraves, sabe? Ainda na cabeça das pessoas, mesmo sendo profissional. (...)" GES 3

O distanciamento dos profissionais da atenção básica foi um resultado intensamente discutido nas oficinas de negociação com todos os grupos, uma vez que surgiu como forte crítica do Credenpes em relação à postura dos serviços de saúde do município e até mesmo da gestão municipal.

Segundo os profissionais do Credenpes, historicamente, este serviço tem assumido o hiato de uma assistência não prestada nos demais pontos de atenção do município e a gestão de um programa que não desperta o interesse da rede municipal de saúde de modo geral, restringindo-se ao Credenpes e à referência técnica, sem apoio político e institucional suficiente para a continuidade de suas ações.

Nesse sentido, atores do centro de referência afirmam que as críticas com relação às práticas centralizadoras do Credenpes não representa um interesse legítimo pela descentralização, uma vez que os investimentos em prol desta estratégia partem do próprio Credenpes, com pouca participação dos gestores no sentido de garantirem a supervisão do processo no âmbito da atenção primária.

Na perspectiva dos profissionais do Credenpes, esta situação expõe o serviço ao dilema de assumir integralmente o cuidado ou “assistir de camarote” o descaso municipal com relação à doença e o distanciamento dos serviços, simplesmente para cumprir uma diretriz política considerada, neste aspecto, vertical, por determinar um modelo de organização incompatível com a atual situação da rede de atenção no município.

Com relação aos gestores municipais, embora haja um reconhecimento unânime sobre a importância da descentralização, observa-se, dialeticamente, uma acomodação com a atual situação de dependência do Credenpes, fundamentada também pelo medo da não continuidade do cuidado na atenção primária, sobretudo diante da rotatividade de profissionais médicos e da dificuldade de supervisão das equipes da ESF.

“(...) Eu acho que... medo. De perder todos os serviços, no sentido assim de... (...) é mais fácil controlar centralizado. Porque a cobrança e tudo, ela fica muito no centro de referência. (...) de uma certa maneira, tá aqui meu filho, sabe assim? Tô cuidando, tá tudo certo, tá tudo sob controle. Se eu descentralizo, eu perco um pouco de como que vai ser isso. (...) pra gente também, eu tenho 57 equipes. (...) Você gerenciar tudo isso, é muito mais complexo assim, dá o suporte pra todo mundo, é muito mais complexo! É um sonho, eu acho que é assim, é o que tem que ser feito, é um sonho, é uma vontade, mas eu acho que existe um medo muito grande também de se fazer, de se perder sabe assim... de tudo que foi feito até agora, todas as conquistas e tudo? Não sei assim, é uma visão muito pessoal. (...)” GES - 1

De forma similar ao Credenpes, o medo dos gestores da perda de controle dos casos de hanseníase do município e a responsabilidade em garantir o cuidado à doença e evitar discontinuidades na assistência, faz com que os gestores lancem mão de estratégias igualmente ineficazes do ponto de vista da descentralização.

Isto porque, conforme foi visto, as capacitações e o monitoramento através de indicadores epidemiológicos e operacionais são ações que, embora fundamentais para o controle da endemia, não demonstraram-se capazes de romper com a estrutura vertical do programa no município, uma vez que ela se sustenta também em determinantes sócio-histórico-culturais, cuja tensão se faz necessária para a superação do modelo atual.

Uma outra evidência de acomodação da gestão com a estrutura verticalizada do PCH em Governador Valadares é a centralização dos medicamentos poliquimioterápicos no Credenpes, vista pelos profissionais como um entrave à descentralização.

Segundo os relatos, não existe PQT nas unidades básicas de saúde e o profissional que deseja fazer o acompanhamento do usuário precisa buscar a medicação no Credenpes, ficando o deslocamento a cargo do próprio profissional que o faz, muitas vezes, em seu próprio veículo, fora do horário de trabalho.

“(...) Vamos lá buscar. No nosso carro, de ônibus, de qualquer jeito. Agora, se o paciente trata lá, ele mesmo vai, porque já tem o retorno agendado, né. (...) se for tratamento aqui na unidade, a gente que busca. (...)” PAB - 4

“(...) deveria ter a medicação certinho, igual manda pra nós, mandar pros PSF’s, porque eles buscam aqui (...) eu acho que, já que tem o tratamento lá, deveria ter os medicamentos lá também, né, não ficar na nossa responsabilidade aqui que é o centro de referência. Porque eles vêm buscar o remédio, às vezes o paciente atrasa, não tem ninguém pra buscar o remédio, entendeu? A gente passa por isso aqui. (...)” PCR – 4

“(...) A medicação ainda é centralizada. (...) Ainda hoje, a medicação é centralizada.(...)” PAB - 2

Ao ser levada a questão para diálogo com gestores, estes expõem problemas já vivenciados no município como o vencimento de blísteres nas unidades básicas de saúde, em função de dificuldades de gerenciamento dos estoques, mas afirmam que os enfermeiros têm sido orientados à solicitarem a entrega do medicamento nas unidades pela gestão municipal.

Entretanto, pode-se dizer que, de fato, a centralização da PQT no Credenpes é um aspecto que reforça simbolicamente o modelo verticalizado do programa, contribuindo também para a perpetuação da cultura de encaminhamento e acomodação dos profissionais da atenção básica, uma vez que, em função da dificuldade de deslocamento, torna-se mais fácil encaminhar o paciente ao Credenpes, do que assumir o caso e responsabilizar-se pela busca do medicamento.

As evidências de uma acomodação dos gestores com a estrutura vertical do PCH, diante da disponibilidade do Credenpes e das dificuldades enfrentadas em lidar com a complexidade da doença e da própria descentralização, cujos investimentos mostraram-se até hoje insuficientes, fez com que ao longo dos anos o grau de dependência com relação a este serviço aumentasse.

A relação de dependência dos gestores com relação ao Credenpes no controle da hanseníase em Valadares se expressa, dentre outros aspectos, no sentimento de angústia e preocupação com a iminente aposentadoria de seus médicos, uma vez que muitos profissionais que atuam hoje no centro de referência são os mesmos, desde a época do antigo SESP, sendo o tempo de trabalho destes superior ao período mínimo exigido para aposentadoria.

“(...) Eu falei que tem retaguarda, mas a gente tem que manter essa retaguarda (...) o quadro de recursos humanos do Credenpes está envelhecendo e aí a gente não tem como garantia essa continuidade. Então assim, essa manutenção da retaguarda (...) A gente fica se perguntando todo dia (...) “o quê que vai acontecer”? Eu não gosto nem de pensar. (...)” GES - 3

Um dos fatores que, segundo os atores municipais, levam esses profissionais a não requererem sua aposentadoria é justamente o histórico de militância destes à favor do PCH, desde à época do antigo SESP. Este fato, gera nos profissionais um sentimento de pertencimento pelo programa e, sobretudo, pelo centro de referência municipal, construído através da mobilização política desses atores.

O aspecto da militância dos profissionais do Credenpes com relação à hanseníase foi intensamente abordado também pelo grupo dos gestores municipais durante as entrevistas, como atitude de reconhecimento do trabalho realizado por esses atores ao longo da história do programa em Governador Valadares.

“(...) Muito bem (...) Abraçando igual a mãe assim, sabe? Esse filho é meu! (...) Se não fosse o movimento deles a hanseníase taria muito pior, a situação da hanseníase no município. (...)” **GES – 4**

“(...) é uma equipe preparada, a equipe tem uma política de formação própria, isso é uma coisa muito importante que a maioria dos setores não tem. (...) Outra coisa importante, é um centro de referência que consegue firmar parcerias né, então assim, muitas parcerias que a gente tem, o primeiro passo quem deu foi o Credenpes. (...) A gente fala assim, eu morro de ri de vez em quando, como é que esse povo tem tanta criatividade. (...) vão fazer atividade educativa, aí todo mundo mobiliza (...) uma capacidade criativa de superar muito além do que a rede tá preparada pra receber. (...) Então, assim, essa possibilidade, estimular as pessoas, tudo que tem as pessoas participam, então estimula muito a formação, pra pesquisa, pra extensão né, coisa que se você rodar Valadares, você não vai ver. Por isso que as pessoas se impressionam muito, como que a gente faz tanto com tão pouco. (...)”

GES - 3

Observa-se que este aspecto exerce influência, não só na acomodação dos profissionais da atenção primária, que permanecem encaminhando usuários na certeza da acessibilidade do Credenpes, mas também a influência pode ser observada nos próprios gestores municipais pela certeza da retaguarda e dos investimentos do serviço em ações em prol da hanseníase no município. A acomodação dos gestores foi mencionada nas entrevistas como um reflexo da disponibilidade do Credenpes, da excelência do trabalho realizado, da “auto-suficiência” gestora deste serviço e capacidade de articulação com os demais setores da rede municipal de saúde de Valadares.

Neste sentido, há evidências que legitimam a crítica proferida por atores do Credenpes de que o serviço têm assumido historicamente o PCH no município, enfrentando críticas e elogios com relação à sua atuação, porém sem a suficiente contrapartida para apoiá-lo na

sustentação de suas atividades, ou mesmo assumir um outro projeto que desvincule o programa deste serviço e garanta a sua continuidade em outros pontos de atenção.

Observa-se, assim, dois aspectos com relação ao significado da autonomia conferida ao Credenpes. Por um lado, essa autonomia é vista como uma conquista do serviço, fruto do mérito e da confiança alcançada por anos de um trabalho de excelência. Por outro lado, a autonomia dada ao Credenpes implica, também, em uma acomodação da gestão municipal com relação ao programa e ao projeto de descentralização que requer maior envolvimento político e institucional para garantir sua viabilidade técnica e operacional.

Os determinantes que interferem na consolidação do processo de descentralização em Governador Valadares e o histórico de tentativas direcionadas para a reversão do modelo, apontam para dificuldades também em nível de gestão do programa e da rede de saúde municipal em dirigir um processo de mudança, mediante estratégias eficientes que sejam capazes de garantir a sustentabilidade do projeto de descentralização.

Como resultado da insuficiência dessas estratégias, observa-se a manutenção do modelo vertical de atenção à hanseníase, à despeito da pressão política para integrar as ações na atenção básica, mesmo diante do reconhecimento dos gestores de sua importância para a melhoria do acesso e vínculo do usuário e para ampliar e potencializar a detecção de novos casos no município.

Por outro lado, os resultados das estratégias já assumidas pela gestão em prol da descentralização em Governador Valadares, demonstram a complexidade da doença e da própria proposta de descentralização, frente aos determinantes sócio-histórico-culturais e aos problemas de ordem financeira e técnica do programa e da rede de atenção à saúde no município.

Esta realidade expõe os gestores a responderem pelo difícil manejo entre a pressão política para a descentralização, as demandas genuínas de assistência à saúde e a administração dos problemas aqui referidos, cuja dimensão e complexidade, muitas vezes, fogem à governabilidade desses atores.

Nessa dialética, o PCH têm se equilibrado no município de Governador Valadares, com a perpetuação do modelo vertical de atenção e participação ínfima da atenção básica nas ações de controle, persistindo a descentralização como um desafio ainda não superado. Como possível impacto, os indicadores epidemiológicos apontam para a queda significativa da detecção de casos no município, com evidências de infecção ativa e diagnósticos tardios no município.

Os resultados apontam, também, para a ausência de consenso sobre a descentralização entre os atores municipais, evidenciando-se a necessidade de ampliar o diálogo sobre a hanseníase e sobre o modelo de atenção no município. Acredita-se que a discussão sobre o modelo de atenção à hanseníase deve enfatizar a co-responsabilização dos serviços e atores sociais no cuidado à doença, tendo como foco a saúde e qualidade de vida das pessoas acometidas e suas famílias.

6. DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo evidenciaram que as estratégias para o alcance da descentralização das ações de controle da hanseníase (ACH) em Governador Valadares não foram capazes de garantir a sustentabilidade do processo. Como consequência, o modelo de atenção à doença permanece centralizado no serviço de referência municipal, após cerca de 14 anos do início do processo de descentralização.

A integração das ACH na atenção básica persiste como um problema em diversas regiões do país. Estudos têm constatado fragilidades de acesso aos serviços de atenção primária, resultando no deslocamento obrigatório do usuário para locais de atendimento distantes de sua residência, gerando diagnósticos tardios e dificuldades de seguimento do tratamento. (ALENCAR, 2012; RIBEIRO JUNIOR; VIEIRA; CALDEIRA, 2012; ARANTES *et al.*, 2010).

Fuzikawa *et al.* (2010) constatou a influência da estratégia de descentralização das ACH na melhoria do acesso em unidades básicas de saúde de Betim - MG e na redução de casos notificados fora do município.

Neste estudo, atores referiram dificuldades de acesso aos serviços de saúde, principalmente em função do custo para o deslocamento do usuário ao centro de referência municipal, podendo ser esta uma das causas de diagnóstico tardio no município. Em contrapartida, o PCH de Governador Valadares tem se mostrado resolutivo no acompanhamento dos casos municipais, tendo sido registrados apenas 3 casos notificados fora do município, numa série histórica de 14 anos.

O processo de descentralização das ACH no âmbito dos programas municipais do estado de Minas Gerais, têm sido impulsionado mediante o aumento da cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF), a disponibilização da poliquimioterapia na atenção básica e investimentos na capacitação de profissionais de saúde para assumirem as ACH (GROSSI, 2008; LANA; LANZA, 2011).

Entretanto, no que concerne à capacitação, estudos têm mostrado a limitação desta estratégia para garantir a continuidade do programa na Atenção Primária à Saúde (APS). Como resultado, observa-se o enfraquecimento contínuo da participação das equipes no diagnóstico e acompanhamento de pacientes, em períodos posteriores aos ciclos de capacitações, em função de problemas como a rotatividade e o baixo desempenho nas ACH (VIEIRA, 2014; LANZA, 2014).

Lanza e Lana (2011), em pesquisa realizada com 9 municípios do Vale do Jequitinhonha, detectaram diferentes graus de descentralização, estando as diferenças

relacionadas à cobertura de ESF, à integração entre os serviços de atenção primária e secundária, ao investimento municipal em capacitações e ao apoio recebido da regional de saúde. Os autores concluíram, desta forma, que a descentralização é determinada pelo grau de priorização deste agravo na política de saúde do município.

