

Priscila Leiko Fuzikawa

**AVALIAÇÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE
CONTROLE DE HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE BETIM/MG:
PREVENINDO INCAPACIDADES?**

Universidade Federal de Minas Gerais
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
Belo Horizonte – MG
2007

Priscila Leiko Fuzikawa

**AVALIAÇÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DE
HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE BETIM/MG:
PREVENINDO INCAPACIDADES?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Saúde Pública (área de concentração em Políticas de Saúde e Planejamento).

Orientadora: Dra. Mariângela Leal Cherchiglia
Co-orientador: Dr. Francisco de Assis Acúrcio

Belo Horizonte
2007

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Ronaldo Tadeu Pena

Vice-Reitora

Prof^a. Heloísa Maria Murgel Starling

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Jaime Arturo Ramirez

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof. Carlos Alberto Pereira Tavares

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Francisco José Penna

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof^a. Maria da Conceição Juste Werneck Côrtes

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenador

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

Sub-Coordenadora

Prof^a. Sandhi Maria Barreto

Colegiado

Prof^a. Ada Ávila Assunção

Prof^a. Elisabeth França

Prof. Fernando Augusto Proietti

Prof^a. Maria Fernanda Furtado Lima-Costa

Prof^a. Mariângela Leal Cherchiglia

Prof^a. Waleska Teixeira Caiaffa

Lorenza Nogueira Campos

Raquel Regina de Freitas Magalhães Gomes

*A meus três amores,
com carinho emocionado*

Cláudio, companheiro

Miranda, alegria

Ulisses, ternura

AGRADECIMENTOS

À Secretaria Municipal de Saúde de Betim, pela possibilidade de avaliar um trabalho realizado e na esperança de que os resultados sejam proveitosos.

À Dra. Mariângela Leal Cherchiglia, pela acolhida, disponibilidade e cuidadosa orientação.

Ao Dr. Francisco de Assis Acúrcio pelas sugestões e co-orientação.

Aos colegas Elaine, Carlos e Michele, por compartilharem os mais diversos momentos de minha volta aos bancos de escola.

À Dra. Maria Aparecida de Faria Grossi, carinhosamente Cida Grossi. Seu trabalho e liderança na Coordenação Estadual de Hanseníase são admiráveis. Agradeço a valiosa contribuição para esse trabalho.

A todos os “amigos da hanseníase”, especialmente à equipe da Coordenação Estadual de Hanseníase da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, à Ana Regina, Linda e Bernadete. Com vocês aprendi sobre as inúmeras facetas da hanseníase. Como é bom quando aprendizado, trabalho e amizade caminham lado a lado!

À *Netherlands Leprosy Relief* e NLR Brasil, em especial ao Dr. Pieter Schreuder, pelo investimento em minha formação e na capacitação de tantos profissionais que trabalham com hanseníase no Brasil.

Aos amigos de trabalho na UBS Citrolândia (os que ainda estão e os que seguiram outros caminhos). Com vocês o trabalho sempre foi mais leve e prazeroso, e os encontros gastronômicos, absolutamente deliciosos.

A todos os profissionais que vestiram a camisa. Sem vocês o trabalho seria impossível.

Aos participantes do grupo focal pela total disponibilidade e valiosa contribuição.

À Valéria, pela amizade e ajuda na coleta de dados dos prontuários.

A todas as pessoas com hanseníase com quem convivi durante esses anos de trabalho. Que esse estudo possa contribuir para uma assistência melhor e mais precoce.

A meus pais Kazuo e Leiko. Obrigada por serem os pais que são, sempre amorosos e disponíveis.

A meus irmãos, Alberto e Agnes, e à comadre Rosamaria e compadre Sandro. Obrigada pelo apoio que facilitou a conclusão desse trabalho (especialmente no cuidado com os pequenos).

À minha irmã, Cíntia, pelo seu senso de humor, e pelos tantos *e-mails*, telefonemas (de madrugada!), livros, sugestões, orientações, conversas, guloseimas e *shopping sprees*.

A G. Fuzikawa, sempre presente, pela companhia, energia, e bons conselhos.

A Cláudio, paixão. O companheiro mais constante, presente e paciente que qualquer mulher ou mestranda poderia desejar.

A Miranda, que sempre me lembrava: “mamãe, isso não é mais hora de estar trabalhando!”. Terminado esse meu *trabalhinho de escola*, terei mais tempo para ler historinhas, fazer companhia, brincar com água e fazer *iá-iá-iá*.

A Ulisses, nosso presente no meio do caminho. Obrigada pela paz trazida por seu olhar doce e sorriso tranquilo.

Ao Pai. Olhando para trás identifico sua mão amorosa a “escrever certo por linhas tortas”, e um propósito em tantos dos “acidentes” de percurso.

O objetivo da ciência não é abrir a porta para a sabedoria infinita, mas estabelecer limites para o erro infinito.

Ervin Szucs

In your thirst for knowledge, be sure not to drown in all the information.

Anthony J. D'Angelo

No one can whistle a symphony. It takes a whole orchestra to play it.

H. E. Luccock

Nem sempre o que vem “depois de” é “por causa de”.

Autor desconhecido

RESUMO

A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa cujo tratamento foi implementado, durante muitos anos, por meio de programas verticalizados. A implantação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) em 2001 culmina o processo de descentralização das ações de controle da hanseníase (ACH) que passam a integrar o cardápio de atividades da atenção básica no Brasil. As ações de prevenção de incapacidades (PI) são imprescindíveis na abordagem da hanseníase, pois as incapacidades e deformidades são importante fator na manutenção do estigma, além de gerarem limitações de atividades e restrição de participação social. Alguns autores, no entanto, questionam a qualidade do acompanhamento pós-descentralização. Este trabalho visa avaliar a descentralização das ACH no município de Betim, Minas Gerais com enfoque na prevenção das incapacidades. Para tanto, foi realizado estudo quanti-qualitativo com dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), informações de prontuários, e um grupo focal com 10 profissionais da rede de saúde do município para discutir o processo de descentralização. O estudo quantitativo incluiu 435 casos novos residentes e notificados no município de Betim. Foi feita análise descritiva dessa população e, posteriormente, verificou-se a associação do período de notificação e da unidade de notificação com variáveis sócio-demográficas e clínicas, utilizando-se o teste do qui-quadrado. Para análise dos dados foram utilizados os *softwares* SPSS 12.0 (2003) e NVivo7, versão 7.0.274.0 (2006). A média de idade da população estudada foi de 40,1 (\pm 17,2) anos. 52,4% eram do sexo masculino e 81,7% foram classificados como multibacilares. 11,3% dos casos foram diagnosticados com grau 2 de incapacidades. Houve diminuição dos casos diagnosticados com deformidade após a descentralização, bem como aumento de casos detectados por demanda espontânea. Os indicadores selecionados não evidenciaram diferença na qualidade da assistência no que diz respeito à PI quando comparadas as unidades que já desenvolviam as ACH e as que passaram a desenvolvê-las a partir de 2001. O grupo focal evidenciou a importância de fatores como a existência de um centro de referência, e a continuidade da capacitação no processo de descentralização. Apontou também a interferência do estigma e de atitudes dos profissionais (muito mais do que questões técnicas) nesse processo.

Palavras-chave: hanseníase, incapacidades, descentralização, integração

ABSTRACT

Leprosy is an infectious disease and during many years its treatment was implemented through vertical programmes. The implementation of the *Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS)* in 2001 culminates the process of decentralization and integration of leprosy control activities into basic health care in Brazil. The activities of prevention of disabilities (POD) are fundamental to leprosy assistance as disabilities and deformities contribute to the maintenance of stigma, besides leading to activity limitation and participation restriction. Some authors, however, question the quality of assistance in a decentralized setting. The present study aims at evaluating the decentralization of the leprosy control activities in the municipality of Betim, Minas Gerais, focusing on prevention of disabilities. A quantitative study was undertaken using data from SINAN (*Sistema Nacional de Agravos de Notificação*), patient records and a focus group discussion with 10 professionals from the health services of the municipality. The study included 435 new cases registered and living in Betim. A descriptive analysis of the population was done, followed by a study to verify the association between the time of notification and socio-demographic and clinical variables and the health unit of notification and socio-demographic and clinical variables, using the chi-square test. The SPSS 12.0 (2003) and the NVivo7, version 7.0.274.0 (2006) softwares were used for data analysis. The mean age of the population was 40.1 (± 17.2) years. 52.6% were males and 81.7% were classified as multibacillary. 11.3% of the cases were diagnosed with WHO disability grade 2. There was a decrease in the percentage of cases diagnosed with deformities after decentralization, as well as an increase in the number of cases detected through self-reporting. The selected indicators did not show any difference between the quality of assistance regarding POD when comparing health units which already had leprosy activities to those which implemented them from 2001 on. The focus group showed the importance of factors such as the existence of a reference centre and continuous education to the process of decentralization. It also showed the interference of stigma and staff attitude (more than technical issues) in this process.

Key words: leprosy, disabilities, decentralization, integration

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Taxas de prevalência e detecção de casos novos de hanseníase no Brasil e em Minas Gerais – 1995-2005.....	19
Figura 2	Classificação do grau de incapacidade.....	24
Figura 3	Descrição da população utilizada no componente quantitativo do estudo.....	44
Figura 4	Taxa de detecção de casos novos de hanseníase, total e por sexo, Betim/MG – 1995-2005...	54
Figura 5	Taxa de detecção de casos novos de hanseníase em <15 anos, Betim/MG – 1995-2005.....	54
Figura 6	Proporção de casos novos de hanseníase diagnosticados com GI=1 ou GI=2, Betim/MG – 1995-2005.....	55
Figura 7	Proporção de cura dos casos novos PB e MB residentes e notificados em Betim/MG – 1995-2005.....	61
Figura 8	Proporção de casos novos de hanseníase notificados na UBS de origem, Betim/MG – 1995-2005.....	62
Figura 9	Taxa de detecção de casos novos de hanseníase no Brasil, Minas Gerais e Betim – 1995-2005.....	85

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos casos novos de hanseníase residentes em Betim/MG, de acordo com características sócio-demográficas e clínicas – 1995-2005 (n=504).....	57
Tabela 2	Distribuição dos casos novos de hanseníase residentes e notificados em Betim/MG nos dois períodos de notificação, de acordo com características sócio-demográficas e clínicas – 1995-2005.....	60
Tabela 3	Distribuição dos casos novos residentes e notificados em Betim-MG nos dois grupos de unidades, de acordo com características sócio-demográficas e clínicas – 2001-2005.....	64
Tabela 4	Distribuição dos casos novos de hanseníase residentes e notificados em Betim/MG nos dois grupos de unidades, de acordo com variáveis relacionadas à PI – 2001-2005.....	66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACH	Ações de controle da hanseníase
AIS	Ações Integradas de Saúde
BAAR	Bacilo-álcool-ácido-resistente
BCG	Bacille Calmette Guerin
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DNDS	Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária
ENH	Eritema nodoso hansênico
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
GI	Grau de incapacidade
GPABA	Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada
HC	Hospital das Clínicas
HEM	Hospital Eduardo de Menezes
IB	Índice baciloscópico
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILEP	The International Federation of Anti-Leprosy Associations
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MB	Multibacilar
OMS	Organização Mundial de Saúde
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PB	Paucibacilar
PI	Prevenção de incapacidades

PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PMB	Prefeitura Municipal de Betim
POD	Prevention of disabilities
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PQT	Poliquimioterapia
PSF	Programa de Saúde da Família
SBD	Sociedade Brasileira de Dermatologia
SBH	Sociedade Brasileira de Hansenologia
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SINAN	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SSI	Sanatório Santa Izabel
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVE	Serviço de vigilância epidemiológica
SVS	Serviço de vigilância à saúde
UAI	Unidade de atendimento imediato
UBS	Unidade básica de saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1 HANSENÍASE	18
2.1.1 TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO	20
2.1.2 INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO CASO	21
2.1.3 REAÇÕES HANSÊNICAS	22
2.1.4 INCAPACIDADES EM HANSENÍASE	23
2.2 DESCENTRALIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO	25
2.2.1 DESCENTRALIZAÇÃO	25
2.2.2 INTEGRAÇÃO	29
2.2.3 DESCENTRALIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO DE UM PROGRAMA: O CONTROLE DA HANSENÍASE NO BRASIL	31
2.2.4 AS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE BETIM/MG	36
2.3 AVALIAÇÃO	38
3 OBJETIVOS	42
3.1 OBJETIVO GERAL	42
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	42
4 MÉTODOS	44
4.1 POPULAÇÃO	44
4.2 DESENHO	45
4.3 VARIÁVEIS	46
4.4 INDICADORES	48
4.5 FONTE DE DADOS	49
4.5.1 DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (DATASUS)	49
4.5.2 SISTEMA NACIONAL DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN)	49
4.5.3 PRONTUÁRIOS	49
4.5.4 GRUPO FOCAL:	50
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	52
4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	53
4.8 LIMITAÇÕES	53
5 RESULTADOS	54
5.1 ANÁLISE DESCRITIVA – COMPONENTE QUANTITATIVO	54
5.1.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO POR PERÍODO	59
5.1.2 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO SEGUNDO GRUPO DE UNIDADES	62
5.2 ANÁLISE TEMÁTICA – COMPONENTE QUALITATIVO	69
5.2.1 VANTAGENS DA DESCENTRALIZAÇÃO	69
5.2.2 FATORES QUE INFLUENCIAM A DESCENTRALIZAÇÃO	70
5.2.2.1 Atitude dos profissionais	70
5.2.2.2 Estigma	73

5.2.2.3 Modelo assistencial e gestão.....	75
5.2.3 MUDANÇAS PERCEBIDAS COM A DESCENTRALIZAÇÃO.....	79
5.2.4 TRABALHO FUTURO	83
6 DISCUSSÃO.....	85
6.1 SITUAÇÃO DA ENDEMIA HANSÊNICA EM BETIM	85
6.2 COMPARAÇÃO ENTRE OS PERÍODOS PRÉ E PÓS-DESCENTRALIZAÇÃO.....	88
6.2.1 PRECOCIDADE DO DIAGNÓSTICO	89
6.2.2 TRATAMENTO COM PQT	89
6.2.3 VIGILÂNCIA DE CONTATOS	90
6.2.4 IDENTIFICAÇÃO E TRATAMENTO DE NEURITES E REAÇÕES.....	91
6.3 DESCENTRALIZAÇÃO E PROCESSO DE TRABALHO	92
7 CONCLUSÃO.....	96
REFERÊNCIAS	98
APÊNDICES	104
APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS EM PRONTUÁRIO	104
APÊNDICE B – ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL COM PROFISSIONAIS	110
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	111
ANEXOS.....	112
ANEXO A – FICHA PARA AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA.....	112
ANEXO B – INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS EM HANSENÍASE.....	114
ANEXO C – FOLHA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	117
ANEXO D – CERTIFICADO DE QUALIFICAÇÃO	118

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase ainda é um problema de saúde pública no Brasil, com cerca de 40.000 casos novos a cada ano. O atendimento às pessoas com hanseníase foi, durante muito tempo, prestado sob a forma de programa verticalizado e centralizado. Esse tipo de serviço tem limitações como a cobertura insuficiente, a ausência de cuidado integral e contínuo, o uso pouco eficiente de recursos, a manutenção do estigma e da dependência em relação aos doadores (ASNAKE et al., 2000). A descentralização, um dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), objetiva prestar serviços com maior qualidade à população, além de garantir o controle e a fiscalização desses serviços pelos cidadãos (CUNHA e CUNHA, 1998). A descentralização das ações de controle da hanseníase (ACH) e a integração delas aos serviços de atenção básica são consideradas pré-requisitos para a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública (SOUTAR, 2002). A poliquimioterapia (PQT) introduzida na década de 80 mostrou-se um tratamento eficaz, e contribuiu para que se pudesse pensar na descentralização das ACH, aumentando a cobertura e facilitando o acesso ao seu diagnóstico e tratamento. As ACH passam a ser incluídas nos esforços de descentralização no Brasil, culminando com a Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2001 (NOAS 01/2001), que descreve as ACH a serem desenvolvidas pelos serviços de atenção básica no país. Existe, no entanto, controvérsia quanto à qualidade da assistência às pessoas com hanseníase após processo de descentralização, e pouca evidência científica que contribua para solvê-la (KALK e FLEISCHER, 2004).

As incapacidades potencialmente causadas pela hanseníase são uma das características importantes da doença, contribuindo para o estigma e diminuindo a credibilidade na cura. Merecem, portanto, atenção especial, mas com alguma freqüência têm sido relegadas a segundo plano no processo de descentralização. Muita ênfase é dada ao tratamento quimioterápico da hanseníase, um dos componentes essenciais para a prevenção de incapacidades. No entanto, o acompanhamento das pessoas com hanseníase compreende

também a detecção e tratamento de reações e neurites, imprescindível para se evitar incapacidades. Apesar de não haver dados nacionais sobre a magnitude do problema referente às incapacidades, sabemos que o custo de seu tratamento é elevado, tanto para os serviços quanto para os pacientes, e o resultado nem sempre satisfatório. Assim, o componente de **prevenção** dessas incapacidades adquire maior importância.

Betim é um município da região metropolitana de Belo Horizonte, localizado a 30 km da capital mineira. Possui área de 345,99 km², população de 407.003 habitantes (2006), e é um dos principais pólos industriais do estado de Minas Gerais. A hanseníase tem importância histórica no município onde foi instalada a Colônia Santa Izabel em 1931. É município prioritário no combate à hanseníase, de acordo com critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, e tem sido apontado como um dos municípios da região metropolitana de Belo Horizonte que mais conseguiu avançar na descentralização das ACH, alcançando o total de 90% das unidades básicas de saúde com equipe capacitada para desenvolver tais ações em 2002. Questiona-se, entretanto, o suposto sucesso das atividades de descentralização, uma vez que é necessário pensar não apenas na quantidade de unidades com ACH, mas também na qualidade dessas ações, principalmente no que diz respeito à prevenção de incapacidades.

A maioria dos estudos existentes sobre a descentralização das ACH diz respeito à cobertura dos serviços, ou a dados epidemiológicos de detecção e prevalência. Existe carência de estudos acerca do impacto da descentralização sobre indicadores de incapacidades. Também não foram encontrados estudos que avaliassem a qualidade das ações de prevenção de incapacidades em hanseníase, especificamente, do monitoramento neural, no contexto da descentralização, no qual os profissionais que tradicionalmente realizam essas avaliações nos centros de referência (fisioterapeutas ou terapeutas ocupacionais) não fazem parte do quadro de funcionários da unidade de saúde. Tal estudo é importante uma vez que: (a) o conceito de cura em hanseníase é questionado por pacientes e profissionais quando, concluído o tratamento quimioterápico, permanece alguma incapacidade; (b) profissionais e pacientes questionam o processo de descentralização, que levaria à diminuição na qualidade da atenção e do tratamento; (c) é necessário identificar as barreiras/dificuldades para a implementação das ACH na atenção básica para que soluções possam ser propostas, planejadas e implantadas.

Este estudo tem por objetivo avaliar a qualidade da assistência às pessoas com hanseníase nos diversos serviços da rede básica de saúde do município de Betim/MG. O eixo norteador dessa

avaliação será a prevenção de incapacidades, isto é, estariam as ações de controle da hanseníase desenvolvidas nas unidades básicas de saúde sendo suficientes para prevenir as incapacidades resultantes da hanseníase? Foi realizado estudo descritivo, retrospectivo da situação da prevenção de incapacidades no município de Betim, no âmbito da atenção básica e no contexto de descentralização que se efetivou no município a partir de 2001, com a capacitação de profissionais e a posterior supervisão das equipes treinadas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 HANSENÍASE

A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa, de evolução lenta, causada pelo *Mycobacterium leprae*. É transmitida por via aérea superior, sendo o homem a única fonte de contágio. Tem um período de incubação de 2 a 7 anos e afeta pessoas de ambos os sexos e de todas as idades. Manifesta-se, principalmente, por meio de sinais e sintomas dermatoneurológicos: manchas, placas, nódulos, e lesões de nervos periféricos (BRASIL, 2001a). Trata-se da principal causa não-traumática de neuropatia, podendo provocar deficiências que podem resultar em limitações de atividades¹ e restrição de participação social² (RAMADAM, 2001).

A distribuição geográfica da doença não é uniforme, concentrando-se em alguns países ou, no Brasil, principalmente nas regiões norte e centro-oeste. O número de casos em registro ativo no mundo caiu de 805.000 em 1995 para 286.000 no final de 2004. Foram registrados 410.000 casos novos em todo o mundo em 2004. Neste ano, apenas nove países não tinham conseguido eliminar a hanseníase como problema de saúde pública, entre eles o Brasil (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004). Esses países eram responsáveis por 75% dos casos em registro ativo, sendo o Brasil responsável por 92% dos casos existentes na América Latina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Em 2004, foram detectados 49.366 casos novos no Brasil, sendo 3132 casos detectados em Minas Gerais. A Figura 1 apresenta as taxas de detecção de casos novos e prevalência no

¹ Limitação de atividades é um termo descrito na Classificação Internacional de Funcionalidade, definido como sendo uma dificuldade que um indivíduo pode ter na execução das atividades que realiza no dia-a-dia.

² Restrição de participação é um termo descrito na Classificação Internacional de Funcionalidade, indicando problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações da vida real. Compara-se a participação social da pessoa em questão com a participação esperada de um indivíduo sem deficiência naquela sociedade.

Brasil e no estado de Minas Gerais no período de 1995 a 2005. Percebe-se nitidamente a queda de prevalência no período, determinada, em grande parte, por fatores operacionais como a redução do tempo de tratamento. A taxa de detecção, no entanto, varia pouco durante o período, tendência que também pode ser verificada nos demais países endêmicos.

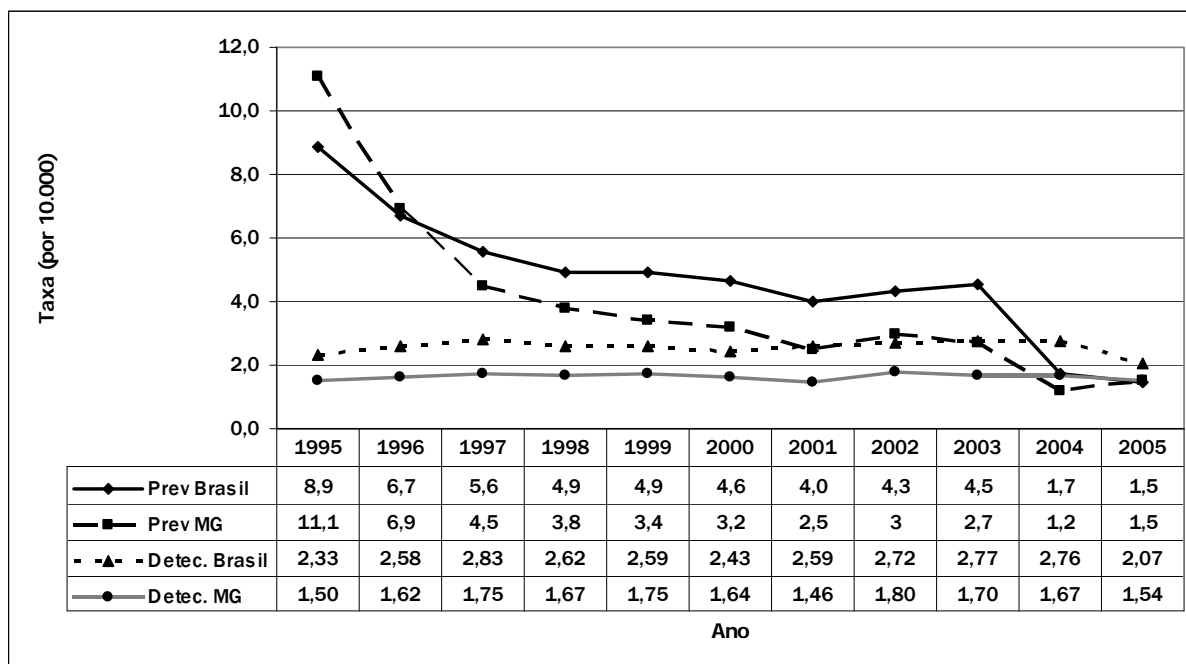


FIGURA 1 – Taxas de prevalência e detecção de casos novos de hanseníase no Brasil e em Minas Gerais – 1995-2005

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais

O diagnóstico de hanseníase é eminentemente clínico, sendo um caso de hanseníase definido como uma pessoa que apresente uma ou mais das seguintes características, requerendo quimioterapia: a) lesão(ões) de pele com alteração de sensibilidade; b) acometimento de nervo(s) com espessamento neural; c) baciloscopia positiva para *Mycobacterium leprae* (BRASIL, 2002). A doença se manifesta de formas distintas de acordo com a resposta específica do hospedeiro ao bacilo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HANSENOLOGIA, 2003). A classificação de Madri (1953) é a utilizada na ficha de notificação da hanseníase, podendo a hanseníase ser classificada em (TALHARI et al., 2006):

Hanseníase indeterminada: é a forma inicial da doença, caracterizada por uma ou poucas lesões hipocrômicas e planas. Não há espessamento de troncos nervosos. A evolução natural, sem tratamento, poderá ser para a cura ou para as formas clínicas tuberculóide, virchowiana ou dimorfa, a depender da imunidade do hospedeiro.

Hanseníase tuberculóide: surge a partir da forma indeterminada não tratada em pacientes com boa resistência ao bacilo de Hansen. Caracteriza-se por lesões limitadas, em placa, com a presença de pápulas. Troncos nervosos podem ser envolvidos, geralmente de forma intensa.

Hanseníase virchowiana: representa a hanseníase indeterminada não tratada em indivíduos sem resistência ao bacilo de Hansen. As manchas tornam-se eritematosas e infiltradas, de limites imprecisos. Alguns casos se enquadram nos 30% sem os sinais cardinais. Pode haver infiltração e hansenomas em pavilhões auriculares, além de queda de pêlos de sobrancelhas e cílios. É freqüente o comprometimento da mucosa nasal, além de olhos e órgãos internos. Apresenta baciloscopia positiva e a destruição do nervo ocorre de forma lenta, gradual e insidiosa (JOB, 1989)

Hanseníase dimorfa: surge em indivíduos com resistência melhor que a dos portadores da forma virchowiana, mas pior que a dos portadores da forma tuberculóide. Clinicamente, o indivíduo pode apresentar, simultaneamente, características da hanseníase tuberculóide e virchowiana em áreas diferentes. Ocorrem lesões neurais importantes, principalmente durante os episódios reacionais.

Para fins operacionais, os casos de hanseníase são classificados em 2 grupos com base nos sinais e sintomas clínicos. Casos com até 05 lesões de pele são classificados como paucibacilares (PB), e casos com mais de 5 lesões de pele, como multibacilares (MB) (BRASIL, 2002).