No estudo de Penna *et al.* (2008), os autores referem a influência da implantação da ESF como um dos principais determinantes para o controle da hanseníase, tendo encontrado associação entre o aumento da cobertura de ESF e a redução da prevalência da doença.

Com relação a este aspecto, Rodrigues (2012) apontam uma tendência inversa, tendo observado o aumento da detecção em áreas onde há cobertura de ESF e as equipes foram capacitadas para o desempenho das ACH, demonstrando o fortalecimento da atividade de busca ativa mediante o trabalho das ESF.

Vieira (2015), observou uma tendência de redução gradativa da detecção, após investimentos realizados em prol da descentralização em Betim, e aumento da concentração de diagnósticos e tratamentos no centro de referência do município, evidenciando uma tendência à recentralização.

No presente estudo, os resultados evidenciaram que o aumento da cobertura de ESF em Governador Valadares não induziu o fortalecimento da integração das ACH pelas equipes, tendo sido observado o aumento contínuo do número de equipes no município e a tendência de redução de diagnósticos na atenção primária. Esses resultados demonstram que a implantação da ESF, por si, não implica em um aumento das atividades relacionadas à doença, sendo o apoio político e o suporte operacional das equipes, elementos fundamentais para viabilizar a integração das ações neste nível de atenção.

Da mesma forma, a estratégia de capacitação dos profissionais da APS em Governador Valadares, não foi capaz de sustentar o empenho dos profissionais de saúde na realização das atividades relacionadas à hanseníase, tendo sido evidenciada a persistência da prática de encaminhamento ao centro de referência, também por parte de profissionais já capacitados.

Este resultado aponta para a necessidade de investimentos contínuos na descentralização e monitoramento do processo pelos gestores municipais, garantindo, não só a reciclagem de treinamentos às equipes, como também a supervisão local dos serviços de saúde, o suporte técnico aos profissionais e supervisão do trabalho das equipes (MORENO; ENDERS; SIMPSON, 2008; LANZA *et al.*, 2011).

Fuzikawa (2007) referiu que a continuidade do processo de descentralização está condicionada ao apoio político por parte da gestão municipal. Desta forma, a omissão e o

descomprometimento dos gestores com relação ao PCH, reflete-se na redução dos esforços para a descentralização e na manutenção da estrutura vertical da rede de atenção à doença.

Dificuldades de sustentação do processo de descentralização foram observadas também na região Nordeste, no estudo de Raposo (2011), realizado em Aracaju – SE. O autor observou que, após início do processo de descentralização, houve um aumento contínuo da proporção de diagnósticos de hanseníase na atenção básica e redução da participação do serviço de referência na detecção de casos. Em contrapartida, a atenção primária demonstrou fragilidades no acompanhamento dos usuários diagnosticados, aspecto evidenciado pela elevada concentração de casos tratados no serviço de referência da capital.

Este dado sugere que, mais do que a detecção, o seguimento dos casos de hanseníase, acompanhamento integral do tratamento e a realização da alta do paciente persistem como ações que demandam maior esforço das equipes da APS, sendo o acompanhamento do usuário um importante desafio para a consolidação da descentralização (VIEIRA, 2015).

As dificuldades em dar seguimento aos casos identificados podem estar relacionadas às demandas contínuas do cuidado em hanseníase, tais como: a administração da dose supervisionada com avaliação dermatoneurológica mensal, a identificação de possíveis lesões incapacitantes e/ou reações adversas, a necessidade de suporte psicossocial ao paciente, a avaliação dos contatos e a busca ativa.

Essas ações demandam, não só o tempo dos profissionais da AB, como também conhecimento e tecnologias adequadas, além de implicar na necessidade da continuidade da assistência pelo profissional médico que, muitas vezes, em função da rotatividade, não permanece na referida unidade durante todo o período de tratamento do usuário, gerando discontinuidades na assistência (LANZA, 2014).

Neste estudo, houve relatos de que, com a saída do profissional médico da equipe de ESF, o profissional que assume seu lugar recusa-se, muitas vezes, a dar continuidade às ACH realizadas pelo médico anterior, sendo, então, o cuidado transferido para o centro de referência. Esses motivos foram mencionados pelos atores como aspectos que geram desmotivação e acomodação nos profissionais da atenção básica, culminando com a manutenção do modelo centralizado do PCH, em função da praticidade de resolução das demandas.

A acomodação dos profissionais da APS com relação à centralização do modelo de atenção à hanseníase foi citado também por outros autores como um entrave ao processo de descentralização e esteve relacionado à: rotatividade, sobrecarga de trabalho e dificuldade de priorização da hanseníase diante de outras demandas, com destaque ao atendimento de

doenças crônicas e à demanda espontânea (FUZIKAWA, 2007; LANZA, 2009; RAPOSO, 2011).

A rotatividade do profissional médico é uma realidade em Governador Valadares e foi referida pelos atores municipais como um reflexo da instabilidade geral do quadro de recursos humanos da APS no Brasil.

Embora os programas de provimento do governo federal a exemplo do “Mais Médicos” e do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), tenham reduzido o impacto da rotatividade do profissional médico neste nível de atenção, o vínculo deste e dos demais profissionais da saúde permanece frágil em função do caráter temporário dos programas, da ausência de planos de cargos e salários e da manutenção de cargos por indicação política em municípios brasileiros (CARVALHO; SOUSA, 2013; NUNES *et al.*, 2015).

Aspectos inerentes à gestão do trabalho e sua relação com o desempenho da atenção primária nas ACH têm sido relatados também em estudos menos recentes como o de Pimentel (2004), mostrando a persistência do cenário de instabilidade de recursos humanos da atenção básica ao longo dos anos e sua repercussão sobre a descentralização dos programas de controle de doenças endêmicas. Neste estudo, o autor referiu o problema da rotatividade e da escassez de profissionais para a supervisão e treinamento das equipes como um dos principais entraves ao processo de descentralização no Rio de Janeiro.

Embora alguns estudos apontem a ausência de profissionais para a realização de supervisões locais como um entrave à descentralização, Raposo (2011) evidenciou em seu estudo que a figura do gerente nas unidades básicas de saúde não favoreceu a incorporação das ACH em função do acúmulo de atividades administrativas e do distanciamento deste profissional com relação ao PCH.

Apesar da influência dos aspectos operacionais mencionados na configuração do modelo de atenção à hanseníase em Governador Valadares, neste estudo, as evidências apontaram para a forte influência de determinantes sócio-histórico-culturais na manutenção da estrutura vertical do PCH do município. Dentre esses aspectos, destaca-se a perpetuação de práticas culturais no âmbito da assistência e gestão que reforçam a centralização do modelo, cuja estratégia de capacitação e suporte operacional das equipes da APS não se mostraram suficientes para desconstruir seus significados.

Pode-se afirmar que a estrutura vertical do PCH no município de Governador Valadares sustenta-se política e ideologicamente através de práticas de saúde e de gestão que influenciam a configuração atual do modelo de atenção à doença.

Dentre as práticas culturais referidas, destacam-se o encaminhamento rotineiro de casos simples da doença para a atenção secundária por profissionais capacitados da APS, a manutenção histórica da porta de entrada aberta do centro de referência, sem exigência de encaminhamento e a tendência à não contrarreferenciamento dos casos para a APS.

O encaminhamento rotineiro dos casos suspeitos e a livre entrada no centro de referência sem ordenação do fluxo de atenção, remontam a períodos remanescentes à municipalização, em que o PCH era centralizado, à princípio no antigo SESP e, posteriormente, na Policlínica Estadual, sendo estes, por décadas, os únicos serviços municipais que atendiam hanseníase em Governador Valadares (GENOVEZ; PEREIRA, 2014).

O distanciamento dos profissionais da atenção básica com relação à hanseníase é um dos aspectos que contribuem para a prática de encaminhamento rotineiro dos casos e guarda importantes significados simbólicos como o estigma da doença, que pode gerar o desejo de não identificação com o problema e o entendimento de que o cuidado à hanseníase pertence a médicos especialistas (LANZA, 2014; BARBOSA, 2008).

Segundo Fuzikawa (2007), a conduta de encaminhamento do usuário para a atenção secundária sem a adequada abordagem pelo profissional da AB, faz com que o vínculo do paciente com a APS seja prejudicado e o próprio paciente não retorne posteriormente para a continuidade do cuidado na unidade próxima à sua residência.

O entendimento de que a hanseníase deve permanecer centralizada em unidades de referência, a cargo de dermatologistas e hansenólogos foi mencionada também por outros autores como um determinante cultural não sensível aos modelos tradicionais de capacitação. Segundo alguns autores, esses determinantes têm prejudicado a descentralização de forma mais expressiva do que os fatores operacionais como a rotatividade de profissionais e a falta de capacitação (FUZIKAWA, 2007; BARBOSA, 2008).

Com relação às práticas realizadas no centro de referência que reforçam a estrutura vertical do modelo de atenção à hanseníase, destacou-se a manutenção da porta aberta para demanda espontânea, também de usuários residentes em áreas cobertas pela ESF, sem exigência de encaminhamento formal e não contrarreferenciamento do usuário após o diagnóstico.

O problema da contrarreferência é intensamente abordado na literatura científica relacionada aos programas de controle da hanseníase, tanto nacional quanto internacional, e remete à dificuldade de integração entre os serviços da rede de atenção à doença, oferecendo

prejuízos à integralidade do cuidado (FUZIKAWA 2007; RAO, 2010; PANDEY; RATHOD, 2010; SMITH, 2010 RAPOSO 2011; LANZA 2014; VIEIRA, 2015).

Este aspecto deve ser compreendido não apenas à luz das fragilidades da rede de atenção primária, mas também numa perspectiva sócio-cultural que determina, historicamente, condutas no centro de referência, como a necessidade de manter sua visibilidade política e sua importância no município, sobretudo por tratar-se de profissionais de saúde remanescentes do antigo modelo centralizado de atenção à doença.

Sobre este aspecto, autores como Barbosa *et al.* (2008) e Fuzikawa (2007), referiram o medo da perda de espaço de trabalho após a descentralização, por parte de profissionais de centros de referência nas regiões norte e sudeste do Brasil.

Outras práticas realizadas por profissionais do centro de referência foram constatadas neste estudo como aspectos que dificultam a descentralização, como a realização de ações educativas no território pela atenção secundária com posterior encaminhamento de usuários suspeitos para o centro de referência, reforçando o significado histórico deste serviço perante à população.

Essas condutas, segundo Correia *et al.* (2008), refletem uma cultura de manter os pacientes no centro de referência e transformam-se em fatores de retenção e alta demanda na atenção secundária, prejudicando a integração da rede de atenção. Os autores referem, ainda, que ao longo dos anos, estes aspectos vão construindo valores coletivos simbólicos capazes de orientar o fluxo de atenção à doença no âmbito municipal:

*“Se de um lado a rede básica tem dificuldades de dar seguimento ao fluxo de referência e contra-referência, a FUAM também acentua o problema pelo “esquecimento de fazê-lo”. O consenso coletivo de que o paciente diagnosticado na Instituição deve permanecer e a “cultura” de manter pacientes para projetos na FUAM são como uma “regra” dentre todas as categorias profissionais. (...) Podemos entender, portanto, que o sistema é regulado pelos atores sociais envolvidos no processo e, conseqüentemente, pelas relações pessoais estabelecidas entre eles. Estas “regras”, ou códigos que resultam do conhecimento coletivo a respeito da operacionalização do sistema, tornam-se assim, elementos, mesmo que subjetivos fortes e reais o suficiente para reestruturarem o fluxo organizacional do sistema.”(CORREIA *et al.*, 2008, p.175).*

No presente estudo, as resistências encontradas no grupo dos profissionais do centro de referência de Governador Valadares apontam para o receio da perda de controle dos casos, uma vez que o cuidado à doença vem sendo, historicamente, conduzido por este serviço,

aspecto que gera um sentimento de pertencimento nos profissionais com relação ao PCH municipal.

Como forma de legitimar práticas enraizadas culturalmente, tanto profissionais da atenção básica quanto do centro de referência utilizaram o argumento do estigma, referindo que o usuário prefere ser atendido no centro de referência para evitar o constrangimento de sua exposição e o preconceito por parte de vizinhos e familiares.

No entanto, na perspectiva do usuário, os resultados deste estudo apontaram que a vinculação destes aos serviços de saúde se dá em função de critérios como: a satisfação com a humanização do atendimento, a qualidade da primeira abordagem para a construção de vínculo, o suporte psicossocial, a confiança nos profissionais de saúde, a facilidade de acesso e a percepção do usuário sobre a resolutividade dos serviços às suas demandas.

Este mesmo resultado foi apresentado por Lanza (2014) na avaliação de desempenho de unidades da APS de municípios mineiros. A autora refere que os problemas de acesso e vínculo às UBS's e o sentimento de insatisfação do usuário com relação ao atendimento prestado pelos profissionais da APS, fazem com que a unidade de referência se torne o primeiro serviço de escolha do usuário, gerando descontinuidades no cuidado.

A influência dos serviços de referência para a população foi investigada também por outros autores. Mendes *et al.* (2008) referiram que, após 18 anos da descentralização, um centro de referência em João Pessoa – PB, concentrava ainda 87,5% dos diagnósticos de hanseníase da capital. Dentre as razões apontadas para a verticalização do programa, destacou-se a forte influência histórica do serviço para a população e a superioridade deste em termos de tecnologias e qualidade do atendimento prestado, associado à problemas de acesso na atenção básica.

Em um estudo realizado com 600 usuários de um centro de referência em Fortaleza – CE, Ferreira *et al.* (2008) constataram uma concentração de 84% dos diagnósticos de hanseníase neste serviço, sendo as principais causas da preferência do usuário as vantagens de acesso com relação ao horário de atendimento, a disponibilidade de exames, a oferta de vales transportes e kits para reabilitação e a satisfação com relação ao atendimento humanizado dos profissionais.