2.1.1 TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

O tratamento quimioterápico preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é a poliquimioterapia (PQT), oferecida gratuitamente nas unidades de saúde, em regime ambulatorial. Consiste em doses supervisionadas, geralmente realizadas em unidades de saúde a cada 28 dias, quando um profissional de saúde assiste a ingestão dos medicamentos; e medicação diária auto-administrada. Há dois esquemas terapêuticos padrão (BRASIL, 2002):

Paucibacilar (PQT/PB):

Dose supervisionada: Rifampicina (600mg) + Dapsona (100mg)

Dose auto-administrada (diária, exceto no dia da dose supervisionada): Dapsona (100mg)

Seguimento de casos: comparecimentos mensais para medicação supervisionada; revisão dermatoneurológica na 6ª dose

Critério de alta por cura: completar 06 doses supervisionadas em até 09 meses, independentemente do número de faltas consecutivas

Multibacilar (PQT/MB):

Dose supervisionada: Rifampicina (600mg) + Clofazimina (300mg) + Dapsona (100mg)

Dose auto-administrada (diária, exceto no dia da dose supervisionada): Dapsona (100mg) + Clofazimina (50mg)

Seguimento de casos: comparecimentos mensais para medicação supervisionada; revisão dermatoneurológica na 6ª e 12ª doses

Critério de alta por cura: completar 12 doses supervisionadas em até 18 meses, independentemente do número de faltas consecutivas. Esse critério entrou em vigor em 26 de setembro de 2000. Até então, o esquema multibacilar previa 24 doses supervisionadas em até 36 meses.

Alguns casos multibacilares, que iniciam o tratamento com numerosas lesões e/ou extensas áreas de infiltração cutânea, e que demonstrem pouca melhora, poderão necessitar de 12 doses adicionais de PQT/MB. No caso de intolerância a algum dos medicamentos da PQT padrão, há esquemas alternativos oferecidos em centros de referência.

2.1.2 INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO CASO

A investigação epidemiológica do caso objetiva descobrir a fonte de infecção e identificar outros possíveis casos oriundos da mesma fonte (PINTO NETO, et al., 2002). É uma medida que visa a detecção precoce dos casos, e, na prática, é feita por meio da vigilância dos contatos intradomiciliares, definidos como aqueles indivíduos que residem ou tenham residido com o caso índice nos últimos 5 anos. A vigilância dos contatos compreende: a) o exame dermatoneurológico dos mesmos; b) orientação quanto ao período de incubação da doença, transmissão, sinais e sintomas, e retorno ao serviço, se necessário; c) aplicação de duas doses

da vacina BCG-ID com intervalo mínimo de 6 meses entre elas, sendo a cicatriz de BCG-ID prévia considerada como primeira dose, independente do tempo de aplicação (BRASIL, 2001c).

2.1.3 REAÇÕES HANSÊNICAS

As reações hansênicas são eventos inflamatórios agudos em razão da hipersensibilidade aos antígenos do *M. leprae*, que podem ocorrer antes, durante ou após o tratamento. A incidência de reações em portadores de hanseníase é significativa, variando entre 30 a 50% dos casos (TALHARI et al., 2006, KUMAR, 2004; CROFT 2003; NERY, 1998), sendo que todo paciente é suscetível. São situações de urgência que demandam monitoramento cuidadoso e tratamento adequado para se minimizar o risco de danos permanentes. Há dois tipos de reação hansênicas: Tipo 1 (ou reação reversa) e Tipo 2.

A reação tipo 1 envolve principalmente mecanismos de imunidade celular, com manifestações na pele e nos nervos. As lesões pré-existentes tornam-se edemaciadas, eritematosas e infiltradas, e podem surgir novas lesões (TALHARI et al, 2006; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HANSENOLOGIA, 2003). As manifestações sistêmicas são pouco comuns, mas o envolvimento dos nervos periféricos é freqüente, devendo o indivíduo ser cuidadosamente monitorado. O tratamento preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) nos casos em que há comprometimento neural é a Prednisona na dose diária de 1 a 2 mg/kg/dia até a melhora acentuada do quadro reacional. Após esse período a dose deve ser gradualmente reduzida. Quando não houver envolvimento neural recomenda-se o uso de antiinflamatórios não-esteróides. (BRASIL, 2001c)

A reação tipo 2 acomete os casos multibacilares, e sua manifestação mais freqüente é o eritema nodoso hansênico (ENH), caracterizado por nódulos eritematosos, dolorosos, com diâmetro de 2 a 5mm. Pode haver acometimento de outros órgãos como olhos, rins e testículos, além de febre, mal estar e náuseas (TALHARI et al, 2006; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HANSENOLOGIA, 2003). A neurite pode estar presente, mas geralmente é menos intensa do que na reação Tipo 1. O tratamento recomendado para o ENH é o uso de Talidomida na dose de 100 a 400mg/dia até a remissão do quadro reacional. A Prednisona é

utilizada no caso de neurites, lesões oculares, mãos ou pés reacionais, orquites, e em situações onde a Talidomida não possa ser usada (e.g. mulheres em idade fértil).

2.1.4 INCAPACIDADES EM HANSENÍASE

Segundo Croft (2003) “a hanseníase seria uma inocente doença dermatológica, não fosse o dano neural e a conseqüente perda de sensibilidade e força muscular, ulcerações e deformidades secundárias que estigmatizam o portador de hanseníase”. Como as principais conseqüências da hanseníase para os pacientes são as incapacidades secundárias ao dano neural e o estigma e sofrimento deles resultante (BRITTON e LOCKWOOD, 2004; VISSCHEDIJK et al., 2000), pode-se afirmar que o objetivo primeiro das ações de controle da hanseníase seja a prevenção das incapacidades. Durante muito tempo, as incapacidades foram consideradas parte da história natural da doença. Hoje, sabe-se que são conseqüência de episódios reacionais e neurites, podendo, muitas vezes, ser evitadas. O paciente deve ser monitorado por meio da inspeção dos olhos, teste de sensibilidade corneana e teste de força muscular de pálpebras; palpação dos principais troncos nervosos acometidos, inspeção, teste de sensibilidade e força muscular de membros superiores e membros inferiores de acordo com roteiro proposto pelo Ministério da Saúde (Anexo A). O resultado dessa avaliação deve ser registrado em prontuário. Esse monitoramento deve ser feito no momento do diagnóstico, mensalmente durante o tratamento com PQT, na alta e se houver suspeita de neurites durante ou após o tratamento com PQT (BETIM, 2003; BRASIL, 2001a).

As incapacidades em olhos, mãos e pés são classificadas em grau 0, 1 ou 2, de acordo com sistema proposto pela OMS, apresentado na figura a seguir:

Grau	Olho			Mão			Pé		
	Sinais e/ou sintomas	D	E	Sinais e/ou sintomas	D	E	Sinais e/ou sintomas	D	E
0	Nenhum problema com os olhos devido à hanseníase			Nenhum problema com as mãos devido à hanseníase			Nenhum problema com os pés devido à hanseníase		
1	Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade		
2	Lagofalmo e/ou ectrópio			Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas			Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas		
	Triquíase			Garras			Garras		
	Opacidade corneana central			Reabsorção			Reabsorção		
	Acuidade visual < 0,1 ou não conta dedos a 6 metros			Mão caída			Pé caído Contratura tornozelo		

FIGURA 2 – Classificação do grau de incapacidade

Fonte: Ministério da Saúde

O grau de incapacidade informado na ficha de notificação por ocasião do diagnóstico e da alta, é o maior grau atribuído em qualquer um dos 6 locais (olho direito ou esquerdo, mão direita ou esquerda, pé direito ou esquerdo) (BRASIL, 2001c). No Brasil, considera-se Grau 1 em mãos ou pés quando o indivíduo não sente o monofilamento de Semmes-Weinstein³ de 2g em algum dos pontos testados na região palmar ou plantar à estesiometria.

Define-se prevenção de **incapacidades em hanseníase** como sendo o conjunto de “medidas visando evitar a ocorrência de danos físicos, emocionais, espirituais e sócio-econômicos. Nos danos já existentes, a prevenção significa medidas visando evitar as complicações.” (BRASIL, 1998). Assim sendo, o conceito de prevenção de incapacidades não se refere apenas às ações específicas do exame de nervos periféricos ou de cuidados com incapacidades já existentes. São componentes da prevenção de incapacidades: a) educação em saúde; b) diagnóstico precoce da doença, tratamento regular com PQT, exame de contatos e aplicação da BCG; c) detecção precoce e tratamento adequado de reações e neurites; d) apoio à manutenção da condição emocional e integração social (família, estudo, trabalho, grupos sociais); e) realização de autocuidados; f) reabilitação em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 2001c).

³ O estesiômetro consiste num conjunto de filamentos de nylon graduados e padronizados, inicialmente desenvolvidos por Semmes-Weinstein, utilizados na avaliação da sensibilidade tátil. Cada filamento, quando tocado na pele, exerce determinada pressão sobre sua superfície.

No processo de descentralização, e de acordo com o protocolo de hanseníase do município, a maioria das ações de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento deve ser realizada nas unidades básicas de saúde: divulgação de sinais e sintomas da hanseníase; suspeição e confirmação diagnóstica; tratamento com poliquimioterapia (PQT/OMS); vigilância de contatos e vacinação com BCG; exame neurológico simplificado para identificação precoce e acompanhamento de reações e neurites; tratamento adequado das mesmas; orientação quanto a autocuidados; técnicas simples de cuidados com incapacidades. As ações de tratamento e/ou reabilitação de incapacidades são realizadas em serviços de média e/ou alta complexidade.

2.2 DESCENTRALIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO

2.2.1 DESCENTRALIZAÇÃO

O tema *descentralização* é central no processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo um de seus princípios organizativos. A descentralização não é considerada um valor ou fim em si mesma, mas uma pré-condição para a melhoria do acesso, da adequação da resposta social, da participação, da qualidade e da equidade no campo da saúde (HORTALE et al, 2000).

A descentralização tem sido considerada um ideal político importante, que possibilita a participação social e assegura a responsabilidade do gestor perante a população (MILLS, 1990). O conceito de descentralização surgiu como alternativa de racionalização de um aparelho de Estado amplo, centralizado e onipresente, em resposta à crise dos Estados de Bem-Estar Social no primeiro mundo. O termo é associado a um processo de democratização e promoção de justiça social. A descentralização do processo de decisão sobre políticas públicas ampliaria os canais de participação, incorporando novos atores, aproximando a sociedade e Estado, ao mesmo tempo em que se aumentaria a responsabilidade dos cidadãos sobre as decisões tomadas (MENDES, 1998). A descentralização seria uma forma de superar barreiras físicas, administrativas e institucionais, assegurando melhor resposta às necessidades locais, bem como melhor gerenciamento de recursos e maior motivação, o que contribuiria para a implementação de ações, aumento da cobertura de programas e promoção da coordenação intersetorial (NEWELL et al, 2005; OMAR, 2002; MILLS, 1999).

O que estaria em jogo seria o binômio centralização/descentralização (SILVA, 2001; MENDES, 1998; MILLS, 1990), e a necessidade de se encontrar um ponto de equilíbrio entre esses dois pólos, uma vez que nenhum deles existe em “estado puro”. São idealizados, nunca completamente alcançados, mas presentes na organização do Estado. De modo geral, Silva (2001) apresenta assim os conceitos de centralização e descentralização:

(...) deve-se considerar centralização [uma situação] em que os poderes das entidades locais e dos órgãos periféricos são reduzidos ao mínimo dispensável; e descentralização quando os órgãos centrais do Estado possuem o mínimo de poder indispensável para desenvolver as próprias atividades. (p.51)

Acrescenta, ainda, que os conceitos de *centralização* e *descentralização* não podem ser estudados sem se considerar o contexto social e o momento histórico, pois ocorrem de formas distintas de acordo com o local e época. Deve existir uma clara definição do que está sendo descentralizado e do que deve permanecer sob o controle do nível central, sendo que a existência de um nível central forte, bem como o desenvolvimento de atividades de controle e supervisão é imprescindível para o sucesso de um processo de descentralização.

Apesar de o termo descentralização ser geralmente utilizado com conotação positiva, pode estar também a serviço da ideologia neoliberal. Devemos lembrar ainda, que a descentralização levada ao extremo contraria a própria noção de Estado. A descentralização tem possíveis desvantagens, tais como a dificuldade em promover políticas, prioridades e padrões nacionais, a dificuldade em controlar e coordenar esforços, o aumento de custos com gerenciamento, o surgimento de conflitos devido à distribuição de autoridade, e a possibilidade de que não seja tão eficiente quanto se imaginava no atendimento às necessidades de dada população (OMAR, 2002; MILLS, 1990). Um sistema descentralizado pode aumentar as iniquidades existentes em determinado país. Deve existir, portanto, algum mecanismo que evite as disparidades regionais. (MOSCA, 2006). Assim sendo, a descentralização, em si, não pode ser vista como um meio de automaticamente melhorar o desempenho do Estado e automaticamente melhorar a eficiência dos serviços oferecidos.

Mills (1990) descreve quatro tipos de descentralização: desconcentração, devolução, delegação e privatização. Apesar de fazer a distinção entre eles, a autora afirma que freqüentemente coexistem em um mesmo país.

A **desconcentração** é definida como o repasse parcial de autoridade administrativa do nível central de governo aos seus escritórios regionais, sem o repasse de autoridade política. Há uma modificação na forma de implementação de determinada política, sem que se possa modificar o que foi determinado centralmente. “Delega-se o poder de agir, mas não o de decidir” (SILVA, 2001, p.54). Por essa razão é considerada a forma mais rudimentar de descentralização.

A **devolução** é a forma mais completa de descentralização (MOSCA, 2006). Consiste na criação ou fortalecimento de níveis sub-nacionais de governo (governo local) substancialmente autônomos em relação ao nível nacional. Teoricamente, transfere-se tanto “o poder de agir, quanto o poder de decidir” (SILVA, 2001, p.54), isto é, os níveis que são incumbidos de novas responsabilidades implementam políticas elaboradas centralmente, e têm liberdade de elaborar novas políticas. Esse mecanismo acaba por aumentar o poder local.

A **delegação** refere-se à transferência do gerenciamento de determinadas funções a organizações que se encontram fora da estrutura central do governo (paraestatais), o que contornaria algumas ineficiências do governo central. De forma semelhante à desconcentração, não transfere poder de um núcleo político para outro mais descentralizado.

A **privatização** envolve a transferência de funções governamentais para organizações filantrópicas ou não, com grau variável de regulação por parte do governo.

A forma de descentralização existente em dado sistema de saúde determinará as funções que serão exercidas por diferentes setores dentro do mesmo. Mills (1990) categoriza essas funções da seguinte forma: a) legislação; b) busca de financiamento; c) formulação de políticas; d) regulação; e) planejamento e alocação de recursos; f) gerenciamento; g) colaboração inter-setorial; h) capacitação.

Como a descentralização diz respeito à transferência de poder e autoridade, alguns autores não consideram a desconcentração e a privatização como formas de descentralização, uma vez que não há transferência de autoridade. No primeiro caso, há transferência apenas administrativa; no segundo caso o estado abre mão da prestação do serviço, não havendo transferência de poder para um nível gerencial mais próximo dos usuários (OMAR, 2002).

Silva (2001) aponta duas dimensões do tema descentralização: a política e a econômica. A dimensão política, apresentada acima, diz respeito à descentralização como instrumento na estratégia de democratização do Estado. Já na dimensão econômica, a descentralização tem sido utilizada como “estratégia de redução do déficit público e estabilização da economia” (p.52), exigindo maior racionalidade e eficiência no desenvolvimento de políticas setoriais. O resultado da descentralização pode ser a privatização de setores sociais, com a delegação de responsabilidades a instituições fora da esfera pública, e o aumento do custo de utilização desses serviços. É por esse “duplo caráter” que a descentralização é a única diretriz do SUS que não entra em choque com as idéias neoliberais fortalecidas principalmente na década de 90.

O fato de não contrariar a lógica neoliberal poderia favorecer o avanço da descentralização, mas sua concretização isoladamente é insuficiente para garantir a concretização dos demais princípios do SUS. O avanço da descentralização está condicionado também ao adequado aporte de recursos financeiros, capacidade gestora e “permeabilidade das instituições do setor saúde aos valores democráticos” (MOSCA, 2006; LEVCOVITZ, 2001). Outros fatores que influenciam o processo de descentralização dizem respeito à atitude dos profissionais (MILLS, 1990). Servidores de níveis centrais ou em centros de referência podem temer a perda de poder e/ou *status*, ou duvidar da capacidade de profissionais de nível local desenvolverem ações com qualidade. Arretche (1999) ressalta a importância de estratégias de indução para se conseguir descentralizar políticas sociais. Segundo a autora, a capacidade financeira e administrativa dos municípios tem peso muito menor na determinação do sucesso ou insucesso da descentralização de uma política do que a existência de estratégias de indução que minimizem custos financeiros e administrativos de implantação e responsabilização por dada política social.

O termo “municipalização” tem sido utilizado por vários autores (SILVA, 2001; PAIM, 1999; CUNHA e CUNHA, 1998) para se referir ao processo de descentralização desencadeado pela Reforma Sanitária. A municipalização é, portanto, uma devolução, também chamada de descentralização político-administrativa. “O processo de descentralização no Brasil se dá, portanto, não apenas com a transferência de serviços, mas também de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a estadual e municipal” (LEVCOVITZ, 2001). Assim sendo, inclui redistribuição de poder, redefinição de papéis e de relações entre as três esferas

de governo e reorganização institucional. Há necessidade de se desenvolver nos municípios condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para se executar e gerenciar as ações de saúde que serão formuladas de acordo com a realidade local (MOSCA, 2006). A municipalização também aproxima o controle social do local onde as ações de saúde são elaboradas e executadas.

Paim (1999), ao abordar o tema “descentralização” introduz a idéia de “distritalização”. Um distrito sanitário é caracterizado por uma população definida, uma rede de serviços e equipamentos comunitários. A distritalização facilitaria a implantação de modelos assistenciais alternativos e articulação das práticas de saúde às demais práticas sociais na ampliação do conceito de saúde às esferas econômica, política e ideológica. Assim, em um município, as unidades podem responder a regionais ou distritos e não diretamente à secretaria de saúde.

2.2.2 INTEGRAÇÃO

Integração é um termo utilizado, principalmente na literatura internacional, para designar desde esforços para colaboração entre programas até à transferência de atividades realizadas por um programa vertical para a atenção básica, com a absorção completa das atividades desse programa pelo sistema nacional de saúde (VISSCHEDIJK et al, 2003). Um programa é entendido como um conjunto de atividades coerentes destinadas a resolver um único problema de saúde. Essas atividades podem ser desenvolvidas em uma estrutura vertical, onde profissionais altamente qualificados desenvolvem poucas funções, de forma centralizada ou descentralizada, como no caso de equipes móveis que realizam atividades em vários locais (CRIEL et al, 1997). A justificativa para a existência de determinado programa, pode, em algum momento, deixar de existir, ou o programa pode deixar de ser custo-efetivo. Nesse caso, pode ser indicada a integração das ações antes desenvolvidas por um programa vertical em uma estrutura horizontal, onde profissionais que já realizam diversas funções passam a realizar também essas novas atividades, tornando-se responsáveis por elas. A integração implica, portanto, a descentralização de responsabilidades tanto administrativas, quanto operacionais (FEENSTRA, 1993 e CRIEL et al, 1997) e deve ter uma justificativa técnica e não somente ideológica, visando sempre à melhoria da assistência, seja em termos de acesso, de precocidade de diagnóstico, de continuidade de acompanhamento ou de redução de

estigma, por exemplo. Na hanseníase, a integração é essencial para se aumentar a cobertura das ações de controle (KALK e FLEISCHER, 2004). A oferta de ações nos serviços básicos de saúde, mais próximos aos locais de residências das pessoas com hanseníase, melhoraria o conhecimento da comunidade sobre a doença, contribuindo para a diminuição do preconceito, além de facilitar o acesso ao diagnóstico e tratamento.

O processo de integração deve ser cuidadosamente planejado, podendo-se optar por integrar apenas algumas atividades de um programa (educação em saúde e suspeição de casos, por exemplo) e não outras. Assim a integração não implica no desmantelamento da estrutura vertical existente anteriormente, mas exige dos profissionais mais experientes desse programa uma mudança de papel com a realização de novas atividades como capacitação e supervisão.

O processo de integração pode encontrar barreiras de várias naturezas. A resistência por parte dos profissionais envolvidos é frequentemente citada como dificultadora da integração, tendo origem em fatores de natureza técnica, conceitual ou humana (KASTURIARATCHI et al, 2002; NAMADI, et al, 2002; CRIEL et al, 1997; FEENSTRA, 1993). Os profissionais mais especializados podem temer a perda de poder ou *status* além da deterioração da qualidade do cuidado, enquanto os profissionais da atenção básica podem oferecer resistência devido ao acréscimo de trabalho e ao estigma. Os pacientes também podem se opor à integração por receio da perda de certos “privilégios” ou se percebem os serviços integrados como uma segunda alternativa (portanto de pior qualidade) em relação aos locais mais especializados. Outro dificultador é a inexistência de uma rede de atenção básica estruturada, o que pode até mesmo inviabilizar a integração de um programa (RAO et al, 2002; CRIEL et al, 1997; ROOS et al, 1995).

Criel et al (1997) fazem importante crítica quanto ao momento de se realizar a integração de um programa vertical. Frequentemente a integração é vista como uma forma de se garantir a sustentabilidade das ações de controle da hanseníase em face de um declínio na prevalência da doença (PIMENTEL et al, 2004; RAO et al, 2002; FEENSTRA, 1993). Denomina-se isso de “motivação negativa”, pois a integração não necessariamente estaria sendo proposta porque a rede de atenção básica poderia oferecer sensível melhora na qualidade da assistência. Argumenta-se que a prevalência da doença poderia ser tão baixa que os profissionais da atenção básica jamais veriam um número de casos suficiente para manter a competência técnica para lidar com o problema, ou até mesmo para se verem motivados a participarem das

capacitações oferecidas. Nessa situação a competência dos serviços de atenção básica pode vir a ser questionada, diminuindo sua credibilidade, condenando todo o processo de integração, e perdendo os benefícios que dele poderiam advir. Nas palavras dos próprios autores, pensar em integração “quando o problema já se tornou menos comum é tarde demais” (CRIEL et al. 1997, p. 27).

A perda da qualidade técnica do cuidado oferecido (pelo menos em curto prazo) é fator corrente na literatura (NAAFS, 2000; NAMADI et al, 2002, RAO et al, 2002). Por definição, um generalista ou profissional que realiza múltiplas funções jamais terá a competência técnica de um especialista em determinada área. Para minimizar a perda de qualidade são necessárias: a) a simplificação de técnicas, instrumentos e tarefas; b) a existência de protocolos e instruções padronizadas; c) capacitação dos profissionais da rede básica; d) supervisão constante, mais intensiva na fase de implantação da integração (CRIEL et al, 1997).

É necessário refletir também sobre a diferença entre a função e os objetivos da atenção básica e dos programas verticais. A atenção básica é (ou deveria ser) o primeiro nível de cuidado, onde a atenção está voltada à pessoa e sua comunidade (e não direcionada a uma patologia específica), visando à maximização da saúde e do bem-estar (STARFIELD, 2002). Assim sendo, não se pode esperar do processo de integração um impacto imediato sobre indicadores epidemiológicos. Da mesma forma, nem sempre a ausência de impacto sobre indicadores indica fracasso do processo de integração (CRIEL, et al, 1997).

2.2.3 DESCENTRALIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO DE UM PROGRAMA: O CONTROLE DA HANSENÍASE NO BRASIL

Santos (2003) afirma que já existiam, no país, locais para isolar pessoas doentes, dirigidos por ordens religiosas desde o século XVIII. O Departamento Nacional de Saúde Pública, criado em 1920, era responsável pelas ações de saúde coletiva no período chamado “sanitarismo campanhista”. Adotava um estilo repressivo, visando ao combate às doenças de massa (CUNHA e CUNHA, 1998). A hanseníase (então lepra) foi incluída entre as doenças de notificação compulsória. A criação de hospitais-colônias e o isolamento compulsório consolidavam a ação saneadora do Estado que visava proteger a sociedade do contágio (PENNA, 1994). Criou-se a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, que

atuava nos estados por meio da Diretoria de Saneamento Rural em cooperação com os governos estaduais. Com a extinção da Inspeção em 1934, as atividades foram transferidas para a Diretoria dos Serviços Sanitários.

O governo Vargas sistematiza o combate à hanseníase, organizando pesquisas e censo dos doentes em todo o país. A assistência prestada incluía a profilaxia e terapêutica (diagnóstico, isolamento e tratamento, vigilância sanitária). Com a introdução da sulfonoterapia na década de 40 e com o avanço dos conhecimentos científico introduziu-se o tratamento ambulatorial da doença por meio dos dispensários de lepra que foram implantados em todo o país (PENNA, 1994). Em 1956 implantou-se a Campanha Nacional Contra a Lepra e iniciou-se o processo de estadualização do programa. Apesar da eficácia da quimioterapia, o isolamento compulsório só é banido, por lei em 1962, sendo o tratamento quimioterápico oferecido em unidades estaduais de saúde.

Na década de 70, as propostas internacionais de cuidados primários em saúde decorrentes da Conferência de Alma-Ata encontram ressonância na necessidade, no Brasil, de se expandir a cobertura de serviços de saúde para contingentes populacionais excluídos pelo modelo previdenciário da época (CUNHA e CUNHA, 1998). Em 1976, implanta-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), com participação do governo federal no processo de descentralização com a principal finalidade de expandir a rede de serviços de saúde para atendimento das doenças mais comuns (SILVA, 2001). Cria-se a Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária (DNDS)/Ministério da Saúde (MS) em substituição à Campanha Nacional Contra a Lepra. A iniciativa de descentralização das ACH se deu via convênios estabelecidos com as Secretarias Estaduais de Saúde. Tais convênios previam o repasse de recursos e apoio logístico do Ministério da Saúde. Os antigos dispensários foram transformados em centros de saúde e houve transferência de recursos humanos e materiais para o estado e/ou órgãos federais locais. Esse processo, no entanto, não se caracterizou por transferência de poder, que continuava centralizado.

A década de 80 foi marcante tanto para a Reforma Sanitária, quanto para a hanseníase. Em 1984 é criado o Programa das Ações Integradas de Saúde (AIS), envolvendo os Ministérios da Educação e Cultura, Previdência e Assistência Social e Saúde, que reforçava a descentralização, possibilitando a assinatura de convênios entre a União, estados e municípios para o desenvolvimento de ações de saúde pública. Instituíram-se formas colegiadas de

gestão que seriam, posteriormente, substituídas pelos conselhos de saúde. Apesar do aporte de recursos destinados aos municípios via convênios, as AIS não alteravam as condições de gestão, ainda centralizadas (SILVA, 2001). Em 1986, realiza-se a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), que consolidou as grandes diretrizes para a reorganização do sistema de saúde no Brasil (entre elas a descentralização), sendo o SUS promulgado pela Constituição de 1988.