As evidências dos estudos mencionados e os resultados desta pesquisa não descartam a influência do estigma na perspectiva do usuário, porém mostram que as demandas, necessidades e expectativas apresentadas aos serviços de saúde giram em torno do acesso e humanização do atendimento pelos profissionais, sendo estes fatores determinantes para a vinculação do paciente.

Assim, pode-se dizer que o distanciamento do profissional da atenção básica, a tendência à retenção do usuário no centro de referência, a referência histórica deste serviço para a população e o estigma relacionado à hanseníase são fatores que, ao longo dos anos, contribuíram para a construção de significados culturais de que o centro de referência é o local legítimo de atenção à hanseníase.

Segundo Vaitsman (2000), estes significados atuam de modo autônomo, e sua desconstrução não passa pela introdução formativa de políticas verticais, uma vez que os comportamentos no âmbito das organizações institucionais públicas não são condicionados intrinsecamente por regras. Este autor aponta para a necessidade de compreensão de comportamentos organizacionais à luz dos determinantes histórico-sociais, não apenas em nível institucional, mas também do contexto amplo no qual as políticas públicas e programas estão inseridos, conforme observado no trecho abaixo:

“(...) O problema é que, em virtude de os códigos culturais “anteriores” não desaparecerem, permanecendo subjacentes e orientando os comportamentos, a relação entre permanência e mudança é sempre incerta, inesperada e mesmo paradoxal. Este é um dos dilemas que se colocam para a introdução das propostas reformadoras nas organizações públicas de saúde e leva a outra questão metodológica: a análise da relação entre, de um lado, novos desenhos institucionais e/ou inovações gerenciais e, de outro, mudanças na cultura de organizações públicas de saúde (...)” (VAITSMAN, 2000, p.849-850).

Outro aspecto que deve ser considerado, acerca dos determinantes sócio-histórico-culturais é a postura de gestores municipais diante do desafio de consolidar a descentralização como estratégia política e organizacional do PCH. Isto porque a persistência de modelos verticais no âmbito dos programas deve ser analisada também à luz da discussão sobre as práticas de gestão, marcadas, historicamente, pela insuficiência e ineficácia de estratégias políticas capazes de reverter o modelo e promover novas formas de cuidado à hanseníase.

A ineficiência das gestões municipais em coordenar o processo de descentralização do PCH têm sido apontada na literatura como um aspecto de omissão por parte dos gestores (FUZIKAWA, 2007; BARBOSA *et al.*, 2008; LANZA, 2014).

Entretanto, considerando-se a influência dos significados simbólicos mencionados, pode-se entender que tais significados exercem influência também sobre os gestores municipais e, neste sentido, a representação social de que o centro de referência corresponde a um espaço mais qualificado para o atendimento da hanseníase pode permear, também, o ideário dos próprios gestores, enquanto sujeitos inseridos no mesmo sistema social.

Tais significados culturais podem acarretar em uma postura de “consentimento” dos gestores com o modelo vertical de atenção à doença, motivados pela responsabilidade de garantir o cuidado aos usuários, ainda que este seja centralizado, evitando-se, assim, descontinuidades na assistência.

Por fim, em uma análise macroestrutural sobre a influência dos determinantes sócio-histórico-culturais observados na descentralização do PCH, faz-se necessário considerar o caráter simbólico da disputa entre modelos de atenção distintos, coexistentes no município, cuja configuração tecnológica dos saberes e das práticas de saúde se distinguem intrinsecamente, gerando tensões e conflitos no cotidiano da assistência e gestão do programa.

Neste sentido, destaca-se, por um lado, um modelo vertical de controle de doenças infecto-contagiosas, pautado nos princípios da vigilância sanitária, centrados no saber médico especializado, com o predomínio de ações curativas e o modelo que se pretende construir, pautado na descentralização das ações, na divisão dos saberes e nas ações de promoção e prevenção à saúde.

Segundo Paim (2009), a hegemonia do modelo médico se sobrepõe ao modelo sanitário, em função de sua capacidade de direção política e cultural junto às profissões de saúde, à população e ao Estado e sua influência perpetuou-se na construção de outros modelos assistenciais, dentre eles, aqueles que deram origem à saúde pública brasileira, como o modelo de campanhas sanitárias e programas especiais, no qual se insere a hanseníase (PAIM, 2009).

De acordo com Paim (2009), as principais características deste modelo são:

“fundamenta-se nas disciplinas biológicas (microbiologia, parasitologia, entomologia, virologia, toxicologia, imunologia etc.) e na epidemiologia. Concentra a sua atuação em certos agravos e riscos ou em determinados grupos populacionais, deixando de se preocupar com os determinantes mais gerais da situação de saúde. Consequentemente, expressa um modelo de atenção que não enfatiza a integralidade da atenção nem a descentralização das ações e dos serviços de saúde. Embora muitas campanhas tenham se transformado em programas especiais, a essência do modelo sanitário mantém-se preservada, fortalecendo uma administração vertical, com coordenadores ou gerentes nacional, estadual e municipal (às vezes distrital e local), cujas decisões, normas e informações atravessam instituições, estabelecimentos e serviços de saúde de forma individualizada, fragmentada, desintegrada e, muitas vezes, autoritária” (PAIM, 2009, p.558-559).

Desta forma, pode-se afirmar que, em uma perspectiva simbólica, este modelo ainda exerce influência significativa sobre os modos de produção do cuidado, repercutindo de forma

determinante no PCH e induzindo a reprodução de práticas que atuam como barreiras à consolidação da descentralização.

As práticas de cuidado, tanto no âmbito da assistência quanto da gestão não são isentas da influência do modelo médico hegemônico que marcou a saúde pública brasileira e o Programa de Controle da Hanseníase, persistindo como desafio a consolidação de novos modos de produção do cuidado à doença e sua perpetuação, ao longo do tempo, para que sejam solidificados, enquanto paradigmas.

7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O presente estudo teve como principais limitações as seguintes questões:

A inviabilidade de renovação do círculo hermenêutico dialético: compreende-se que a renovação do círculo com os referidos grupos de interesse possibilitaria aos primeiros participantes terem acesso às construções conjuntas que acumularam-se no decorrer do processo. Alguns atores que responderam inicialmente as entrevistas, queixaram-se da falta de oportunidade de questionarem avaliações anteriores. No entanto, buscou-se sanar este aspecto durante as oficinas de negociação, onde foram apresentados aos participantes, de forma transparente e criteriosa, os principais temas discutidos nas entrevistas individuais, com os respectivos fragmentos das falas dos participantes.

Período de observação do campo pelo pesquisador: em sua proposta original, Guba e Lincoln (2011), recomendam como etapa prévia da avaliação, a observação do campo pelo pesquisador, à fim de possibilitar a identificação de grupos potencialmente afetados pelo processo avaliativo. Neste estudo, optou-se por negociar a participação dos sujeitos com os próprios profissionais e gestores, por tratar-se de um cenário amplamente conhecido pelos pesquisadores, através de outros estudos realizados no município. Não obstante a isso, a ausência da etapa de observação pode deixar o pesquisador vulnerável à influência dos grupos de maior poder no município, aos quais manifestaram maior interesse na avaliação. Entretanto, os resultados da avaliação apontaram aspectos tanto favoráveis quanto desfavoráveis para todos os grupos de interesse, mostrando que a metodologia foi capaz de apreender e representar as reivindicações, preocupações e questões dos atores envolvidos, independente das relações de poder existentes. Desta forma, a proximidade de alguns atores não impediu a imersão de construções desfavoráveis aos mesmos, amplamente discutidas durante o processo metodológico da pesquisa.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados, conclui-se que o Programa de Controle da Hanseníase (PCH) no município de Governador Valadares atravessou diversas fases histórico-políticas que alteraram a configuração tecnológica da rede de atenção, inserindo novos serviços e atores no cuidado à doença, assim como contribuíram para a modernização da estrutura gestora do programa e ampliação do monitoramento da endemia na região.

Entretanto, as mudanças ocorridas no âmbito do PCH, embora tenham caminhado para a descentralização, não mostraram-se suficientes para reverter o modelo de atenção à doença, permanecendo este vertical, centralizado no serviço de referência, com participação ínfima da atenção básica nas ações de controle.

Evidenciou-se que a atuação da atenção primária no PCH se mantém restrita à suspeição e encaminhamento do caso para a atenção secundária, além da realização de ações educativas pontuais, observando-se descontinuidades e baixo desempenho nas ações propostas.

Em contrapartida, o centro de referência se destaca pela qualidade do atendimento prestado à população e pela referência histórica no município como serviço especializado com “portas abertas” à demanda espontânea, responsável pela atenção integral à doença, desde a suspeição diagnóstica ao pós alta, extrapolando o seu papel, ainda, para a vigilância de contatos, busca ativa e realização de ações educativas no território.

As evidências do estudo destacaram aspectos de ordem técnico-operacional que se interpõem como desafios à descentralização, a exemplo de problemas de acesso e instabilidade do quadro de recursos humanos da atenção básica. Evidenciou-se que o acesso é dificultado pelo modelo de organização da porta de entrada das unidades básicas de saúde e pelo processo de trabalho das equipes, destacando-se o atendimento por ordem de chegada, mediante distribuição de fichas e problemas de humanização do acolhimento, aspectos que têm gerado insatisfação do usuário com o atendimento prestado e sua vinculação ao serviço de referência.

No que condiz à instabilidade do quadro de recursos humanos da atenção básica, destaca-se a fragilidade do vínculo dos profissionais médicos, em sua maioria inseridos em programas de provimento, a ausência de concursos públicos para todas as categorias profissionais e a permanência da contratação de agentes comunitários de saúde por indicação política no município. Tais fatores têm repercutido fortemente no PCH, interferindo na continuidade da assistência no âmbito da atenção primária, na ineficácia das estratégias de

capacitação, em função da rotatividade de profissionais, e na qualidade das ações prestadas neste nível de atenção.

Apesar dos aspectos técnico-operacionais referidos, os resultados deste estudo apontaram para a forte influência de determinantes sócio-histórico-culturais na descentralização do PCH em Governador Valadares, expressos na reprodução de saberes e práticas vinculados ao antigo modelo de atenção à doença.

No plano ideológico, há evidências de que a manutenção do modelo vertical é sustentada pelo estigma e se expressa na postura de distanciamento dos profissionais da APS e no “isolamento” do programa, cujas ações são articuladas no âmbito do centro de referência municipal com apoio político e institucional restrito. Neste sentido, destaca-se, também, a crença na soberania da especialidade médica e o espaço simbólico ocupado pelo centro de referência, visto no ideário social como local mais apropriado para o cuidado à doença.

No campo das práticas de saúde, destaca-se o encaminhamento rotineiro de casos suspeitos de hanseníase para a atenção secundária, a manutenção da “porta aberta” do centro de referência para usuários de áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família, o não contrarreferenciamento dos pacientes e a realização de atividades na comunidade que reforçam o protagonismo deste serviço perante à população.

No âmbito das estratégias de gestão para viabilizar o processo de descentralização no município, verificou-se o investimento maciço em capacitação de profissionais da atenção básica e o fortalecimento do sistema de vigilância e monitoramento da endemia como principais medidas assumidas pelo comitê gestor do PCH. Entretanto, observou-se a ausência de estratégias políticas capazes de reorganizar a porta de entrada dos serviços e promover a co-responsabilização dos atores, sensibilizando-os para a importância da mudança de práticas que favorecem a continuidade do atual modelo de atenção à doença.

Desta forma, conclui-se que a problemática da descentralização revela a tensão entre modelos de atenção distintos que buscam se estruturar simultaneamente na rede municipal de saúde, gerando disputas, muitas vezes simbólicas, nas quais se verifica a hegemonia do modelo de cuidado especializado, cuja expertise e referência histórica se sobrepõem às tecnologias desenvolvidas pela atenção primária.

Nesse sentido, o Credenpes, enquanto continuidade do SESP, tenta manter sua visibilidade e importância histórica, reproduzindo práticas vinculadas ao antigo modelo, que embora possam dificultar o processo de descentralização, garantem, dialeticamente, a continuidade da assistência à hanseníase no município, diante dos problemas de acesso e

baixo desempenho da atenção básica e da insuficiência de estratégias políticas capazes de garantir o cuidado à doença em outros pontos de atenção.

A avaliação de quarta geração e seus mecanismos de participação e interação revelou-se como uma ferramenta inovadora que permitiu, não apenas a investigação de aspectos inerentes ao PCH, como também propiciou importantes espaços de diálogo no âmbito do programa, contribuindo para a democratização do processo avaliativo e construção conjunta da realidade sobre o problema investigado.

As ferramentas metodológicas da avaliação de quarta geração possibilitaram, também, a apreensão de importantes significados subjetivos, simbólicos e culturais que orientam as posturas e condicionamentos dos atores sociais, permitindo que esses reavaliassem e reformulassem, caso fosse de seus interesses, posicionamentos iniciais, o que permitiu a concretização do caráter formativo da avaliação.

No tocante à descentralização, enquanto proposta política para reorganização do modelo de atenção à hanseníase, persiste como desafio o consenso sobre a viabilidade operacional desta estratégia, a co-responsabilização dos atores, o planejamento e as diretrizes políticas necessárias para sua consolidação.

Acredita-se que novos consensos possam ser atingidos mediante diálogo permanente entre os atores municipais incluindo gestores, profissionais de saúde e população e que as discussões devem incorporar, não somente os aspectos normativos e operacionais da proposta, mas também, e principalmente, os determinantes sócio-histórico-culturais que se interpõem à sustentabilidade do processo de descentralização no município.

A construção de uma nova institucionalidade política no âmbito do modelo de atenção à hanseníase em Governador Valadares requer a revisão dos mecanismos atuais de gestão e assistência à doença, mediante um processo de educação permanente envolvendo a participação dos atores sociais que, ao longo do tempo, protagonizaram e continuam construindo a história do programa no município.

9. REFERÊNCIAS

ANDRADE, V. Implementação da PQT/OMS no Brasil. **Hanseníase Internationalis**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 23-31, 2006.