A importância da década de 80 para o controle da hanseníase diz respeito à adoção da PQT pela OMS, padronizando o tratamento e reduzindo drasticamente a duração do mesmo (MACIEL et al, 2003). Apesar de a PQT ter sido recomendada pela OMS em 1982, só é implementada no Brasil em 1986. Andrade (2004) relata ter havido resistência por parte da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária (DNDS) à introdução da PQT no país. Alguns dos argumentos contrários diziam respeito aos efeitos colaterais da medicação, à falta de comprovação, naquele momento, da eficácia da PQT, bem como de sua ação sobre a negatificação baciloscópica, diminuição de resistência bacilar, e impacto sobre a incidência da doença. Após uma avaliação realizada em 1985, que detectou sérias dificuldades operacionais (falta de procedimentos laboratoriais padronizados, deficiência na capacitação de recursos humanos, tratamento com esquemas não padronizados, falta de credibilidade no tratamento por parte dos pacientes), recomendou-se reestruturação dos serviços de hanseníase. A implantação da PQT, mais do que a introdução de um novo esquema medicamentoso seria uma oportunidade para a reorganização dos serviços, ampliando o acesso ao tratamento, com ênfase no acompanhamento dos casos até a alta por cura. As diretrizes para a implantação da PQT no Brasil foram aprovadas em 1986, já sob a perspectiva da reforma sanitária, prevendo a descentralização e integração das ACH na atenção básica (MOREIRA, 2002). A estratégia utilizada foi a introdução gradual da PQT, inicialmente em algumas unidades-piloto, com cuidadoso planejamento, capacitação de pessoal e monitoramento do processo de implantação. Paralelamente, o DNDS implementou outras ações como a identificação de áreas prioritárias, aumento de cobertura pelo programa, capacitação, descentralização administrativa e integração das atividades na atenção básica, organização do sistema de informação e realização de campanhas informativas.

Os esforços de descentralização continuaram na década de 90, como parte as iniciativas para implementar o SUS. As Normas Operacionais Básicas (NOBs) foram o instrumento de regulação do processo de descentralização nesse período, determinando a divisão de

responsabilidade, relação entre gestores e critérios para a transferência de recursos. (LEVCOVITZ, 2001). Diante do contexto de crise econômica, a descentralização passou a ser utilizada como estratégia para racionalizar a oferta de serviços sociais, com a desativação e sucateamento progressivo de serviços e equipamentos municipais e federais. Na hanseníase foram feitos esforços para a descentralização e integração do programa na rede de serviços de saúde. Em 1991, a PQT/OMS foi adotada como o único esquema de tratamento no Brasil, e em 1992, foi estabelecido o tratamento de duração fixa (6 doses em até 09 meses para pacientes PB, e 24 doses em até 36 meses para pacientes MB), independente da negatificação baciloscópica.

Em 1991, durante a Assembléia Mundial de Saúde, a OMS estabeleceu a meta para a eliminação da hanseníase até o ano 2000 (prevalência < 1,0/10.000). Tal iniciativa baseava-se na existência de tratamento altamente eficaz; no desejo de se modificar a atitude de aceitar, passivamente, a hanseníase como um problema perene; e numa tendência decrescente da prevalência em alguns países endêmicos (WHO, 2004). Uma das estratégias chaves para a consecução desta meta seria a descentralização das ações de controle, aumentando o acesso ao diagnóstico e tratamento da hanseníase. Em 1999, verificada a impossibilidade de se atingir a meta proposta para o ano 2000, cria-se a Aliança Global para Eliminação da Hanseníase, formada por países endêmicos (entre eles o Brasil), a OMS, a Fundação Nippon e a Novartis, estendendo o prazo até o ano 2005 (WHO, 2004).

A NOB SUS 01/96, que entra em vigor, de fato, em 1998, amplia o processo de municipalização da saúde, incrementando a responsabilidade de gestão dos governos locais e incentivando a transferência direta de recursos federais para os fundos municipais de saúde. Estabeleceram-se duas formas de habilitação de gestão: plena da atenção básica e plena do sistema de saúde. Levcovitz (2001) resume assim os principais objetivos da NOB SUS 01/96: (1) promover a função gestora do poder público municipal sobre a atenção à saúde de seus habitantes, com redefinição das responsabilidades de estados e da União; (2) caracterizar a responsabilidade sanitária de cada gestor seja na prestação de serviços ou na garantia de referência; (3) reorganizar o modelo assistencial, transferindo aos municípios a responsabilidade pela execução da atenção básica (mas sem especificar as atribuições específicas a ela relacionadas); (4) aumentar o percentual de recursos transferidos fundo a fundo; (5) fortalecer as Comissões Intergestores Tripartites (CITs) e as Comissões Intergestores Bipartites (CIBs) como espaços de pactuação entre gestores; (6) estabelecer

vínculo entre o cidadão e o SUS, por meio do cadastramento da clientela. Para a consecução de tais objetivos, a NOB SUS 01/96 estabelece uma série de medidas tais como (LEVCOVITZ, 2001): (1) elaboração da Programação Pactuada e Integrada (PPI) que traduziria objetivos, metas, responsabilidades, recursos, tetos financeiros; (2) aprimoramento dos sistemas de controle e avaliação, bem como dos bancos de dados; (3) aumento da transferência fundo a fundo; (4) reorganização do modelo de atenção à saúde, tendo como estratégia principal o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Em 1998 as ACH passam a integrar o elenco de procedimentos do piso de atenção básica (PAB), que é um valor calculado por habitante, transferido diretamente aos municípios para o desenvolvimento das ações de atenção básica (SES-RJ, 2001).

Em janeiro de 2001, publica-se a Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS SUS 01/2001, como uma tentativa de superar dificuldades no processo de descentralização, uma vez que a alocação de serviços ainda encontrava-se vinculada à lógica de oferta dos mesmos e não a necessidades epidemiológicas. A rede de serviços do SUS encontrava-se desordenada, com a superposição de ações, e ausência de organização de fluxo de pacientes entre diversos serviços, resultante também da ausência de rede regionalizada organizada e resolutive. Os principais objetivos da Norma foram ampliar a responsabilidade dos municípios na Atenção Básica, com a instituição da Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada (GPABA), e organizar o processo de regionalização da saúde, uma vez que as normas anteriores priorizaram a relação União-municípios em detrimento da discussão do papel das Secretarias Estaduais de Saúde (SES). A norma de 2001 amplia as responsabilidades das SES, propondo a organização de sistemas compostos por um conjunto de municípios, e delegando às SES o papel de coordenação dos mesmos. A “regionalização de serviços” visava à organização do fluxo de pacientes entre os diversos níveis de atenção, principalmente quando houvesse necessidade de atendimento em outro município. Em relação aos municípios, a habilitação na GPABA exige a responsabilização pelos serviços básicos, incluindo “o controle da tuberculose, hanseníase, hipertensão arterial, diabetes e o desenvolvimento de programas de atenção à saúde da criança, da mulher e bucal para os seus municípios” (SILVA, 2001, p.80). As ACH previstas pela NOAS SUS 01/2001 incluem: a) busca ativa de casos (identificação de sintomáticos dermatológicos entre usuários); b) diagnóstico clínico de casos (exame de sintomáticos dermatológicos e comunicantes de

casos, classificação operacional dos casos); c) cadastramento dos portadores (alimentação e análise dos sistemas de informação); d) tratamento supervisionado dos casos (acompanhamento ambulatorial e domiciliar, avaliação dermato-neurológica, fornecimento de medicamentos, curativos, atendimento de intercorrências); e) controle das incapacidades físicas (avaliação e classificação das incapacidades físicas, aplicação de técnicas simples de prevenção e tratamento de incapacidades, atividades educativas); f) medidas preventivas (pesquisa de comunicantes, divulgação de sinais e sintomas da hanseníase, prevenção de incapacidades físicas, atividades educativas).

2.2.4 AS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE BETIM/MG

Em 2002, a rede de saúde de Betim era composta por 21 unidades básicas de saúde (UBS), 04 unidades de atendimento imediato (UAI), 10 centros de atendimento em especialidades, 02 unidades hospitalares municipais e 01 unidade hospitalar estadual (BETIM, 2002). Em 2004 foram implantadas 02 unidades de Programa de Saúde da Família (com 02 equipes de PSF em cada uma delas).

A cidade tem tradição na assistência e controle da hanseníase pela presença da Colônia Santa Izabel, inaugurada em 1931. A Unidade Básica de Saúde Citrolândia, administrada pela Secretaria Estadual de Saúde até 1992, foi pioneira na implantação da poliquimioterapia em Minas Gerais, sendo local de treinamento na década de 80. Além dessa unidade, 02 outras, também administradas pela Secretaria Estadual de Saúde, ofereciam tratamento de hanseníase⁴. Assim, diferentemente de outros municípios, Betim já possuía uma infraestrutura e alguns profissionais capacitados quando da municipalização. Em 1998 realizou-se capacitação em ações de controle da hanseníase, envolvendo profissionais de todas as unidades básicas de saúde do município, com o objetivo de descentralizar as ACH⁵. Ao contrário do esperado, esse esforço não se converteu em maior número de unidades desenvolvendo essas ações. Em 2001 iniciou-se processo de novas capacitações e acompanhamento dos serviços para implantação das ACH. No final de 2001, 19 das 21

⁴ BETIM. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Secretaria de Saúde no período de 1989 a 1992*. 1992. Mimeografado.

⁵ BETIM. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Modelo Assistencial para o Município de Betim*. 1998. Mimeografado.

unidades básicas de saúde possuíam equipes treinadas, sendo que 11 delas já haviam acompanhado pelo menos 01 pessoa com hanseníase em PQT. Em agosto de 2005, todas as unidades básicas de saúde e 02 equipes de PSF tinham pelo menos 01 profissional de nível superior capacitado em hanseníase. Dezenove unidades básicas de saúde tinham condição de acompanhar pessoas em PQT, e 15 delas já haviam acompanhado pelo menos uma⁶.

A UBS Citrolândia foi formalizada enquanto Centro Colaborador de Referência em Hanseníase em 2002, após discussão com a equipe, gerência da unidade, Secretaria Municipal de Saúde de Betim e Secretaria Estadual de Saúde. O papel exercido pelos profissionais dessa unidade mudou. Com a descentralização das ações, seu papel na assistência direta às pessoas com hanseníase diminuiu, e instituíram-se novas responsabilidades, como a capacitação, supervisão e apoio técnico a profissionais de outras UBS. Estabeleceu-se um fluxo de referência e contra-referência, onde o atendimento a casos suspeitos de hanseníase é priorizado em todas as unidades com atendimento de dermatologia, e o agendamento de casos com reações hansênicas ou outras intercorrências é feito diretamente no centro de referência por telefone.

A capacitação em ACH da maioria dos profissionais das UBS foi feita em cursos com carga horária de 16 horas, realizados no próprio município. Algumas equipes foram capacitadas em cursos promovidos no Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (HEM/FHEMIG) ou Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC/UFMG). Além dessas capacitações, os profissionais são convidados a participar de reuniões clínicas mensais onde, após a discussão de casos clínicos previamente agendados pelas equipes das UBS, um tema é apresentado e debatido para atualização dos profissionais. Apesar de não se ter conseguido estabelecer uma equipe de supervisão para realizar essa atividade sistematicamente, a referência técnica em hanseníase se encarregava de acompanhar as equipes na implantação das ações de controle de hanseníase, com a discussão do fluxo dentro da unidade e atendimento conjunto dos pacientes nas novas unidades como forma de treinamento em serviço. Foi realizado, ainda, um curso de prevenção de incapacidades em hanseníase, com carga horária de 20 horas, enfocando a execução do exame neurológico simplificado e a identificação de reações e neurites. O público alvo dessa capacitação era

⁶ BETIM. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Atividades de 2005*. 2006. Mimeografado.

principalmente (mas não exclusivamente) enfermeiros que já possuíam alguma experiência no atendimento à pessoa com hanseníase.

Além da capacitação em ACH, foram realizados módulos de sensibilização com duração de 4 horas. Esse módulo tinha como público alvo profissionais da saúde de qualquer categoria, agentes comunitários de saúde, empresas e a comunidade em geral.

Foi elaborado um protocolo para o atendimento da pessoa com hanseníase no município de Betim⁷. O protocolo apresenta as normas vigentes para o tratamento da hanseníase, além de fluxos específicos do município. Foi apresentado e discutido com todos os profissionais interessados, mas não foi reproduzido e distribuído a todas as unidades de saúde.

2.3 AVALIAÇÃO

Existe uma diversidade de definições de avaliação. Contandriopoulos et al (1997) definem avaliar como “(...) fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões.” (p.31) A intervenção é entendida como um “conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática.” (p.31). A avaliação de programas é entendida como o uso de procedimentos para investigar sistematicamente a efetividade de programas de intervenção social. Supõe a descrição da situação atual de um programa em comparação com determinados critérios ou padrões, com o objetivo de melhorá-los em todos os aspectos (planejamento, implementação, gerenciamento e resultados). Vários aspectos podem ser investigados, tais como o problema que o programa busca resolver, a justificativa para implementá-lo ou modificá-lo, as possíveis intervenções, a população alvo, a qualidade dos serviços prestados, a efetividade das intervenções e a relação custo-benefício (ROSSI, 1999).

⁷ BETIM. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Protocolo de assistência à pessoa com hanseníase*. 2003. Mimeografado.

Existem dois tipos de avaliação. A **pesquisa avaliativa** consiste na utilização de um procedimento científico para examinar as relações existentes entre os diferentes componentes de uma intervenção. Realizam-se, basicamente, seis tipos de análise: estratégica, da intervenção, da produtividade, dos efeitos, do rendimento e da implantação. Geralmente não é executada pelos responsáveis pelas intervenções, por exigir maior grau de perícia metodológica e teórica. A **avaliação normativa** tem como finalidade principal instrumentalizar o gerente no exercício de suas funções habituais. Os componentes de uma intervenção são estudados em relação a normas e critérios existentes, derivados de resultados de pesquisas ou de especialistas na área. Pressupõe-se que exista uma forte relação entre o respeito a critérios e normas, e os efeitos reais da intervenção. Compreende três esferas (PORTELA, 2000; ACÚRCIO, 1998; CONTANDRIOPOULOS et al, 1997,) com base nos trabalhos de Donabedian (1990).

A primeira esfera da avaliação normativa é a **apreciação da estrutura**. Consiste na comparação dos recursos da intervenção (quantidade e qualidade) e sua organização com critérios e normas. No componente estrutura, incluem-se recursos materiais, humanos, financeiros e características organizacionais utilizados na provisão de cuidados. Fundamenta-se na idéia de que a estrutura é pré-condição para a oferta de um cuidado de qualidade (ACÚRCIO, 1998). A apreciação de estrutura, isoladamente, é a que oferece menos informação sobre a qualidade da atenção à saúde, mas pode ser importante para complementar informações de processo e de resultado (PORTELA, 2000). Nesse sentido, deve-se ter o cuidado de não confundir a capacidade de um serviço gerar assistência de qualidade, com a qualidade de fato desenvolvida.

Uma segunda esfera é a **apreciação do processo**, que visa avaliar em que medida os serviços são adequados para alcançar resultados propostos. Parte do pressuposto de que se o processo é adequadamente conduzido (“se todos fazem o que é considerado correto”), maior é a probabilidade da obtenção de bons resultados (ACÚRCIO, 1998). É composta por três dimensões (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997): a técnica (avalia a adequação dos serviços às necessidades), as relações interpessoais (avalia a interação entre clientes e produtores de cuidado), e organizacional (acessibilidade, cobertura, globalidade, continuidade de cuidados e de serviços). Portela (2000) enfatiza a importância de se estabelecer relações causais entre o processo de atenção à saúde e os resultados obtidos sobre a saúde da população em uma avaliação de qualidade de um serviço. Reconhece, no entanto, que nem sempre é possível

obter evidência científica que consolide um elo causal entre processo e resultados. Nesse caso, deve-se considerar a opinião de especialistas quanto ao que seja uma prática de boa qualidade.

A terceira esfera diz respeito à **apreciação de resultados**, que são as conseqüências da assistência sobre a saúde de quem a recebe. Essa é a esfera que realmente capta mudanças no estado de saúde de uma população. Comparam-se os resultados obtidos com os esperados. Portela (2000) aponta duas dificuldades para se realizar essa comparação: a) dificuldade em medir o resultado em si, visto que alguns efeitos só serão observados em longo prazo, e nem sempre há clareza quanto às respostas mais relevantes; b) a causalidade, ou seja, a atribuição do resultado observado ao(s) cuidado(s) em questão.

A avaliação pode também ser classificada como formativa ou somativa (ROSSI, 1999). A avaliação é dita **formativa** quando os achados são utilizados para melhorar o desempenho de um programa, podendo ser realizada ainda na fase de planejamento, ou após seu funcionamento para otimizá-lo. A avaliação é dita **somativa** quando é conduzida para determinar o valor do desempenho de um programa, a eficiência do gerenciamento de recursos, e os resultados produzidos em relação às metas propostas. As informações geradas podem ser determinantes da continuidade ou não do programa, da alocação de recursos ou de sua reestruturação.

É importante se ter clareza da pergunta que se quer responder para determinar a abordagem metodológica a ser utilizada. Nesse sentido, a avaliação pode ser:

- a) Avaliação de necessidade: verificam-se a natureza, magnitude e distribuição do problema que se quer abordar e a necessidade de um programa de intervenção, sendo freqüentemente o primeiro passo no desenvolvimento de um programa;
- b) Avaliação do programa teórico: avalia os pressupostos teóricos e as expectativas de como o programa deve funcionar;
- c) Avaliação de processo (monitoramento): aborda questões relativas à operacionalização, implementação e oferta de serviços, como a congruência dos serviços ofertados com as metas do programa, a organização desta oferta, gerenciamento e uso de recursos;
- d) Avaliação de impacto: aborda questões relativas ao impacto e aos resultados de determinado programa, com o objetivo de estabelecer até que ponto o programa produziu as melhorias previstas, e se houve “efeitos colaterais”;
- e) Avaliação de eficiência: aborda o custo e o custo-benefício.

Alguns instrumentos utilizados para a coleta de dados são: observação (participativa ou não), consulta a documentos (relatórios, prontuários, sistemas de informação), entrevistas individuais ou grupais com profissionais ou clientela.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o cuidado à pessoa com hanseníase quanto à prevenção de incapacidades, no sistema de atenção básica do município de Betim/MG em um contexto de descentralização.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever o perfil dos casos novos de hanseníase notificados e residentes em Betim, no período de 1995 a 2005;
- b) Verificar a relação existente entre o período de notificação (pré e pós descentralização) e variáveis sócio-demográficas e clínicas;
- c) Comparar os indicadores epidemiológicos selecionados em unidades que já desenvolviam as ACH com aquelas que passam a desenvolvê-las após a descentralização;
- d) Descrever a percepção dos trabalhadores de saúde de Betim sobre o processo de descentralização das ações de controle da hanseníase;

- e) Discutir os resultados encontrados em relação ao disposto nas normas e documentos relativos ao processo de descentralização das ações de controle da hanseníase no município de Betim (horizontalização de um programa vertical).

4 MÉTODOS

4.1 POPULAÇÃO

Os sujeitos da pesquisa dividem-se em dois grupos:

- a) O componente qualitativo do estudo incluiu 10 profissionais de saúde efetivos ou contratados pela Secretaria Municipal de Saúde de Betim ou FHEMIG, que desenvolvem ações de controle da hanseníase em unidades de saúde do município.

- b) O componente quantitativo do estudo incluiu os casos de hanseníase notificados ou residentes no município de Betim/MG no período de 1995 a 2005. Essa população foi descrita e analisada de acordo com o diagrama apresentado na Figura 3.

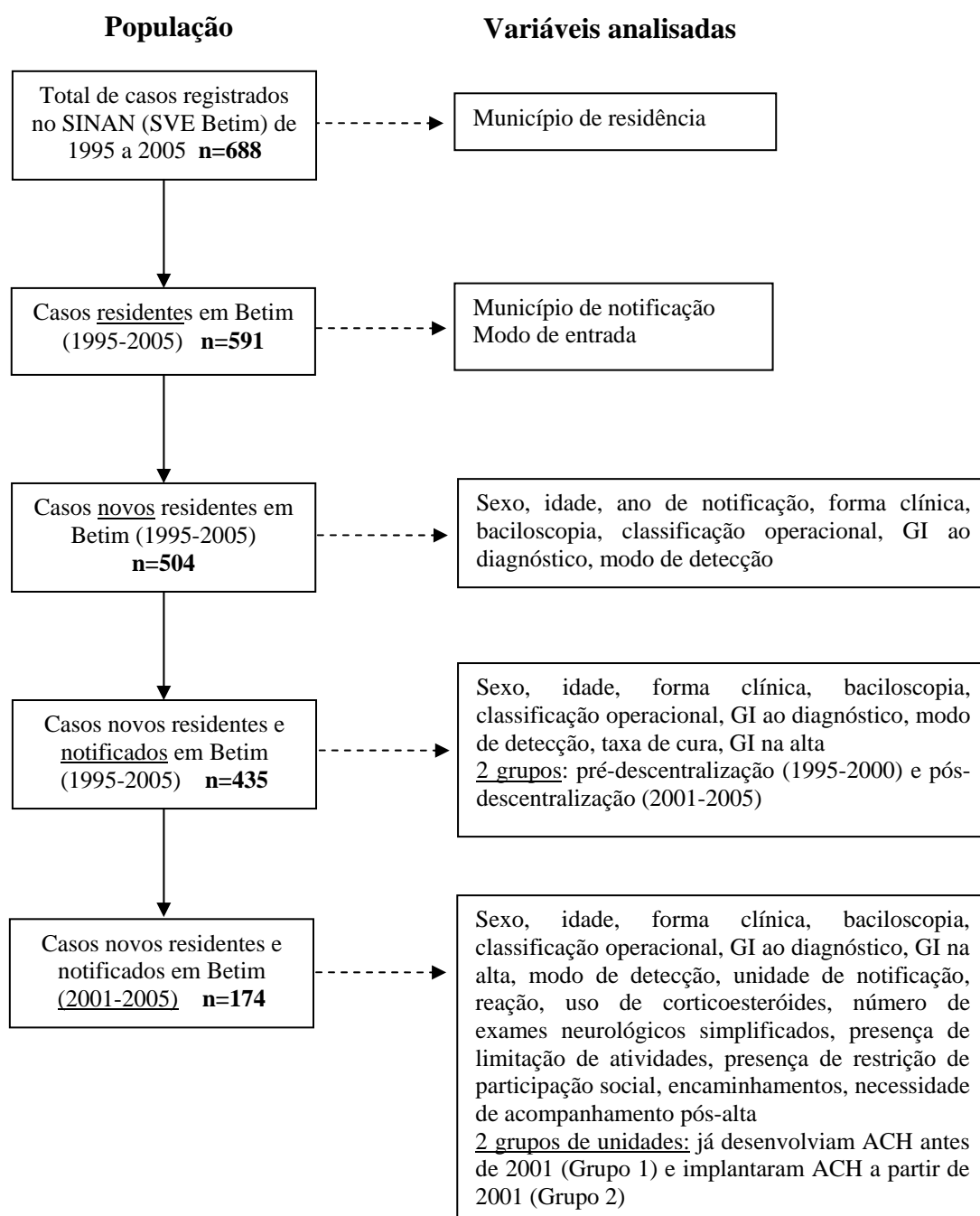


FIGURA 3 – Descrição da população estudada no componente quantitativo do estudo

4.2 DESENHO

Trata-se de um estudo retrospectivo, quanti-qualitativo, descritivo da descentralização das ações de controle da hanseníase no município de Betim-MG, com enfoque nas atividades que visam prevenir incapacidades, a saber: diagnóstico precoce, tratamento com PQT, vigilância de contatos, detecção e tratamento de reações e neurites.

4.3 VARIÁVEIS

- a) Sexo
- b) Idade (anos): as faixas etárias utilizadas foram: 0 a 14 anos; 15 a 29 anos; 30 a 44 anos; 45 a 59 anos; acima de 59 anos.
- c) Município de residência: codificado de acordo com a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e categorizado em *residentes* e *não-residentes* em Betim.
- d) Município de notificação: codificado de acordo com classificação do IBGE, e categorizado em *notificados* e *não-notificados* em Betim.
- e) Unidade de notificação: codificada de acordo com Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); categorizada em unidades que já realizavam as ACH antes de 2001 (*Grupo 1*) e unidades que implantaram as ACH a partir de 2001 (*Grupo 2*).
- f) Ano de notificação: categorizada em dois períodos (1995-2000 e 2001-2005)
- g) Forma clínica: categorizada de acordo com a classificação de Madri (*indeterminada, tuberculóide, dimorfa, virchowiana*)
- h) Classificação operacional: categorizada em *paucibacilar* e *multibacilar*
- i) Grau de incapacidade ao diagnóstico: categorizada em 0, 1, 2 de acordo com o proposto pelo MS
- j) Modo de detecção: categorizada em *encaminhamento, demanda espontânea, exame de coletividade, exame de contatos, outros modos*.
- k) Baciloscopia: categorizada em *não realizada, positiva e negativa*

-
- l) Número de contatos registrados: número de contatos intradomiciliares registrados na ficha de notificação, na ficha de arquivo rotativo ou no prontuário.
 - m) Número de exames neurológicos simplificados: número de exames neurológicos simplificados registrados em prontuário durante a PQT
 - n) Relato de reação durante o tratamento: qualquer episódio de reação (tipo 1 ou tipo 2) ou neurite registrado em prontuário durante a PQT
 - o) Tempo de uso de corticoesteróides: número de meses de prescrição de corticoesteróides registrado em prontuário durante o tratamento com PQT.
 - p) Relato de limitação de atividades: considerou-se qualquer descrição de dificuldade em realizar atividades registrada em prontuário durante a PQT
 - q) Relato de restrição de participação social: considerou-se qualquer episódio de restrição de participação social ou de intercorrência psico-afetiva atribuída ao diagnóstico de hanseníase (e.g. depressão, ansiedade, e condições semelhantes) registrados em prontuário durante a PQT
 - r) Data da alta
 - s) Grau de incapacidade na alta: categorizada em 0, 1, 2 de acordo com o proposto pelo MS
 - t) Contatos examinados: número de contatos examinados durante ou após a PQT.

4.4 INDICADORES

Além dos indicadores propostos pela *International Federation of Anti-Leprosy Associations* (ILEP) e parâmetro estabelecidos pelo MS (Anexo B), foram utilizados os seguintes indicadores relacionados especificamente à evolução das incapacidades físicas:

- a) Evolução do grau de incapacidade: comparou-se o grau de incapacidade no diagnóstico e na alta por cura; categorizada em *piora*, *inalterado*, *melhora*. Foram excluídos os indivíduos portadores de diabetes ou outras patologias que pudessem interferir no resultado do exame neurológico simplificado.
- b) Evolução de incapacidades nos olhos: foram utilizados os dados de prontuário para comparar a situação no diagnóstico com a situação na alta no que diz respeito à presença ou não de incapacidades nos olhos (alteração de sensibilidade, força muscular e/ou acuidade visual); categorizada em *piora*, *inalterado*, *melhora*. Foram excluídos os indivíduos portadores de diabetes ou outras patologias que pudessem interferir no resultado do exame neurológico simplificado.
- c) Evolução de incapacidade nas mãos: foram utilizados os dados de prontuário para comparar a situação no diagnóstico com a situação na alta no que diz respeito à presença ou não de incapacidades nas mãos (alteração de sensibilidade, diminuição de força muscular, garras, úlceras); categorizada em *piora*, *inalterado*, *melhora*. Foram excluídos os indivíduos portadores de diabetes ou outras patologias que pudessem interferir no resultado do exame neurológico simplificado.
- d) Evolução de incapacidade nos pés: foram utilizados os dados de prontuário para comparar a situação no diagnóstico com a situação na alta no que diz respeito à presença ou não de incapacidades nos pés (alteração de sensibilidade, diminuição de força muscular, garras, úlceras, pé caído); categorizada em *piora*, *inalterado*, *melhora*. Foram excluídos os indivíduos portadores de diabetes ou outras patologias que pudessem interferir no resultado do exame neurológico simplificado.