ALENCAR, C.H.M. Diagnóstico da hanseníase fora do município de residência: uma abordagem espacial, 2001 a 2009. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1685-1698, set. 2012.

ARANTES, C. K.; GARCIA, M.L.R.; FILIPE, M.S.; NARDI, S.M.T.; PASCHOAL, VDA. Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 19, n. 2, p. 155-164, abr./jun. 2010.

BAPTISTA, T.W.F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C. (Orgs.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007. p. 29-60.

BARBOSA, J.C.; RAMOS, A.N.; MOTA, M.V.; HINDERS, D.; MELLO, M.G.S. Olhares sobre as ações do programa de controle da hanseníase: a perspectiva dos profissionais de saúde no Brasil. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 273-292, 2008.

BITTENCOURT, L.P.; CARMO, A.C.; LEÃO, A.M.M.; CLOS, A.C. Estigma: Percepções sociais reveladas por pessoas acometidas por hanseníase. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 185-190, abr./jun. 2010.

BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J. Avaliação de políticas, programas e serviços de saúde. In: CAMPOS, R.O.; FURTADO, J.P.; (orgs). **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde**. 1. ed. Campinas, SP: Editora Unicamp, 2011. p.278.

BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J.; (orgs). **Avaliação Qualitativa de Serviços de Saúde: enfoques emergentes**. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013. p. 375.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, 368p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública**. Manual técnico-operacional, Brasília: Ministério da Saúde, fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, 1990a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa: Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília, 2001a. 40p.

BRASIL. **Portaria GM/MS n. ° 1.886, de 18 de dezembro de 1997.** Aprova normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial, Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle da hanseníase na atenção básica: guia prático para profissionais da equipe de saúde da família.** Brasília, 2001b. 84p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1073/GM de 26 de setembro de 2000.** Expedir as instruções normativas destinadas a orientar o desenvolvimento das ações de controle e de eliminação da hanseníase em todo o Território Nacional, com ênfase na atenção básica de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2001c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase.** Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em Nível Municipal 2006-2010. Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº399/GM de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União. Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Leprologia.** Rio de Janeiro, 1960. 171p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 2.203, de 5 novembro de 1996.** Aprova a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial, Brasília, 1996.

BRASIL. **Portaria GM/MS n. 95 de 26 de janeiro de 2001.** Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS. SUS 01/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 2001d.

BRASIL. **Lei nº 9.010, de 29 de março de 1995.** Dispõe sobre a terminologia oficial relativa à hanseníase e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases: plano de ação 2011-2015.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 104p.

BRITO, K.K.G.; ARAÚJO, D.A.L.; UCHÔA, R.E.M.N.; FERREIRA, J.D.L.; MARIA JÚLIA GUIMARÃES OLIVEIRA SOARES, M.J.G.O.; LIMA, J.O. Epidemiologia da hanseníase em um estado do nordeste brasileiro. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Pernambuco, v. 8, n. 8, p. 2686-2693, ago. 2014.

BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.P.; HARTZ, Z. **Avaliação: conceitos e métodos.** 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. 292p.

CABRAL, D. **Lepra, Medicina e Políticas de Saúde no Brasil (1894 – 1934).** 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. 333p.

CARVALHO, M.S.; SOUSA, M.F. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? **Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 17, n. 47, p. 913-26, out./dez. 2013.

CAVALIERE, I.A.L; COSTA, S.G. Isolamento social, sociabilidades e redes sociais de cuidados. *Physis*: **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 491-516, 2011.

CONTRANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3 p.705-712, 2006.

CORREIA, C.M.F.; PIMENTEL, N.S.N.; FIALHO, V.M.L.; OLIVEIRA, R.M.L.; GOMIDE, M.; HEUKELBACH, J. Fatores associados à alta demanda de pacientes com hanseníase em centro de referência em Manaus, Amazonas. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 169-180, 2008.

COSSETIN, A; OLSCHOWSKY, A. Avaliação das ações em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família: necessidades e potencialidades. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre - RS, v. 32, n. 3, p. 495-501, set. 2011.

CUNHA, A.Z.S. Hanseníase: aspectos da evolução do diagnóstico, tratamento e controle. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n.2, p. 235-242, 2002.

CUNHA, V.S. **O Isolamento Compulsório em questão: Políticas de Combate à Lepra no Brasil (1920-1941)**. 2005. 151f. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Rio de Janeiro.

CURI, L.M. **Excluir, isolar e conviver: um estudo sobre a lepra e a hanseníase no Brasil**. 2010. 397f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Pós Graduação em História, Belo Horizonte.

DIAS, R.C.; PEDRAZZANI, E.S. Políticas públicas na hanseníase: Contribuição na redução da exclusão social. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. esp., p. 753-756, 2008.

DUCATTI, I. **A hanseníase no Brasil na Era Vargas e a profilaxia do isolamento compulsório: estudos sobre o discurso científico legitimador**. 2009. 199p. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em História Social, São Paulo.

DUCATTI, I. Discurso Científico e Legitimação Política: Hanseníase e Isolamento Compulsório (BRASIL, SÉCULO XX). **Projeto História**, São Paulo, v. 34, p. 303-315, jun. 2007.

EIDT, L.M. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p.76-88, maio-ago, 2004.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. (orgs.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. 1100p.

FERREIRA, M.L.L.T.; PONTES, M.A.A.; SILVEIRA, M.I.S.; ARAÚJO, L.F.; KERR, L.R.S. A demanda de um centro de referência nacional para hanseníase no nordeste brasileiro: por que o excesso de pacientes? **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 2, p. 243-256, 2008.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 2.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015. p.431.

FURTADO, J.P.; LAPERRIÉRE, H. A Avaliação da avaliação. In: ONOCKO CAMPOS, R. (orgs). **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde**. Campinas, SP: Editora Unicamp, 2011. p.19-36.

FURTADO, J.P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6 n. 1, p. 165-181. 2001.

FUJIKAWA, P.L. **Avaliação da descentralização das ações de controle de hanseníase no município de Betim/MG: prevenindo incapacidades?** 2007. 119f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Belo Horizonte.

FUJIKAWA, P.L.; DE ACÚRCIO, F.A.; VELEMA, J.P.; CHERCHIGLIA, M.L. Decentralisation of leprosy control activities in the municipality of Betim, Minas Gerais State, Brazil. **Leprosy Review**, London, v. 81, n. 3, p. 184-95, sep. 2010.

GENOVEZ, P.F.; PEREIRA, F.R. Da lepra à hanseníase: Política pública, o cotidiano e o estigma a partir da memória de seus atores – Governador Valadares (Década de 1980). **História: Questões & Debates**, Curitiba: Editora UFPR, n. 60, p. 205-228, jan./jun. 2014.

GLASER, B.G.; STRAUSS, A.L. **The discovery of grounded theory**. Chicago, Aldine, 1967.

GROSSI, M. A. F. Vigilância da Hanseníase no Estado de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. esp., p. 781-781, nov. 2008.

GUBA, E.G.; LINCOLN, Y.S. **Avaliação de quarta geração**. 1. ed. Campinas, SP: Editora Unicamp (tradução), 2011. p.318.

GUBA, E.G.; LINCOLN Y.S. **Fourth Generation Evaluation**. Newbury Park: Sage Publications, 1989. 296p.

GUBA, E.G.; LINCOLN Y.S. **Types of inquiry**. Monografia não publicada. Bloomington, Universidade de Indiana, 1985.

HABERMAS, J. **Dialética e Hermenêutica: para a crítica da hermenêutica de Gadamer**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora L&PM, 1987.p.136.

HARTZ, Z.M.A. Histórico da avaliação. In: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.P.; HARTZ, Z. **Avaliação: conceitos e métodos**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. 292p.

HECK, R. M.; BIELEMANN, V.L.M.; CEOLIN, T.; KANTORSKI, L.P.; WILHICH, J.Q.; CHIAVAGATTI, F.G. Gestão e saúde mental: percepções a partir de um centro de atenção psicossocial. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 647-655, out./dez. 2008.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. **Censo demográfico de 2010**. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo2010.php>. Acesso em: 18 set. 2014.

JOPLING, W.H.; Mc DOUGALL, A.C. A doença. **Manual de hanseníase**. 4ª ed. São Paulo, Atheneu Editora, 1991. p. 11-59.

LANZA, F.M. **Avaliação da atenção primária no controle da hanseníase: validação de instrumentos e análise do desempenho de municípios endêmicos do Estado de Minas Gerais**. 2014. 311f. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Minas Gerais, Curso de Doutorado da Escola de Enfermagem, Belo Horizonte.

LANZA, F.M. **Tecnologia do Processo de Trabalho em Hanseníase: Análise das Ações de Controle na Microrregião de Almenara, Minas Gerais**. 2009. 209f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de PósGraduação em Enfermagem, Belo Horizonte.

LANZA, F. M.; LANA, F. C. F. Decentralization of leprosy control actions in the micro-region of Almenara, State of Minas Gerais. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 187-194, jan./fev. 2011.

LANZA, F.M.; LANA, F.C.F.; CARVALHO, A.P.M.; DAVI, R.F.L. Ações de controle da hanseníase: tecnologias desenvolvidas nos municípios do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 1, n. 2, p. 164-175, abr./jun. 2011.

LEITE, S.C.C; SAMPAIO, C.A.; CALDEIRA, A.P. Como ferrugem em lata velha: O discurso do estigma de pacientes institucionalizados em decorrência da hanseníase. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 121-138, 2015.

LINCOLN, Y.; GUBA, E. Paradigmas e perspectivas em transição. In: DENZIN, N.; LINCOLN, Y. **O Planejamento da Pesquisa Qualitativa - teorias e abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Bookman. 2006.

LUNAU, Y. Sustainability in fighting leprosy – Revitalising high ambitions. **Leprosy Review**, London, v. 81, n. 4, p. 284–286, dec. 2010.

MC INTYRE, D; KLUGMAN, B. The Human Face of Decentralisation and Integration of Health Services: Experience from South Africa. **Reproductive Health Matters**, v. 11, n. 21, p. 108-119, 2003.

MENDES M.S.; TRINDADE, L.C.; CANTÍDIO, M.M.; AQUINO, J.A.P.; CAMPOS, J.P.; ZAMORA, A.; BARBOSA, J.C.; HEUKELBACH, J. Descentralização das ações de controle da hanseníase em João Pessoa, Paraíba: a visão dos gestores. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 217-230, 2008.

MINAYO M.C.S. **O Desafio do Conhecimento**. 14. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2014. p.407.

MOREIRA T.M.A. **Avaliação da descentralização das ações programáticas de hanseníase: um estudo de caso**. 2002. 228f. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

MORENO, C.M.C.; ENDERS, B.C.; SIMPSON, C.A. Avaliação das capacitações de Hanseníase: opinião de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. esp., p. 671-5, 2008.

NAMADI, A.; VISSCHEDIJK, J.; SAMSON, K. The leprosy elimination campaign in Jigawa, Nigeria: an opportunity for integration. **Leprosy Review**, v. 73, n. 2, p. 138-146, 2002.

NUNES, E.F.P.A.; SANTINI, S.M.L.; CARVALHO, B.G.; CORDONI JUNIOR, L. Força de trabalho em saúde na Atenção Básica em Municípios de Pequeno Porte do Paraná. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 29-41, 2015.

OLIVEIRA, F.F.L.; MACEDO, L.C. Perfil epidemiológico dos portadores de hanseníase em um município da região Centro - Oeste do Paraná. **SaBios: Revista de Saúde e Biologia**, Paraná, v.7, n.1, p. 45-51, jan./abr., 2012.

OLIVEIRA, M.L.W. Estratégias de prevenção e controle da Hanseníase. IN: ALVES, E.D.; FERREIRA, T.L.; FERREIRA. **Hanseníase: Avanços e desafios**. Brasília: NESPROM, 2014. 492p.

OPROMOLLA, P.A.; LAURENTI, R. Controle da hanseníase no Estado de São Paulo: análise histórica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 195-203, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estratégia Global para aliviar a carga da hanseníase e manter as atividades de controle da hanseníase: período do plano 2006-2010**. Brasília: OMS, 2005. 27p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estratégia Global aprimorada para a redução adicional da carga da hanseníase: período do plano 2011-2015: diretrizes operacionais (atualizadas)**. Brasília: OMS. 2010. 84p.

PAIM J. S. Modelo de Atenção à Saúde no Brasil. In: Bahia. Secretaria da Saúde. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Escola Estadual de Saúde Pública. **Estágio de vivência no SUS: o cotidiano do SUS enquanto princípio educativo**. Salvador: Coletânea de Textos. 2009. 180p.

PANDEY, A.; RATHOD, H. Integration of Leprosy into GHS in India: A Follow up study (2006–2007). **Leprosy Review**, London, v. 81, n. 4, p. 306–317, dec. 2010.

PENNA, M.L.F.; OLIVEIRA, M.L.W.; CARMO, E.H.; PENNA, G.O.; TEMPORÃO, J.G. Influência do aumento do acesso à atenção básica no comportamento da taxa de detecção de hanseníase de 1980 a 2006. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, Minas Gerais, v. 41, Supl. 2, p. 6-10, 2008.

PIMENTEL, M.I.F. ANDRADE, M.; VALLE, C.L.P.; XAVIER, A.G.M.; BITTENCOURT, A.L.P.; MACEDO, L.F.S. Descentralização do diagnóstico e tratamento da hanseníase no Estado do Rio de Janeiro: Avanços e Problemas. **Hansenologia Internationalis**, São Paulo, v.29, n. 2, p. 87-93, 2004.

RAO, P.S.S.S. Referral system: A vital link in the sustainability of leprosy services. **Leprosy Review**, London, v. 81, n. 4, p. 292–298, dec. 2010.

RAPOSO, M.T. **Avaliação da implantação do programa de controle da hanseníase na rede básica de Aracaju, Sergipe**. 2011. 138f. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, São Paulo.

RAPOSO, M.T.; BATTISTELLA, M.I.N. Assessment of integration of the leprosy program into primary health care in Aracaju, state of Sergipe, Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, Minas Gerais, v.45, n.2, p. 203-208, mar./abr. 2012.

RIBEIRO JUNIOR, A.F.; VIEIRA, M.A.; CALDEIRA A.P. Perfil epidemiológico da hanseníase em uma cidade endêmica no Norte de Minas Gerais. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 10, n.4, p. 272-277, jul./ago. 2012.

RODRIGUES, K.C. **Dinâmica espaço-temporal da endemia hanseníase em Governador Valadares, Minas Gerais, de 2001 a 2010: um olhar**. 2012. Dissertação (Mestrado). Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE), Ciências Biológicas, Governador Valadares/Minas Gerais.

RODRIGUES, R.N.; **Análise espacial da hanseníase no município de Belo Horizonte e sua relação com o Índice de Vulnerabilidade da Saúde**. 2015. 86f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

SAVASSI, L.C. Monteiro. **Hanseníase: políticas públicas e qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores**. 2010. 196f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte.

SCHWEICKARDT, J.C.; XEREZ, L.M. A hanseníase no Amazonas: Política e institucionalização de uma doença. **Histórias, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p 1141-1156, out./dez. 2015.

SCRIVEN, M. **The methodology of evaluation**. Chicago: Rand McNally. n. 1, 1967. p. 39-83.

SIDDIQUI, M.R.; VELIDI, N.R.; PATI, S.; RATH, N.; KANUNGO, A.K.; BHANJADEO, A.K.; RAO, B.B.; OJHA, B.M.; MOORTHY, K.K.; SOUTAR, D.; PORTER, J.D.H.; RAO, P.V.R. Integration of leprosy elimination into primary health care in Orissa. India. **PLoSOne**, v. 4, n. 12, p. 1-8, dec. 2009.

SMITH, W.C.S. Sustaining anti-leprosy activities requires radical changes. **Leprosy Review**, London, v. 81, n. 4, p. 281-283, dec. 2010.

SOUTAR, D. Sustainability of leprosy control: the role of the International Federation of Anti-Leprosy Associations (ILEP). **Leprosy Review**, London, v. 81, n. 4, p. 290–291, dec. 2010.

SOUZA, L.R. **Condicionantes sociais na delimitação de espaços endêmicos de hanseníase**. 2012. 327f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, São Paulo.

STAKE, R.E. **Evaluating the arts in education**. Columbs, Ohio, Merrill, 1975.

VAITSMAN, J. Cultura de organizações públicas de saúde: Notas sobre a construção de um objeto. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, p.847-850, 2000.

VIANA, A.L.d'Á. **Descentralização e política de saúde: origens, contexto e alcance da descentralização**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 323p.

VIEIRA, G.D.; ARAGOSO, I.; CARVALHO, R.M.B.; SOUSA, C.M. Hanseníase em Rondônia: incidência e características dos casos notificados, 2001 a 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 2, p: 269-275, abr./jun. 2014.

VIEIRA, N.F. **Avaliação da atenção primária à saúde nas ações de controle da hanseníase no município de Betim, Minas Gerais**. 2015. 159f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pósgraduação em Enfermagem, Belo Horizonte.

WEISS, C. **Where politics and evaluation research meet**. *Evaluation*: 1973. p. 37-45.

WETZEL, C.; KANTORSKI, L.P. Avaliação de serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, SC, v.13, n.4, p.593-598, 2005.

WHORTEN, B.R.; SANDERS, J.R. **Educational evaluation: Theory and practice**. Worthington, Ohio, CARLES, A.J., 1973.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Global leprosy update, 2014: need for early case detection. **Weekly Epidemiological Record**, Geneva, v. 90 , n. 36, p. 461–476, sept. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Leprosy elimination: Cluster analysis of the overall detection rate of leprosy in Brazil for the triennium 2011-2013**, Geneva, 2016. Disponível em: http://www.who.int/lep/resources/Cluster_analysis/en/

10. APÊNDICES

Apêndice A – Roteiro de Entrevista – Módulo: Gestores Municipais

ROTEIRO DE ENTREVISTA – MÓDULO: GESTORES MUNICIPAIS

I. Identificação	
NOME: _____	CÓDIGO <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>
IDADE (ANOS): _____ SEXO: () MASCULINO () FEMININO	
PROFISSÃO/CARGO: _____	
INSTITUIÇÃO: _____	
TEMPO DE ATUAÇÃO NO CARGO: _____	
TEMPO DE FORMAÇÃO: _____	
II. Questões disparadoras	
II.1 Fale-me um pouco sobre a situação da hanseníase em Governador Valadares.	
II.2 Quais estratégias ou medidas tem sido adotadas pela gestão para o controle da hanseníase?	
II.3 Fale-me um pouco sobre a rede de atenção à hanseníase do município (Questões esclarecedoras: serviços que compõem à rede e como eles se organizam)	
II.4 Com relação à atenção primária, como as unidades básicas de saúde do município têm atuado nas ações de controle da hanseníase?	
II.5 Com relação ao Creden-pes, como este serviço tem atuado na rede de atenção à hanseníase?	
II.6 Fale-me um pouco sobre o processo de descentralização em Governador Valadares.	
II.7 Quais desafios e prioridades você enxerga como aspectos mais importantes para a melhoria da atenção à hanseníase no município?	

Apêndice B – Roteiro de Entrevista – Módulo: Profissionais do Centro de Referência

ROTEIRO DE ENTREVISTA – MÓDULO: PROFISSIONAIS DO CENTRO DE REFERÊNCIA

III. Identificação	
NOME: _____	CÓDIGO <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>
IDADE (ANOS): _____ SEXO: () MASCULINO () FEMININO	
CATEGORIA PROFISSIONAL/CARGO: _____	
UNIDADE DE SAÚDE: _____	
TEMPO DE ATUAÇÃO NA UNIDADE DE SAÚDE: _____	
TEMPO DE FORMAÇÃO: _____	

IV. Questões disparadoras
II.1 Você já participou de algum tipo de capacitação ou evento que abordou o tema da hanseníase em Governador Valadares? Conte-me como foi a sua experiência.
II.2 Você se sente capacitado (a) para atender casos de hanseníase e exercer as ações de controle pertinentes ao seu âmbito de atuação profissional? Fale-me um pouco sobre isso.
II.3 Fale-me um pouco sobre o trabalho em hanseníase realizado no Creden-pes
II.4 Como você avalia a atuação das unidades básicas de saúde aos pacientes com hanseníase? (Questões esclarecedoras: aspectos positivos, negativos ou que você considera relevante sobre a atuação desses serviços)
II.5 Qual a sua opinião sobre a proposta de descentralizar as ações de controle da hanseníase para as unidades básicas de saúde do município?
II.6 Quais expectativas o usuário em hanseníase apresenta aos serviços de saúde do município?
II.7 Na sua visão profissional, quais prioridades você enxerga como aspectos mais importantes para a melhoria da assistência à hanseníase no município?

Apêndice C – Roteiro de Entrevista – Módulo: Profissionais da Atenção Básica

ROTEIRO DE ENTREVISTA – MÓDULO: PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

I. Identificação	
NOME: _____	CÓDIGO <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>
IDADE (ANOS): _____ SEXO: () MASCULINO () FEMININO	
CATEGORIA PROFISSIONAL/CARGO: _____	
UNIDADE DE SAÚDE: _____	
TEMPO DE ATUAÇÃO NA UNIDADE DE SAÚDE: _____	
TEMPO DE FORMAÇÃO: _____	
II. Questões disparadoras	
II.1 Você já participou de algum tipo de capacitação ou evento que abordou o tema da hanseníase em Governador Valadares? Conte-me como foi a sua experiência.	
II.2 Você se sente capacitado (a) para atender casos de hanseníase e exercer as ações de controle pertinentes ao seu âmbito de atuação profissional? Fale-me um pouco sobre isso.	
II.3 Fale-me um pouco sobre o trabalho em hanseníase realizado pela sua equipe.	
II.4 Em que situações sua equipe recorre ao Creden-pes? Como você avalia o suporte que este serviço oferece à sua equipe? (Questões esclarecedoras: aspectos positivos, negativos ou que você considera relevante sobre a atuação deste serviço)	
II.5 Qual a sua opinião sobre a proposta de descentralizar as ações de controle da hanseníase para as unidades básicas de saúde do município?	
II.6 Quais expectativas o usuário em hanseníase apresenta aos serviços de saúde do município?	
II.7 Na sua visão profissional, quais prioridades você enxerga como aspectos mais importantes para a melhoria da assistência à hanseníase no município?	

Apêndice D – Roteiro de Entrevista – Módulo: Profissionais da Atenção Básica (Agentes Comunitários de Saúde)

ROTEIRO DE ENTREVISTA – MÓDULO: PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA
(Agentes Comunitários de Saúde)

III. Identificação	
NOME: _____	CÓDIGO <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>
IDADE (ANOS): _____ SEXO: () MASCULINO () FEMININO	
CATEGORIA PROFISSIONAL/CARGO: _____	
UNIDADE DE SAÚDE: _____	
TEMPO DE ATUAÇÃO NA UNIDADE DE SAÚDE: _____	
TEMPO DE FORMAÇÃO: _____	

IV. Questões disparadoras
II.1 Você já participou de algum tipo de capacitação ou evento que abordou o tema da hanseníase em Governador Valadares? Conte-me como foi a sua experiência.
II.2 Você se sente capacitado(a) para orientar os usuários sobre a hanseníase, (Questões esclarecedoras: explicar os sinais e sintomas da doença para o usuário, orientar sobre quais serviços devem procurar)
II.3 Na sua área tem ou já teve usuários com hanseníase? Como vocês ficam sabendo que ele teve a doença?
II.4 Me fale um pouco sobre a experiência dos usuários com hanseníase. (Questões esclarecedoras: impacto do diagnóstico, atitudes do usuário, serviços que este procura, experiência do tratamento ou algum aspecto considerado relevante)
II.5 Como é o atendimento para hanseníase aqui na sua unidade?
II.6 Qual a sua opinião sobre a proposta de transferir todo o cuidado da hanseníase para as unidades básicas de saúde do município, desta fazer o diagnóstico, o tratamento, o exame dos contatos e o centro de referência assumir só os casos graves da doença, as reações hansênicas, as trocas de esquema da PQT?
II.7 Quais expectativas o usuário com hanseníase têm com relação aos serviços de saúde, o que eles pedem, procuram ou queixam?
II.8 Na sua visão profissional, o que precisa melhorar nos serviços de saúde de Governador Valadares para atender os casos de hanseníase?

Apêndice E – Roteiro de Entrevista – Módulo: Usuários

ROTEIRO DE ENTREVISTA – MÓDULO: USUÁRIOS

V. Identificação	
NOME: _____	CÓDIGO <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>
IDADE (ANOS): _____ SEXO: () MASCULINO () FEMININO	
ESCOLARIDADE: _____	
UNIDADE DE SAÚDE ONDE REALIZOU O TRATAMENTO: _____	

VI. Questões disparadoras
II.1 Como o(a) Sr.(a) descobriu que tinha hanseníase? Conte-me um pouco sobre a sua experiência.
II.2 Qual foi o primeiro serviço de saúde que o(a) Sr.(a) procurou para fazer o diagnóstico da doença? Como foi o atendimento do serviço neste momento?
II.3 Em qual serviço de saúde o(a) Sr.(a) realizou seu tratamento medicamentoso? Conte-me um pouco sobre o acompanhamento feito por este serviço durante este período.
II.4 O(a) Sr.(a) apresentou algum tipo de problema durante o seu tratamento? Questões esclarecedoras: problemas psicológicos, intolerância ao medicamento, reações hansênicas, entre outros
II.5 Como o(a) Sr.(a) avalia o apoio que recebeu do serviço de saúde nas dificuldades que enfrentou durante o seu tratamento?
II.6 Próximo da sua residência tem Unidade Básica de Saúde ou PSF? Lá, eles atendem hanseníase?
II. 7 O(a) Sr.(a) gostaria de ter tratado da hanseníase nesta unidade? Porquê?
II.8 Na sua opinião, o que precisa melhorar nos serviços de saúde de Governador Valadares para atender melhor as pessoas com hanseníase? Que sugestões o(a) senhor(a) daria?