4.5 FONTE DE DADOS

4.5.1 DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (DATASUS)

O DATASUS, de âmbito nacional, é responsável pela manutenção de bases de dados, apoio e consultoria necessários ao processo de planejamento, operação e controle do SUS. Oferece aos usuários, no *site* www.datasus.gov.br informações relacionadas à saúde e produtos e prestação de serviços de informática. Apresenta indicadores e dados que caracterizam o quadro sanitário no país. Nesse estudo, foram utilizados os dados de população residente (total e por faixas etárias) para o cálculo das taxas.

4.5.2 SISTEMA NACIONAL DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN)

Os dados do SINAN foram obtidos junto ao Serviço de Vigilância à Saúde (SVS) / Serviço de Vigilância Epidemiológica (SVE) da Secretaria Municipal de Saúde de Betim.

Para minimizar os possíveis erros, por se tratar de dados secundários, foi feita a correção destes usando como referência as cópias impressas das notificações que se encontravam arquivadas no SVE da SMS de Betim. Foram localizadas as notificações de 1998 a 2005. Como as notificações de 1995 a 1997 não foram localizadas, não foi possível realizar a atualização dos dados desse período.

4.5.3 PRONTUÁRIOS

Foi realizado levantamento de dados nos prontuários dos casos novos residentes notificados de 2001 a 2005 em Betim (vide instrumento Apêndice A). O instrumento visava obter informações sobre a detecção e tratamento de reações e neurites, realização do exame neurológico simplificado, identificação e tratamento de incapacidades, vigilância de contatos, referência a outros serviços, além de confirmar/atualizar os dados de acompanhamento presentes no SINAN. Dos 174 casos, foram localizados 168 prontuários.

4.5.4 GRUPO FOCAL:

O grupo focal é um instrumento para coleta de dados em estudos qualitativos. Uma de suas premissas é que atitudes e percepções não são desenvolvidas isoladamente, mas resultam da interação com outras pessoas (MORSE & FIELD, 1995). A especificidade deste instrumento de pesquisa é a coleta de opiniões e valores dos entrevistados, diferentemente da observação que focaliza mais os comportamentos e as relações. (MINAYO, 1994). Geralmente conta com 8 a 12 participantes que discutem um tema pré-estabelecido sob a coordenação de um moderador, que tem a função de promover a participação e interação entre os indivíduos, o aprofundamento da discussão e de garantir que a mesma permaneça dentro do tópico proposto. O moderador pode atuar de forma mais, ou menos diretiva, de acordo com o objetivo da pesquisa. Frequentemente, inicia-se a discussão com perguntas mais gerais, passando depois para perguntas mais específicas. A maior ou menor diretividade não influenciam a qualidade dos dados obtidos a partir de um grupo focal (STEWART e SHAMDASANI, 1990).

Os grupos focais podem ser utilizados em qualquer etapa de um programa de pesquisa, sendo especialmente úteis para pesquisas exploratórias. Nesse caso, podem ser seguidos de outros tipos de pesquisa. São mais comumente utilizados para: (1) obter informações gerais sobre um tópico de interesse; (2) gerar hipóteses para pesquisa que podem ser, posteriormente, submetidas a pesquisas com estudos complementares e/ou abordagens quantitativas; (3) estimular novas idéias; (4) diagnosticar potenciais problemas ou obter impressões sobre programas, serviços, produtos ou outros objetos de interesse; (5) conhecer como respondentes falam sobre o fenômeno de interesse, o que pode facilitar a elaboração de questionários, instrumentos de *survey*, ou outros instrumentos de pesquisa; (6) interpretar dados quantitativos obtidos anteriormente (MINAYO, 1994, STEWART e SHAMDASANI, 1990).

Como qualquer instrumento, o grupo focal apresenta vantagens e limitações, devendo ser utilizado de forma adequada, respeitando-se os objetivos para os quais foi desenvolvido.

Algumas das vantagens da utilização de grupos focais são: (1) a obtenção de dados de forma rápida e a menor custo do que se cada participante fosse entrevistado separadamente; (2) o contato direto entre o pesquisador e os respondentes, o que permite o esclarecimento de respostas ou aprofundamento das mesmas com novas perguntas, a observação de respostas

não-verbais que podem complementar, ou até mesmo contradizer a informação verbal; (3) a possibilidade de se obter uma quantidade significativa de informação com a utilização de palavras dos próprios respondentes (ao contrário de instrumento que utilizam perguntas fechadas); (4) o efeito sinérgico da interação entre os participantes que pode resultar na produção de informações que não surgiriam em entrevistas individuais; (5) a flexibilidade que permite o exame de uma grande variedade de tópicos, com uma variedade de indivíduos, em uma variedade de locais; (6) a possibilidade de se obter informações de crianças ou de pessoas com baixo nível de escolaridade; (7) a facilidade de compreensão dos resultados dos grupos focais. Pesquisas mais sofisticadas do tipo *survey* exigem análises estatísticas complexas (STEWART e SHAMDASANI, 1990).

Muitas das limitações dos grupos focais são simplesmente o lado negativo das vantagens listadas acima: (1) a limitação da possibilidade de generalização dos resultados obtidos para a população em geral, devido ao número pequeno de participantes e à forma de recrutamento (geralmente por conveniência); (2) os possíveis efeitos da interação entre os participantes e com o moderador (os participantes deixam de ser independentes um do outro, o que limita a generalização dos resultados, e esses resultados podem ser influenciados por um dos membros do grupo); (3) a natureza das respostas (abertas, livres) pode dificultar o resumo e interpretação dos resultados; (4) a possibilidade de o moderador influenciar os resultados, consciente ou inconscientemente, na condução da discussão ou oferecendo “pistas” sobre quais sejam as respostas desejáveis (STEWART e SHAMDASANI, 1990).

Em geral, a utilidade e validade dos dados obtidos no grupo focal são afetadas pelo nível de conforto – influenciado por fatores intrapessoais, interpessoais e ambientais – que os participantes sentem em comunicar abertamente suas idéias, pontos de vista ou opiniões. Por esse motivo, a seleção dos participantes, geralmente, é feita de modo a se obter um grupo relativamente homogêneo (MORSE & FIELD, 1995).

No presente estudo, doze profissionais foram convidados a participar do grupo focal, tendo dez comparecido no dia agendado (05/12/2006). Buscou-se compor o grupo com gerentes e profissionais de diferentes categorias, oriundos de diferentes unidades de saúde, e que estivessem desenvolvendo as ações de controle da hanseníase em suas unidades. Participaram profissionais das seguintes categorias: clínica médica, enfermagem, serviço social e terapia ocupacional. O grupo foi moderado pela Profa. Dra. Mariângela Leal Cherchiglia, tendo a

mestranda Priscila Leiko Fuzikawa participado como observadora. O roteiro proposto para a discussão encontra-se no Apêndice B.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos foram coletados no período de fevereiro a agosto de 2006. Os dados coletados dos prontuários foram digitados em um banco de dados no programa EPI-INFO, versão 3.3.2 (2005). A análise foi realizada utilizando o programa SPSS 12.0 (*Statistical Package for Social Sciences*, 2003). Inicialmente realizou-se análise descritiva das variáveis estudadas e dos indicadores selecionados. Posteriormente, realizou-se análise univariada para verificar a relação existente entre: a) o período de notificação e as variáveis sócio-demográficas e clínicas; b) a unidade de notificação e as variáveis sócio-demográficas e clínicas. Para a avaliação estatística de associação utilizou-se o teste do qui-quadrado ou o teste exato de Fisher, quando indicado, sendo adotado o nível de significância de 5%. Para comparação das médias de idade, utilizou-se o teste t de Student.

As variáveis baciloscopia e grau de incapacidade na alta apresentaram uma proporção de casos sem informação (*missing*) de 24,6% e 44,8%, respectivamente, entre os casos novos residentes tratados em Betim. Verificou-se que não havia diferença estatisticamente significativa entre os casos com e sem informação dessas duas variáveis no que diz respeito à distribuição por sexo, idade, forma clínica, classificação operacional e grau de incapacidade no início do tratamento. Portanto, foi considerado que o mecanismo que causou os *missing* foi completamente aleatório (*missing completely at random*), e os dados existentes foram considerados representativos de todo o grupo.

Após a transcrição integral, realizou-se análise temática do conteúdo da discussão do grupo focal com utilização do *software* NVivo, versão 7.0.274.0 (2006). A transcrição foi codificada tendo como unidade de registro o tema, considerando os temas mais frequentes como mais relevantes. Os temas foram então agregados utilizando categorias presentes no roteiro para o grupo focal (fatores que facilitam/dificultam o processo de descentralização, qualidade da assistência pré e pós-descentralização, fatores que dificultam a assistência, processo de trabalho) e categorias não existentes previamente, que surgiram durante a discussão (e.g. trabalho futuro).

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Conforme o que estabelece a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais pelo parecer número ETIC 0013/06 (Anexo C). O projeto foi discutido com representantes da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, sendo sua execução autorizada pelo Secretário Municipal de Saúde.

Os participantes do grupo focal assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice C). Para resguardar a confidencialidade dos mesmos, as fitas foram desgravadas depois de transcritas, e os resultados foram apresentados de forma agregada, sem menção do nome de qualquer um dos participantes.

4.8 LIMITAÇÕES

As principais limitações desse estudo são:

- a) a utilização de dados secundários, principalmente no caso dos prontuários que muitas vezes são limitados em relação à quantidade e qualidade das informações neles contidas;
- b) o fato de o estudo de prontuários ter se restringido ao período pós-descentralização;
- c) o número pequeno de casos, principalmente no período pós-descentralização;
- d) o não desenvolvimento do componente qualitativo do estudo com **usuários** dos serviços de saúde de Betim.

5 RESULTADOS

5.1 ANÁLISE DESCRITIVA – COMPONENTE QUANTITATIVO

Foram registrados 688 casos de hanseníase no SINAN Betim no período de 1995 a 2005. Desses, 85,9% (n = 591) residiam em Betim e 14,1% (n = 97) residiam em outros municípios mas foram notificados em Betim. Os casos não residentes procediam de 33 diferentes municípios mineiros. Os municípios que tiveram maior número de residentes notificados em Betim foram Belo Horizonte, Contagem e Igarapé.

Dos 591 casos residentes em Betim, 87% (n = 514) foram notificados no próprio município e 13% (n=77) foram notificados em outro município, sendo que 79,2% (n=61) destes foram notificados em Belo Horizonte.

Dos 591 casos residentes em Betim, 504 (85,3%) eram casos novos, tendo o restante sido notificado como outras formas de entrada (n=87). A Figura 4 apresenta a evolução da taxa de detecção de casos novos de hanseníase em Betim de 1995 a 2005. Observa-se que a taxa tem diminuído a partir de 1995, quando era de 2,61/10.000. A tendência mostra-se decrescente, apesar de ter havido aumento nos anos de 1997, 2000 e 2002. A taxa, em 2005, atinge o menor valor no período (0,66/10.000). A taxa de detecção na população masculina foi igual ou superior à taxa na população feminina, com exceção de 1999, 2002 e 2005. Os anos de 1999 e 2000 chamam a atenção, pois houve uma diferença maior entre os valores encontrados para o sexo masculino e feminino, ao contrário dos demais anos, quando esses valores estavam bem próximos àqueles encontrados para a população como um todo.

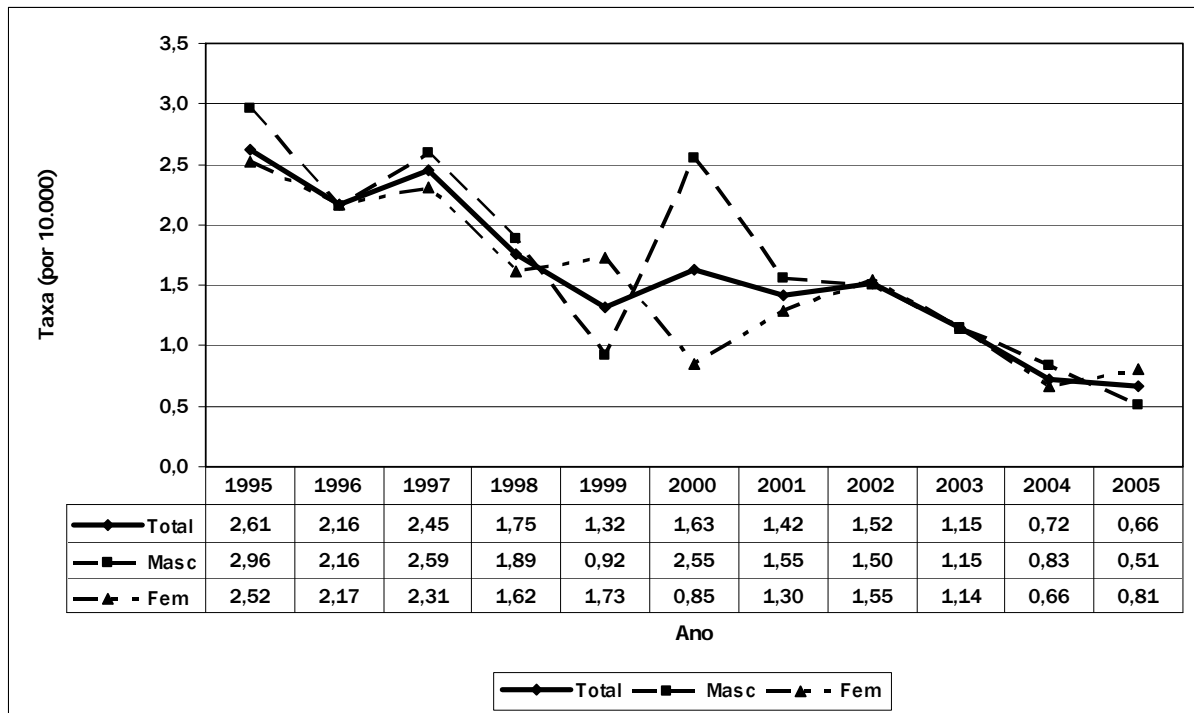


FIGURA 4 – Taxa de detecção de casos novos de hanseníase, total e por sexo, Betim/MG – 1995-2005

Fonte: SINAN e IBGE

A Figura 5 apresenta a taxa de detecção de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos no período estudado. Houve períodos de tendência decrescente (1996-1999 e 2002-2005), e outros de tendência crescente (1999-2002). O valor máximo foi de 0,47/10.000 em 1996 e o mínimo de 0,08/10.000 em 2005. Entre 1995 e 2005 houve redução de 80% nessa taxa.