Apêndice F – Síntese da Oficina de Negociação - Módulo Gestores

OFICINA DE NEGOCIAÇÃO**Grupo de interesse 1: Gestores Municipais**

NÚCLEO 2: O PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE EM VALADARES	
<i>Unidades de informação</i>	<i>Reelaboração dos atores</i>
<p>Papel da atenção primária x Papel da atenção secundária</p>	<p><i>Reelaboração:</i></p> <p>- Sobre a decisão de despactuação do Credenpes como referência microrregional: atores explicam que existia uma pactuação na PPI para consultas de dermatologia sanitária e que o médico do Credenpes entrava como clínico geral ou médico sanitário e, portanto, era previsto o atendimento de consultas especializadas para outros municípios, cuja demanda incluía a atenção secundária para casos de hanseníase (esquemas alternativos, reações hansênicas). O fluxo de marcação formal era via SUS Fácil, porém, devido à dificuldades relacionadas à burocracia e não resolutividade do sistema, as marcações passaram a ser feitas, ao longo do tempo, de maneira informal entre a regional de saúde e o Credenpes. O Credenpes assumia essa demanda por entender que o acesso ao cuidado da hanseníase é o mais importante. Por outro lado, o Credenpes passou a atender a diversos municípios, inclusive fora da pactuação prevista, sem que fosse oficializado o grau de referência regional e, em função disso, não recebendo recurso para essa atuação. Na tentativa de oficializar a referência regional e atrair, consequentemente, recursos para o município, foi levado o problema para a reunião da CIR, colocado como pauta para discussão. No entanto, devido à atual crise econômica, a secretária de saúde tomou a decisão de desfazer a pactuação anterior de consultas especializadas na PPI e oficializou que a partir de então, o Credenpes será referência somente para o município de Valadares. Os demais municípios de dentro e fora da regional que não possuem referência de atenção secundária em hanseníase, ficam assim sob a responsabilidade da regional e do estado que, até o momento, não se posicionaram sobre a questão.</p> <p>(“Eu entendo o gestor, porque manter um serviço com abrangência regional, com responsabilidade sanitária regional sem contrapartida, né, mas...”)</p> <p>(“A preocupação é que a região é endêmica, então se a gente controla um município e não controla o outro...”)</p> <p>- Ainda com relação ao papel do Credenpes e da atenção básica, atores discutem a importância de se incluir o ACS nas visitas domiciliares feitas pelo Credenpes;</p> <p>(“Porque esse olhar não pode sair da atenção básica”)</p>
NÚCLEO 3: A PROBLEMÁTICA DA DESCENTRALIZAÇÃO NA VISÃO DOS ATORES	
<i>Unidades de informação</i>	<i>Reelaboração dos atores</i>
<p>Polêmica: Porta aberta do Credenpes x Direito de escolha do usuário</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visão positiva sobre a acessibilidade • Superioridade tecnológica do Credenpes • Encaminhamento boca a boca x organização do fluxo de atenção • Porque só o Credenpes e não os demais centros de referência? 	<p><i>Reelaboração:</i></p> <p>- Atores se indignam com problemas de acesso na atenção básica, a exemplo do atendimento mediante o limite de fichas distribuídas na recepção das unidades e cita as providências que vêm sendo tomadas, dentre elas a oficina “Café com Prosa”, que convida as equipes para discutir problemas relacionados ao processo de trabalho. Ainda outras iniciativas estão previstas para apoiar mudanças em prol da melhoria do acesso nas unidades básicas, oferecer suporte técnico às equipes e envolver o profissional médico, como projetos pilotos em unidades com articulação com os residentes.</p> <p>- Atores defendem a ideia de que é possível atrair e fixar o usuário na atenção básica, mediante a utilização de tecnologias leves.</p> <p>(“Credenpes atrai, mas o que mais atrai você sabe o que é? É vínculo, é o atendimento.”)</p> <p>- Atores mencionam tentativas de transferência do usuário para a atenção básica, após acolhimento e diagnóstico no Credenpes. Tentativas esbarraram em problemas de acesso na ponta, gerando diagnósticos tardios e até perda do usuário, evidenciando que é necessário articular formas de monitorar a transferência do paciente e garantir o acesso na APS.</p>

<p>Aspectos culturais: a estabilidade da centralização do programa</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Naturalização” do fluxo centralizado: entendimento de respaldo do profissional da atenção básica à prática de encaminhamento • Profissionais capacitados também encaminham • Direcionamento do usuário ao Credenpes após atividade educativa com a comunidade 	<p><i>Reelaboração:</i></p> <p>- Atores discutem o discurso do profissional da ponta para encaminhar ao Credenpes o usuário com suspeita de hanseníase, à luz de uma reflexão sobre a acomodação e o estigma. O estigma interfere na postura do profissional da ponta de se esquivar dos programas de atenção à doenças infecto-contagiosas como a hanseníase, a tuberculose e o HIV.</p> <p>(“A centralização desses programas é cultural. O profissional já tem um milhão de atividades, aí junta a fome com a vontade de comer”)</p> <p>- Gestor compreende que essa “naturalização” do encaminhamento é cultural e difundiu-se para a atenção básica como uma orientação que, possivelmente, é passado de um profissional para o outro. Entretanto, reiteram que não existe por parte da gestão nenhuma orientação centralizadora, pelo contrário, nas capacitações e encontros com o profissionais da APS para discutir a hanseníase, é enfatizado o seu papel na suspeição, diagnóstico, tratamento, acompanhamento dos casos e vigilância de contatos.</p>
<p>Resistências</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usuário: estigma x credibilidade na atenção básica; • Profissionais da atenção básica: Estigma? Desinteresse? Sobrecarga? (discurso legitimador do estigma) • Gestores e Credenpes: Medo da perda de controle 	<p><i>Reelaboração:</i></p> <p>- Atores compreendem a resistência do usuário em função da descredibilidade da APS, por reconhecer problemas de acesso e de atendimento. Por parte do profissional da APS, compreendem a resistência em função do estigma, entendem que não é feita uma abordagem do paciente no sentido de promover vínculo, pois há uma postura de distanciamento.</p> <p>(“Quem tá muito resistente é o profissional”)</p> <p>(“De quem é o estigma?”)</p>
<p>Perspectivas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descentralização x Integração 	<p><i>Reelaboração:</i></p> <p>- Na visão dos atores, não há uma dicotomia entre as duas estratégias, sendo a integração um objetivo maior que a descentralização, uma vez que ela se baseia na busca por uma interface plena entre toda a rede de atenção à hanseníase para viabilizar o cuidado de maneira articulada e atender às demandas do usuário de forma integral. Sendo assim, a descentralização é um mecanismo fundamental para alcançar a integração dos serviços, pois pretende incorporar as ações de controle na atenção básica, viabilizando o acesso do usuário.</p> <p>(“A integração não exclui a descentralização, queremos continuar investindo na atenção básica, eu insisto nisso.”)</p>
<p>Consensos:</p> <p>- Gestores compreendem que somente a capacitação não é o suficiente para alcançar a descentralização, uma vez que os entraves à sua consolidação ultrapassam a barreira da incapacidade técnica do profissional. Entendem a problemática da descentralização como uma questão multifatorial, cuja influência do estigma se revela na postura de distanciamento da atenção primária ao cuidado da doença. Acreditam que a descentralização é possível, porém através de um processo (“Não vai ser da noite para o dia”) e que é necessário ampliar o acesso e não fechar portas na rede. Defendem o investimento em projetos pilotos, agregando o profissional médico e toda a equipe, com inclusão necessária do ACS. Percebem a importância da reforçar a orientação das equipes com relação aos fluxos de atendimento à hanseníase no município, que possam orientar os profissionais sobre a notificação, solicitação e entrega da medicação nas unidades, à fim de garantir o apoio necessário à incorporação das ações na atenção básica.</p>	

Apêndice G – Síntese da Oficina de Negociação - Módulo Profissionais do Centro de Referência

OFICINA DE NEGOCIAÇÃO

Grupo de interesse 2: Profissionais do Centro de Referência (Credenpes)

NÚCLEO 2: O PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE EM VALADARES	
<i>Unidades de informação</i>	<i>Reelaboração dos atores</i>
Situação atual: os serviços que compõem a rede	<i>Reelaboração:</i> Extinção do laboratório do Credenpes após medidas de corte de despesas tomadas pela gestão municipal, o que se tem agora é apenas um ponto de coleta, sendo o laboratório transferido para a policlínica municipal. Como outras medidas, destaca-se a redução do horário de atendimento do serviço e remanejamento de profissionais para outros pontos de atenção, com impacto sobre o atendimento da demanda dos serviços da rede de atenção.
Papel da atenção primária x Papel da atenção secundária	<i>Reelaboração:</i> Dentre as medidas mencionadas de corte de despesas, assumidas pela gestão municipal, foi oficializado que o Credenpes não é referência micro nem macrorregional. A problemática da demanda de outros municípios pelo serviço e da ausência de recursos devido à não pactuação dessa referência permanece sem solução. A decisão tomada pelo gestor foi de restringir a demanda de atendimentos de outros municípios.
NÚCLEO 3: A PROBLEMÁTICA DA DESCENTRALIZAÇÃO NA VISÃO DOS ATORES	
<i>Unidades de informação</i>	<i>Reelaboração dos atores</i>
<p>Polêmica: Porta aberta do Credenpes x Direito de escolha do usuário</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visão positiva sobre a acessibilidade • Superioridade tecnológica do Credenpes • Encaminhamento boca a boca x organização do fluxo de atenção • Porque só o Credenpes e não os demais centros de referência? 	<p><i>Reelaboração:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - A acessibilidade do serviço é uma herança que tem origem desde o SESP; <i>(“Nós somos crias daquela época, era porteira aberta”)</i> - Médicos do SESP são referências no programa, a população os conhece e os procura independentemente de fluxo de porta de entrada; - A superioridade tecnológica do Credenpes se dá em função de tecnologias leves, o atendimento humanizado atrai e fixa o usuário ao serviço; - Atores entendem que se há problemas de acesso na atenção básica, é lá que deve ser direcionado o foco para solução do problema de porta de entrada ao serviço secundário. Entendem que a melhoria do acesso e da qualidade do atendimento na ponta redirecionará o fluxo sem que haja necessidade de impor a reordenação do mesmo; <p><i>(“Quem for competente que se estabeleça”)</i></p> <p><i>(“Não há um problema de fluxo, o problema é o não cumprimento do profissional da atenção básica do seu papel”)</i></p> <p><i>(“Qual é a solução, devemos abrir mais portas ou fechar as que existem?”)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Atores não concordam com a comparação entre a porta aberta do Credenpes em relação aos demais centros de referência, quando se pretende dizer que o profissional da atenção básica não assume a hanseníase mas assume os demais programas em função da comodidade da porta aberta à atenção secundária. Destacam que os demais programas recebem recurso, exigem o cumprimento de metas e há um monitoramento muito forte sobre o profissional da ponta. Diferentemente da hanseníase, cujo programa não recebe recurso e não há uma exigência com relação ao diagnóstico e tratamento na atenção básica. Exemplificam que o registro do sintomático dermatológico na planilha é opcional e que o corte de recursos não atingiu os demais centros de referência, somente o Credenpes;
<p>Aspectos culturais: a estabilidade da centralização do programa</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Naturalização” do fluxo centralizado: entendimento de respaldo do profissional da atenção básica à prática de encaminhamento 	<p><i>Reelaboração:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Atores discutem os aspectos culturais da centralização das ações no Credenpes à luz de uma reflexão histórica a respeito do estigma da doença. Enfatizam que o serviço há anos assume uma demanda que não interessa aos demais serviços da rede de atenção, tampouco à atenção primária. Ressaltam que o preconceito se revela na omissão à doença e ao cuidado e sobretudo no isolamento do programa, que se mantém há anos com pouco investimento.

<ul style="list-style-type: none"> • Profissionais capacitados também encaminham • Direcionamento do usuário ao Credenpes após atividade educativa com a comunidade 	<p><i>(“É histórica essa referência, a hanseníase envolve muito preconceito, ninguém quer assumir”)</i></p> <p><i>(“Gestor não banca a descentralização”)</i></p>
<p>Resistências</p>	<p><i>Reelaboração:</i></p> <p>- Atores novamente reelaboram o significado das resistências à luz da reflexão sobre o estigma e reafirmam o isolamento do programa e a militância dos atores do serviço para a garantia do acesso ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos usuários do município.</p> <p>- Destacam, ainda, que os atuais cortes feitos na estrutura do serviço, sem o planejamento necessário para a garantia do cuidado em outros pontos de atenção, evidenciam a omissão com relação ao programa.</p> <p><i>(“O Credenpes está para Valadares, assim como o leprosário para Betim”)</i></p> <p><i>(“O estigma tem uma memória natural”)</i></p>
<p>Consensos:</p> <p>- Atores concluem que o preconceito com relação à doença se estende para a maneira como gestores e profissionais enxergam o programa e a atuação do Credenpes. Acreditam que “Falar em descentralização é ter que desconstruir conceitos, práticas e representações” e insistem na importância de ampliar a acessibilidade ao diagnóstico e tratamento nas demais unidades de saúde do município, sem que para isso precise reduzir a acessibilidade ao Credenpes.</p> <p>- Atores ressaltam que a mudança no modelo de atenção proposta após a municipalização e a criação da Estratégia de Saúde da Família fez com que houvesse uma tentativa de desconstrução brusca do modelo anterior, o que é visto como uma negação do passado: “No passado nós tínhamos o SESP, o modelo escolhido foi o PSF. Tentou-se negar o passado”. No caso da hanseníase, a mudança normativa do modelo não foi capaz de gerar mudança nas práticas de saúde com a incorporação do cuidado à doença na atenção básica. Acreditam que o estigma tem influência significativa na centralização e que a descentralização é um processo que precisa considerar, dentre outras questões, o direito de escolha do usuário, a acessibilidade não burocrática ao diagnóstico e tratamento e o papel histórico do centro de referência na rede de atenção.</p>	

Apêndice H – Síntese da Oficina de Negociação - Módulo Profissionais da Atenção Básica

OFICINA DE NEGOCIAÇÃO*Grupo de interesse 3: Profissionais da Atenção Básica*

NÚCLEO 3: A PROBLEMÁTICA DA DESCENTRALIZAÇÃO NA VISÃO DOS ATORES	
<i>Unidades de informação</i>	<i>Reelaboração dos atores</i>
<p>Barreiras apontadas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não adesão dos médicos ao programa • Rotatividade dos profissionais médicos • Sobrecarga dos profissionais da atenção básica x acomodação • Dificuldades operacionais: centralização da PQT x logística de transporte • Estigma: o usuário prefere tratar longe de casa 	<p><i>Reelaboração:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Atores compreendem a acomodação e discorrem sobre o excesso de atividades do PSF, sobretudo demandas administrativas; - Atores discutem sobre os fluxos burocráticos da rede, relatando dificuldades operacionais vivenciadas para pegar a ficha de notificação e a medicação, ambas centralizadas. O número de fichas disponíveis nas unidades não é suficiente e a medicação fica retida no Credenpes. O profissional da atenção básica precisa dirigir-se ao prédio da vigilância epidemiológica para buscar a ficha de notificação e, posteriormente, ao Credenpes para buscar a PQT do paciente. O transporte é realizado pelo próprio profissional, geralmente o enfermeiro em seu veículo, sendo feito muitas vezes durante o horário de almoço; <p>(“Eu já falei com ela, você não tem que ficar indo buscar nada no Centro não, se fosse eu, não iria.”)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Discorrem também sobre a burocracia do fluxo de entrega da PQT: <p>(“É assim, você tem que entregar a notificação preenchida no Credenpes para eles te entregarem a medicação, por isso eu tive que passar lá Epidemiologia pra pegar a ficha. Só que lá na notificação pede pra informar a data de início do tratamento e você só pode preencher este campo quando você dá a dose. E como que eu dou a dose se a PQT fica com eles lá? E como eles me entregam a medicação se eles mandam preencher a ficha toda?”)</p> <p>(“E querem descentralizar...”)</p> <p>(“Porque eles querem descentralizar e dificultam o acesso nosso à medicação?”)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atores percebem uma redução de investimento na descentralização e reivindicam mais capacitações com inclusão do ACS, tendo em vista a importância deste ator na suspeição e orientação do usuário; <p>(“Parece que com o tempo estão investindo menos, já tivemos capacitação de 1 semana com o Dr. Alexandre lá, teórica e prática, todo mundo participava. Nessa época tinha medicamento na unidade. Tem que trabalhar a abordagem com o ACS.”)</p>
<p>Aspectos culturais: a estabilidade da centralização do programa</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Naturalização” do fluxo centralizado: entendimento de respaldo do profissional da atenção básica à prática de encaminhamento • Profissionais capacitados também encaminham • Direcionamento do usuário ao Credenpes após atividade educativa com a comunidade 	<p><i>Reelaboração:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Atores ressaltam que no quesito aspectos culturais também se destaca a questão do controle exercido pelo Credenpes sobre as ações de controle da hanseníase. <p>(“O próprio Credenpes também não estimulou isso não, retém usuários lá porque se não reter, como é que eles vão continuar se mantendo? Precisa ter número.”)</p>
<p>Resistências</p>	<p><i>Reelaboração:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Atores discutem sobre o controle exercido pelo Credenpes e consentido pela gestão e dão o exemplo da iniciativa de chamar os profissionais da atenção básica para discutirem os casos acompanhados no Credenpes, sem que se possa abordar o usuário na comunidade devido ao sigilo do diagnóstico. <p>(“Eu acho legal, mas a gente não pode falar com o paciente... não adianta nada.”)</p> <p>(“Te chamo aqui, te mostro o caso do seu paciente, mas o controle é meu... o controle é meu, continua aqui comigo”)</p>

	(“É um conhecimento que morre com você...se não podemos abordar o paciente, de quê adianta?”)
<p>Consensos:</p> <p>- Atores definem que há consenso sobre a descentralização, acreditam na sua viabilidade, desde que o município volte a investir nas equipes da atenção básica, a exemplo do movimento de já se deu no passado, e que haja um planejamento que garanta a continuidade do processo, frente aos desafios da rotatividade. Acreditam que a sensibilização das equipes é um caminho que gera resultados, assim como a redução da burocracia para notificação e tratamento na atenção básica. Defendem a inclusão do ACS nas ações de capacitação e sensibilização e consideram a atuação do Credenpes em favor da descentralização como um aspecto fundamental para a viabilizar o processo.</p>	

Apêndice I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Módulo Gestores e Profissionais de Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - GESTORES/PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Prezado(a) senhor(a),

O(A) Sr.(a) foi convidado(a) a participar da pesquisa **“Avaliação do Programa de Controle da Hanseníase no Município de Governador Valadares”**. Este estudo será realizado por pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais e tem como objetivo avaliar o programa de controle da hanseníase e a descentralização das ações programáticas no município.

De acordo com a metodologia deste estudo, a avaliação do programa será realizada pelos atores envolvidos no cuidado à hanseníase: gestores, profissionais de saúde e usuários da atenção primária e do Centro de Referência em Doenças Endêmicas e Programas Especiais (Creden-pes) Dr. Alexandre Castelo Branco.

Caso aceite participar deste estudo, será solicitado que responda a esta entrevista no seu ambiente de trabalho, previamente agendada, que possui duração prevista de uma hora. Na entrevista, o(a) Sr.(a) terá a oportunidade de falar sobre sua atuação na rede de atenção à hanseníase, caracterizar e avaliar os serviços que compõem a rede e destacar os desafios e potencialidades do Programa de Controle da Hanseníase no município. O(a) Sr.(a) não será identificado, mas as informações de sua entrevista, tais como os aspectos positivos ou negativos sobre a organização dos serviços, poderão ser apresentadas ao próximo participante para que este possa comentar a respeito dessa avaliação.

Após esta etapa, o(a) Sr.(a) será convidado a participar, também, da Oficina de Negociação e Validação com outros profissionais ou gestores que também atuam no programa e na rede de atenção à hanseníase no município. Esta oficina será agendada de acordo com a disponibilidade dos participantes e tem duração prevista de três horas. Neste encontro, será apresentado a todos os integrantes a síntese feita pelo pesquisador do conteúdo das entrevistas que os(as) senhores(as) participaram, e será proposto que façam uma avaliação coletiva sobre o Programa de Controle da Hanseníase no município. Desta forma, os(as) senhores(as) poderão fazer novas considerações, corrigir aspectos, incluir novas ideias ou retirar informações que julgarem incorretas ou desnecessárias. O objetivo é realizar uma avaliação construtivista e democrática do programa e da rede de atenção à hanseníase, garantindo que tal avaliação represente a visão do grupo. As entrevistas individuais e a oficina em grupo serão gravadas pelo pesquisador responsável e os dados serão armazenados na Escola de Enfermagem da UFMG, sendo de acesso exclusivo da equipe de pesquisadores que realizarão este estudo. As gravações serão armazenadas pelo prazo de 5 anos e, posteriormente, os dados serão destruídos.

Os riscos inerentes à realização desta pesquisa são mínimos e relacionados à possibilidade de constrangimento em expor sua opinião nas entrevistas individuais e, sobretudo, durante as Oficinas em grupo, onde haverá interação com outros profissionais ou gestores que também atuam no programa e na rede de atenção à hanseníase. Ressaltamos que serão realizadas oficinas entre profissionais de saúde e oficina entre gestores, não havendo interação entre gestores e profissionais, por se tratarem de perspectivas e atuações específicas no Programa de Controle da Hanseníase. Desta forma, outros grupos não terão acesso às informações concedidas nas entrevistas e na Oficina em grupo. Os dados coletados na pesquisa serão de uso exclusivo dos pesquisadores, apenas para os objetivos deste estudo. Todos os participantes serão identificados por códigos contendo apenas siglas e números, garantindo-se, assim, a proteção e sigilo das informações.

Sua participação na pesquisa é voluntária, o(a) senhor(a) poderá recusar-se a responder a qualquer pergunta ou questionamento, assim como desistir de participar do estudo a qualquer momento, sem nenhum prejuízo à sua relação com a Secretaria Municipal de Saúde, com os serviços ou com os pesquisadores. A sua participação na pesquisa não lhe trará nenhum benefício individual. As informações fornecidas poderão, no entanto, contribuir para a articulação de estratégias de reorganização dos serviços e da rede de atenção à hanseníase para melhoria do acesso às ações de controle da doença e integralidade do cuidado.

Esta pesquisa foi formalmente autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Governador Valadares. Colocamo-nos à disposição para o esclarecimento de quaisquer dúvidas que surgirem. Seguem os contatos dos pesquisadores e coordenador da pesquisa, Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais: telefones (31)3409-9862, e-mail xicolana@ufmg.br. Em caso de dúvidas sobre questões éticas relativas à sua participação na pesquisa, o Sr.(a) poderá consultar o Comitê de Ética da UFMG (COEP/UFMG) pelo telefone (31) 3409-4592. O Sr.(a) receberá uma via assinada deste Termo. A assinatura do termo declara que você está ciente dos objetivos deste estudo, compreendeu os riscos e benefícios de sua participação e concorda em participar da pesquisa.

Nome do Participante: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana
Coordenador da Pesquisa
Av. Alfredo Balena, 190 – Bairro Santa Efigênia
Belo Horizonte - MG CEP: 30130-100
Escola de Enfermagem da UFMG
(31)3409-9862

Cristal Marinho Corrêa
Mestranda da Escola de Enfermagem da UFMG
Av. Alfredo Balena, 190 – Bairro Santa Efigênia
Belo Horizonte - MG CEP: 30130-100
Escola de Enfermagem da UFMG
(31)3409-9862

Apêndice J – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Módulo Usuários

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – VERSÃO USUÁRIOS

Prezado(a) senhor(a),

O(a) Sr.(a) foi convidado(a) a participar da pesquisa **“Avaliação do Programa de Controle da Hanseníase no Município de Governador Valadares”**. Este estudo será realizado por pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais e tem como objetivo avaliar o programa de controle da hanseníase e a descentralização das ações programáticas no município.

Nesta pesquisa, serão avaliados os serviços de saúde que executam ações de controle da hanseníase como diagnóstico, tratamento, acompanhamento e orientação do paciente e sua família. A pesquisa será realizada com gestores, profissionais de saúde e usuários das Unidades Básicas de Saúde e do Centro de Referência em Doenças Endêmicas e Programas Especiais (Creden-pes) Dr. Alexandre Castelo Branco.

Caso aceite participar deste estudo, será solicitado que responda a esta entrevista previamente agendada com o Sr.(a), no local de sua preferência, conforme acordado em contato feito anteriormente. Na entrevista, o(a) Sr.(a) terá a oportunidade de falar sobre sua experiência de atendimento no serviço que o acompanhou durante todo o período, desde o momento do diagnóstico de hanseníase, até o término de seu tratamento. O(a) Sr.(a) não será identificado, mas as informações de sua entrevista, tais como os aspectos positivos ou negativos sobre o atendimento nos serviços de saúde, sua opinião e expectativas poderão ser apresentadas ao próximo usuário para que este possa comentar a respeito dessa avaliação. A previsão de duração desta entrevista é de uma hora.

Após esta etapa, o(a) Sr.(a) será convidado a participar, também, da Oficina de Negociação e Validação com outros usuários que também tiveram hanseníase e responderam às entrevistas individuais. Esta oficina será agendada de acordo com a disponibilidade dos participantes e tem duração prevista de duas horas. Neste encontro, será apresentado a todos vocês a síntese feita pelo pesquisador do conteúdo das entrevistas que os(as) senhores(as) participaram, e será proposto que façam uma avaliação coletiva, em grupo, dos serviços de saúde. Desta forma, os(as) senhores(as) poderão fazer novas considerações, corrigir aspectos, incluir novas ideias ou retirar informações que julgarem incorretas ou desnecessárias. O objetivo é realizar uma avaliação dos serviços de forma democrática, garantindo que tal avaliação represente a visão do grupo sobre os serviços de saúde. As entrevistas individuais e a oficina em grupo serão gravadas pelo pesquisador responsável e os dados serão armazenados na Escola de Enfermagem da UFMG, sendo de acesso exclusivo da equipe de pesquisadores que realizarão este estudo. As gravações serão armazenadas pelo prazo de 5 anos e, posteriormente, os dados serão destruídos.

Os riscos inerentes à realização desta pesquisa são mínimos e relacionados à possibilidade de constrangimento em expor sua opinião a respeito dos serviços nas entrevistas individuais e, sobretudo, durante as Oficinas em grupo, onde haverá interação com outros usuários que também tiveram hanseníase e foram acompanhados nos serviços públicos de saúde do município. Destacamos que os serviços de saúde não terão acesso às informações concedidas nas entrevistas e na Oficina em grupo, os dados coletados serão de uso exclusivo dos pesquisadores, apenas para os objetivos desta pesquisa. Todos os participantes serão identificados por códigos contendo apenas siglas e números, garantindo-se, assim, a proteção e sigilo das informações.

Sua participação na pesquisa é voluntária, o(a) senhor(a) poderá recusar-se a responder a qualquer pergunta ou questionamento, assim como desistir de participar do estudo a qualquer momento, sem nenhum prejuízo à sua relação com os serviços de saúde e com os pesquisadores. A sua participação na pesquisa não lhe trará nenhum benefício individual e a sua recusa não acarretará em nenhuma alteração no seu atendimento pelo serviço. As informações fornecidas servirão para conhecer melhor os aspectos positivos e negativos dos serviços de saúde, as expectativas dos usuários quanto ao atendimento de suas necessidades, a fim de sugerir melhorias para o acesso e qualidade das ações prestadas no combate à hanseníase.

Esta pesquisa foi formalmente autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Governador Valadares. Colocamo-nos à disposição para o esclarecimento de quaisquer dúvidas. Seguem os contatos dos pesquisadores e coordenador da pesquisa, Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais: telefones (31)3409-9862, e-mail xicolana@ufmg.br. Em caso de dúvidas sobre questões éticas relativas à sua participação na pesquisa, o Sr.(a) poderá consultar o Comitê de Ética da UFMG (COEP/UFMG) pelo telefone (31) 3409-4592. O Sr.(a) receberá uma via assinada deste Termo. A assinatura do presente termo declara que você está ciente dos objetivos deste estudo, compreendeu os riscos e benefícios de sua participação e concorda em participar da pesquisa.

Nome do Participante: _____

Assinatura: _____

<p>Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana Coordenador da Pesquisa Av. Alfredo Balena, 190 – Bairro Santa Efigênia Belo Horizonte - MG CEP: 30130-100 Escola de Enfermagem da UFMG (31)3409-9862</p>
--

<p>Cristal Marinho Corrêa Mestranda da Escola de Enfermagem da UFMG Av. Alfredo Balena, 190 – Bairro Santa Efigênia Belo Horizonte - MG CEP: 30130-100 Escola de Enfermagem da UFMG (31)3409-9862</p>

ANEXOS

Anexo A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do Programa de Controle da Hanseníase no Município de Governador Valadares, Minas Gerais

Pesquisador: FRANCISCO CARLOS FÉLIX LANA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 42594815.5.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.076.302

Data da Relatoria: 29/05/2015

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa a ser realizado em nível de mestrado junto ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFMG. A pesquisa será realizada no Centro de Referência em Doenças Endêmicas e Programas Especiais Dr. Alexandre Castelo Branco e em Unidades Básicas de Saúde (UBS), todos gerenciados pela Secretaria Municipal de Saúde de Governador Valadares. Os participantes da pesquisa serão todos os seis gestores que atuam na coordenação e supervisão do programa de controle da hanseníase no município, um representante de cada categoria profissional dos trabalhadores da saúde que atuam no Centro e nas UBSs (total de 16) e dez usuários (maiores de idade) desses mesmos serviços "que concluíram o tratamento no centro de referência e na atenção primária em 2014." Serão, portanto, um total de 32 participantes. A pesquisa é avaliativa, de natureza qualitativa, e terá, como abordagem metodológica, a avaliação de quarta geração e o estudo de caso. Serão utilizadas técnicas de entrevistas individuais com os integrantes dos grupos compostos por gestores, profissionais e usuários, utilizando a abordagem do Círculo Hermenêutico- Dialético. Após essa etapa, serão realizadas Oficinas de Negociação e Validação com cada grupo, por meio de técnica grupal. Todos esses procedimentos são descritos com detalhes no projeto de pesquisa, assim como os procedimentos de análise dos dados, que acontecerá concomitantemente à construção dos dados.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.076.302

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: "Avaliar o programa de controle da hanseníase e a descentralização das ações programáticas no município de Governador Valadares-MG."

Objetivos específicos:

- "1.Caracterizar a configuração atual da rede de atenção à hanseníase do município, fluxos e modelo de atenção vigente;
2. Identificar o papel da atenção básica e do centro de referência na atenção à hanseníase, destacando suas potencialidades e fragilidades na execução das ações de controle no município;
3. Identificar os aspectos que podem atuar como facilitadores e dificultadores do processo de descentralização;
4. Promover uma discussão, entre os atores envolvidos no cuidado à hanseníase, sobre possíveis convergências e contradições existentes entre o modelo de atenção vigente no município e o modelo preconizado sob a égide da descentralização;"

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: "Os riscos inerentes à pesquisa dizem respeito à possibilidade de constrangimento dos sujeitos em expor sua opinião nas entrevistas individuais e, sobretudo, durante as Oficinas em grupo, onde haverá interação com outros sujeitos (profissionais, gestores ou usuários). No caso dos usuários, há ainda o risco de maior constrangimento nas oficinas, pelo fato de haver a interação com outros usuários que também vivenciaram a hanseníase, doença que carrega um forte estigma. Além do possível constrangimento em expor opiniões e interagir com outros sujeitos, pressupõe-se que pode haver o receio, por parte dos sujeitos, da identificação de suas falas e de uma possível repercussão negativa no relacionamento entre gestores profissionais, entre usuários-serviços de saúde ou, ainda, entre gestores-usuários. Asseguramos total sigilo das informações concedidas nas entrevistas e nas oficinas de grupo, utilizando códigos apenas com siglas e números para a identificação das falas. Ressaltamos, também, que serão realizadas oficinas para grupos específicos, ou seja, somente de gestores, de profissionais de saúde e de usuários. Desta forma, não haverá interação entre grupos distintos, a exemplo de gestores com profissionais ou usuários com profissionais. Pretendemos, com isso, assegurar maior privacidade para a exposição dos sujeitos participantes. Os dados coletados na pesquisa serão de uso exclusivo dos pesquisadores, apenas para os objetivos deste estudo. A participação na pesquisa é voluntária, mediante a assinatura do TCLE, onde garantimos todas as informações necessárias para o esclarecimento da pesquisa e seus objetivos, assim como esclarecemos todas as implicações e riscos inerentes à participação dos sujeitos. Estes poderão recusar-se à participarem

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.076.302

da pesquisa em qualquer momento. Poderão também recusar-se a responder a qualquer pergunta ou questionamento referente às entrevistas e oficinas. A recusa dos mesmos em participar ou responder a alguma pergunta, não acarretará em nenhum prejuízo à relação dos sujeitos com a Secretaria Municipal de Saúde, com os serviços de saúde da rede ou com os pesquisadores e instituição de pesquisa. Comprometemo-nos a conduzir a pesquisa com ética, respeitando os posicionamentos e o silêncio dos sujeitos, zelando pela sua integridade. Da mesma forma, buscaremos garantir uma condução técnica que permita uma abordagem focal da avaliação, sem nos ater a questões de caráter individual, que dizem respeito ao relacionamentos entre os sujeitos envolvidos”.

Benefícios: “Espera-se que esta pesquisa contribua para a compreensão de fatores intrínsecos ao processo de descentralização, a exemplo do posicionamento ideológico dos atores envolvidos na organização da rede de atenção, dos aspectos que podem interferir positivamente ou de maneira desfavorável ao processo, esclarecendo suas dimensões e favorecendo uma melhor organização dos serviços para a melhoria do acesso às ações de controle da hanseníase em Governador Valadares. Além disso, no que concerne à metodologia utilizada, espera-se que esta contribua para o esclarecimento de aspectos complexos que influenciam a organização dos serviços e da rede de atenção à hanseníase, buscando a superação do pragmatismo e verticalização dos modelos de avaliação tradicionais do Programa de Controle da Hanseníase. Há a expectativa de que os resultados desta avaliação, sendo ela construída coletivamente com os atores envolvidos no cuidado à hanseníase, sejam melhor utilizados por estes na articulação de estratégias para a melhoria do acesso e qualidade das ações, no âmbito da assistência em saúde”.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A proposta está apresentada de forma clara e coerente, contendo todos os elementos desejáveis a um projeto de pesquisa. Os procedimentos teórico-metodológicos previstos estão muito bem descritos e são compatíveis com o objetivo que se pretende atingir. Os cuidados éticos estão Satisfatoriamente descritos. Os TCLE, dirigidos aos participantes da pesquisa, estão escritos em linguagem acessível, descrevem o objetivo da pesquisa, os procedimentos metodológicos e os cuidados éticos que serão tomados na condução da mesma.

As solicitações do COEP foram atendidas:

Apresentado um roteiro de entrevistas - Módulo Usuários.

Com relação aos TCLEs:

1) Foi informado aos participantes que haverá gravação de áudio das entrevistas e das oficinas de validação e negociação;

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.076.302

2) Esclarecido com quem, onde e por quanto tempo a gravação das entrevistas e das oficinas ficarão armazenadas: "As entrevistas individuais e a oficina em grupo serão gravadas pelo pesquisador responsável e os dados serão armazenados na Escola de Enfermagem da UFMG, sendo de acesso exclusivo da equipe de pesquisadores que realizarão este estudo. As gravações serão armazenadas pelo prazo de 5 anos e, posteriormente, os dados serão destruídos".

3) Trocada a informação "Você receberá uma cópia deste Termo." por "Você receberá uma via assinada deste Termo."

4) Informado que o COEP poderá ser consultado apenas em caso de dúvidas relativas a questões éticas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Presentes;

- 1) Projeto de pesquisa original;
- 2) Informações básicas do projeto, na Plataforma Brasil;
- 3) Parecer substanciado emitido por um professor do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem e aprovado pela Câmara Departamental;
- 4) Folha de rosto assinada pela diretora da Escola de Enfermagem;
- 5) TCLE dirigido aos gestores e profissionais da saúde;
- 6) TCLE dirigido aos usuários do Centro de Referência e das UBSs;
- 7) Carta de anuência à realização da pesquisa, assinada pela Secretária de Saúde do município de Governador Valadares.
- 8) Roteiro de entrevistas - Módulo Usuários.

Recomendações:

Recomenda-se a aprovação do projeto de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos favoráveis à aprovação do projeto "Avaliação do Programa de Controle da Hanseníase no Município de Governador Valadares, Minas Gerais" do Pesquisador Prof. Dr. FRANCISCO CARLOS FÉLIX LANA.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

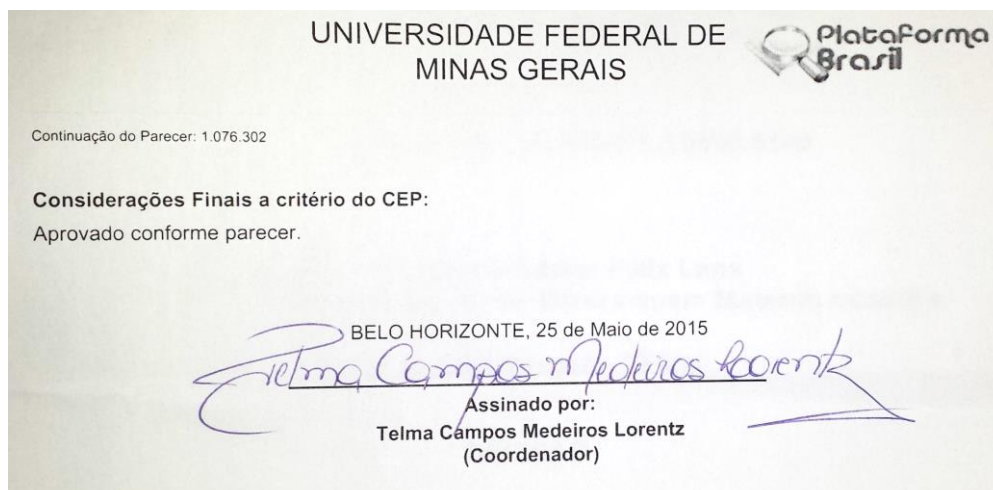
Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

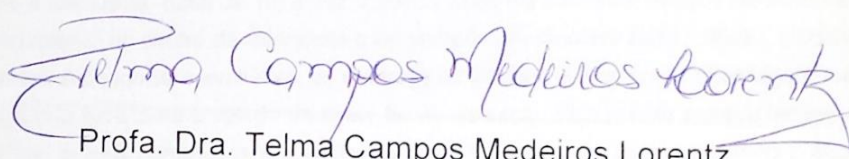
Projeto: CAAE – 42594815.5.0000.5149

**Interessado(a): Prof. Francisco Carlos Félix Lana
Departamento de Enfermagem Materno Infantil e
Saúde Pública
Escola de Enfermagem- UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 25 de maio de 2015, o projeto de pesquisa intitulado "**Avaliação do programa de controle da Hanseníase no município de Governador Valadares, Minas Gerais**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto através da Plataforma Brasil.


Prof. Dra. Telma Campos Medeiros Lorentz
Coordenadora do COEP-UFMG

Anexo B - Parecer da Câmara do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

Parecer sobre o projeto de pesquisa “Avaliação do programa de controle da Hanseníase em Governador Valadares, Minas Gerais.”

Interessado: Prof. Francisco Carlos Felix Lana

Relator: Prof. Jorge Gustavo Velásquez Meléndez

Histórico

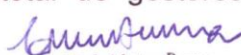
O Prof. Francisco Carlos Félix Lana apresentou o projeto de pesquisa “Avaliação do programa de controle da Hanseníase em Governador Valadares, Minas Gerais” para ser desenvolvido junto ao Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da EEUFMG ligado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da EEUFMG.

Mérito

Trata-se de um estudo de avaliação da rede de atenção à Hanseníase no município de Governador Valadares, além disso, incorpora a avaliação da descentralização das ações programáticas. O projeto tem como objetivo caracterizar a configuração da rede de atenção a hanseníase no Município, configuração organizacional e tecnológica nas unidades básicas de saúde, identificar os atores inseridos no cuidado à doença e identificar os aspectos facilitadores e dificultadores do processo de descentralização.

Para o cumprimento dos objetivos será realizado análise de programas de saúde com abordagem metodológica denominada meta-avaliação simultânea, e para avaliação da implantação do programa municipal da hanseníase será utilizada a metodologia de estudo de caso. Serão coletadas informações na rede de atenção à hanseníase composta pelo Hospital Municipal, o Centro de Referência em Doenças Endêmicas e Programas Especiais e unidades básicas de saúde. O estudo será realizado com o total de gestores que atuam na

aprovado em "ad referendum" da Câmara
departamental do EMI em 17/12/11


Prof. Cláudia M. de Mattos Penna
Chefe Depto. Enfermagem
Materno Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem UFMG

coordenação e supervisão do Programa, 01 representante de cada categoria profissional dos trabalhadores de saúde e está sem definir ainda o critérios de incluso para compor o grupo de usuários.

O projeto em geral é interessante e apresenta uma justificativa adequada manifestando escassez de pesquisas sistemáticas sobre o assunto.

Conclusão

O projeto é importante e interessante com metodologia bem estruturada para o tipo de estudo e adequa-se ao cronograma proposto, se enquadra dentro das linhas de pesquisa do Departamento e não apresenta procedimentos que possam não estar em concordância com as diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos, portanto sou favorável a sua aprovação.




Prof. Jorge ~~Gustavo~~ Velásquez Melendez

Relator

Belo Horizonte, 07 novembro de 2014

Anexo C – Carta de anuência institucional da Secretaria Municipal de Saúde de Governador Valadares



PREFEITURA MUNICIPAL DE GOVERNADOR VALADARES
Secretaria Municipal de Saúde de Governador Valadares

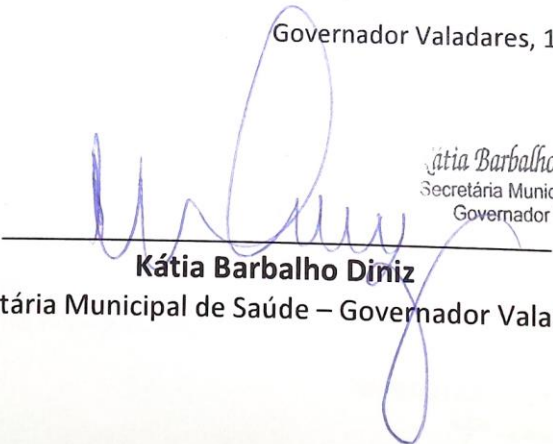
Carta de Anuência Institucional

Declaro conhecer o projeto de pesquisa intitulado “Avaliação do Programa de Controle da Hanseníase em Governador Valadares, Minas Gerais”, sob a responsabilidade da pesquisadora Cristal Marinho Corrêa, CPF 060.326.886-23, sob orientação do Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana, a ser executado na rede de atenção à hanseníase no município, incluindo o Centro de Referência em Doenças Endêmicas e Programas Especiais (Creden-pes) Dr. Alexandre Castelo Branco e as Unidades Básicas de Saúde do município.

Declaro ainda conhecer e cumprir as resoluções éticas brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do projeto de pesquisa proposto, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Autorizo sua execução, desde que o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais.

Governador Valadares, 10 de fevereiro de 2015.


Kátia Barbalho Diniz Costa
Secretária Municipal de Saúde
Governador Valadares

Kátia Barbalho Diniz
Secretária Municipal de Saúde – Governador Valadares