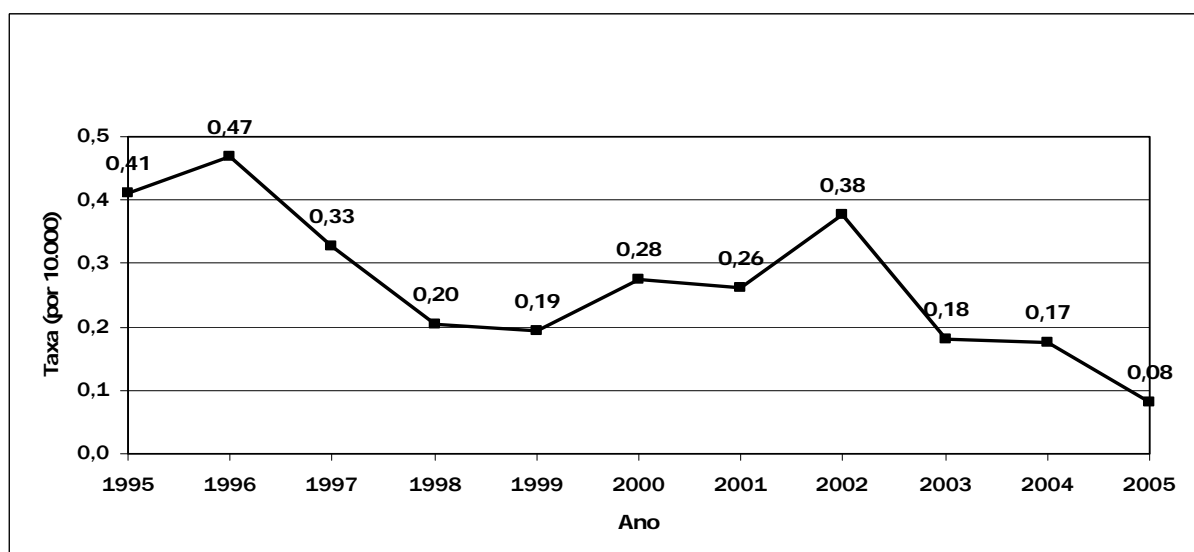


FIGURA 5 – Taxa de detecção de casos novos de hanseníase em <15 anos, Betim/MG – 1995-2005

Fonte: SINAN e DATASUS

A Figura 6 apresenta a proporção de casos novos diagnosticados com GI=1 ou GI=2. Verifica-se que a porcentagem de casos com GI=1 atinge aproximadamente 30% em 1997 e 1998. Em 1999 a porcentagem cai para 20%, mas volta a atingir níveis anteriores em 2000/2001. Aumenta ainda mais nos anos de 2002-2004, atingindo 37%. Em 2005 essa porcentagem cai para 25%. A porcentagem de casos com GI=2 varia de 8,0 a 19,2% no período de 1995 a 2000. A partir de 2001, as proporções são menores, chegando a zero em 2005.

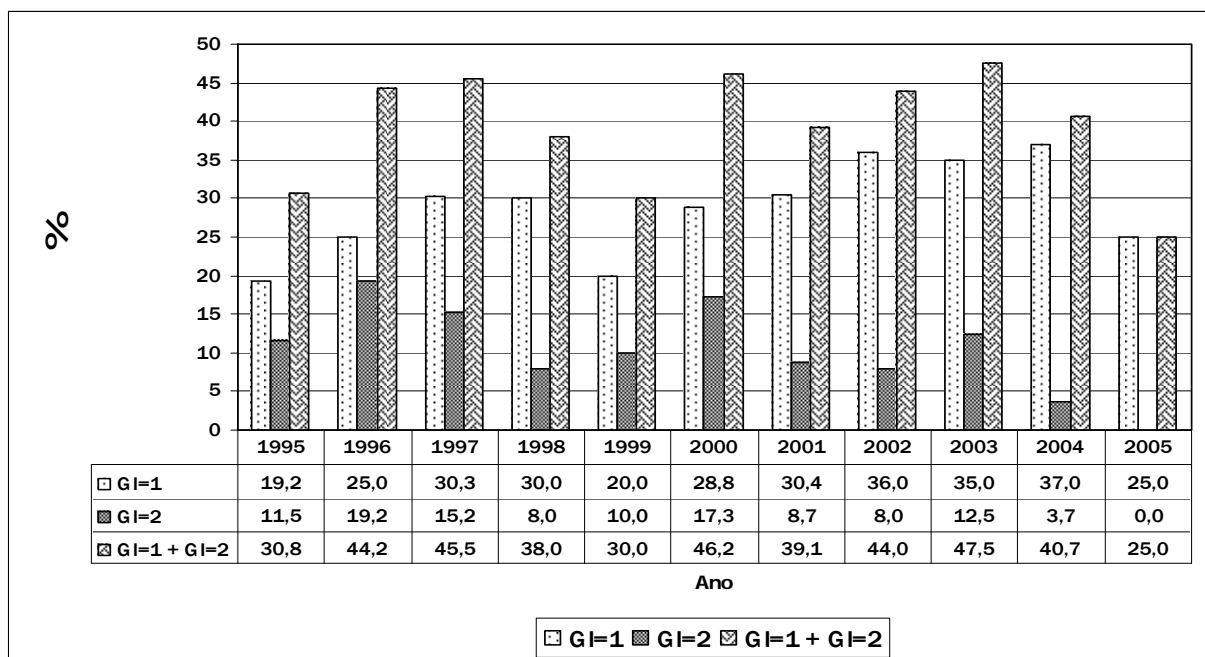


FIGURA 6 – Proporção de casos novos de hanseníase diagnosticados com GI=1 ou GI=2, Betim/MG – 1995-2005

Fonte: SINAN e prontuários

A Tabela 1 apresenta a distribuição das principais características sócio-demográficas e clínicas dos casos novos residentes em Betim. 52,6% (n=265) eram do sexo masculino e 47,4% (n=239), do sexo feminino. A média de idade foi de 40,1 anos ($\pm 17,2$). A maior proporção de casos encontra-se na faixa etária de 30 a 44 anos.

Quanto à forma clínica, 62,9% (n= 317) dos casos foram classificados como dimorfos. 6,3% foram classificados como indeterminados, 11,9% como tuberculóides e 18,8% como virchowianos. Quanto à classificação operacional, 81,7% foram classificados como multibacilares. Dos casos que tinham baciloscopia realizada, 40,9% tinham resultado positivo.

499 casos (99%) tinham informação sobre o grau de incapacidade no diagnóstico. Do total de casos, 59,3% eram grau 0, 28,4% eram grau 1 e 11,3% eram grau 2.

Quanto ao modo de detecção 47,0% (n=237) foram notificados após encaminhamento e 41,9% (n=211) por demanda espontânea.

TABELA 1 – Distribuição dos casos novos de hanseníase residentes em Betim/MG, de acordo com características sócio-demográficas e clínicas – 1995-2005 (n=504)

Características	n	(%)
Sexo		
Masculino	265	(52,6)
Feminino	239	(47,4)
Idade em anos (media = 40,1 anos, $\pm 17,2$)		
0 a 14	29	(5,8)
15 a 29	129	(25,6)
30 a 44	144	(28,6)
45 a 59	131	(26,0)
> 59	69	(13,7)
Sem informação	2	(0,4)
Forma clínica		
Indeterminada	32	(6,3)
Tuberculóide	60	(11,9)
Dimorfa	317	(62,9)
Virchowiana	95	(18,8)
Baciloscopia		
Baciloscopia não realizada ou sem informação	130	(25,8)
Baciloscopia realizada	374	(74,2)
Positiva	153	(40,9)
Negativa	221	(59,1)
Classificação operacional		
Paucibacilar	91	(18,1)
Multibacilar	412	(81,7)
Sem informação	1	(0,2)
Grau de incapacidade no diagnóstico		
0	299	(59,3)
1	143	(28,4)
2	57	(11,3)
Não avaliado	5	(1,0)
Modo de detecção do caso novo		
Encaminhamento	237	(47,0)
Demanda espontânea	211	(41,9)
Exame de coletividade	8	(1,6)
Exame de contatos	36	(7,1)
Outros modos	8	(1,6)
Sem informação	4	(0,8)

Fonte: SINAN

Quando comparamos os casos residentes que foram notificados em Betim com os que foram notificados em outros municípios, verificamos que há diferença estatisticamente significativa na distribuição dos casos segundo a baciloscopia e grau de incapacidade ao diagnóstico. Dos casos que foram notificados em Betim e tinham resultado de baciloscopia, 43,0% apresentaram resultado positivo, sendo que essa porcentagem foi de 26,1% nos casos notificados em outros municípios ($p=0,031$). A porcentagem de casos com GI=2 ao diagnóstico foi de 12,8% nos casos notificados em Betim e 2,9% nos casos notificados em outros municípios. Inversamente, os casos notificados em outros municípios apresentaram maior porcentagem de GI=0 (70,6%) do que os casos notificados em Betim (58,2%) ($p=0,014$). As demais variáveis não apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos.

5.1.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO POR PERÍODO

A população de casos novos residentes e notificados em Betim ($n=435$) foi dividida em dois períodos: pré-descentralização (1995-2000) e pós-descentralização (2001-2005). Após a descentralização, a proporção de casos residentes notificados em outros municípios passou de 16,1% para 8,3% ($p = 0,006$). Dos 435 casos novos residentes e notificados em Betim, 261 (60%) foram registrados no período de 1995-2000 e 174 (40%) foram registrados no período de 2001-2005.

Antes da descentralização, os casos não-residentes ($n=57$) procediam de 26 diferentes municípios mineiros. Após a descentralização, os casos não-residentes ($n=40$) procediam de 16 diferentes municípios mineiros. A diferença entre a proporção de casos não-residentes tratados em Betim nos dois períodos não foi estatisticamente significativa, mas percebe-se uma diminuição do número de municípios de onde esses casos procedem.

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos casos nos dois períodos de notificação estudados, de acordo com variáveis sócio-demográficas e clínicas. As características sócio-demográficas (sexo, idade) não apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. A média de idade em cada um dos grupos foi de 40,2 e 40,9 anos respectivamente ($p = 0,707$), e 29,7% ($n = 77$) dos casos notificados antes da descentralização tinham entre 30 e 44 anos. Após a descentralização, 31,0% ($n=54$) dos casos concentravam-se entre 45 e 59 anos. A

proporção de casos em menores de 15 anos foi de 5% (n=13) e 6,9% (n=12) respectivamente nos dois períodos ($p = 0,390$).

Quanto às características clínicas, apenas o grau de incapacidade ao diagnóstico apresentou diferença estatisticamente significativa ($p=0,012$), mostrando proporção menor de casos com GI=2 após a descentralização: de 16,2% pré-descentralização para 7,6% pós-descentralização. A proporção de casos GI=1 aumentou de 25,5% para 34,3% após a descentralização, enquanto a proporção de casos GI=0 permaneceu estável (58%).

Após a descentralização, a proporção de casos com resultado de baciloscopia aumentou de 67% para 87,9% ($p<0,001$). Se considerarmos apenas os casos com baciloscopia realizada (n=328), não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos ($p=0,784$).

Os dois grupos diferem quanto à distribuição de casos de acordo com o modo de detecção dos mesmos ($p=0,002$). 51,9% dos casos (n=135) foi detectado por encaminhamento antes da descentralização. Após a descentralização, 52,0% dos casos (n=89) foi detectado por demanda espontânea. A proporção de casos detectados por exame de contato foi pequena nos dois períodos (6,5 e 5,3%, respectivamente).

Foram registrados 383 contatos no período anterior à descentralização, mas não há dados sobre o número de contatos examinados. Após a descentralização foram registrados 874 contatos, 61,7% dos quais foram examinados (n=539).

TABELA 2 – Distribuição dos casos novos de hanseníase residentes e notificados em Betim/MG nos dois períodos de notificação, de acordo com características sócio-demográficas e clínicas – 1995-2005

Características	1995-2000 (n=261)		2001-2005 (n=174)		Valor p
	n	(%)	n	(%)	
Sexo (n=435)					
Masculino	142	(54,4)	86	(49,4)	0,308
Feminino	119	(45,6)	88	(50,6)	
Idade (n=433)¹					
Média de idade	40,2		40,9		0,707
0 a 14 anos	13	(5,0)	12	(6,9)	0,390
15 a 29 anos	69	(26,6)	38	(21,8)	
30 a 44 anos	77	(29,7)	45	(25,9)	
45 a 59 anos	62	(23,9)	54	(31,0)	
> 59 anos	38	(14,7)	25	(14,4)	
Forma clínica (n=435)					
Indeterminada	17	(6,5)	13	(7,5)	0,565
Tuberculóide	27	(10,3)	24	(13,8)	
Dimorfa	160	(61,3)	106	(60,9)	
Virchowiana	57	(21,8)	31	(17,8)	
Baciloscopia (n=328)¹					
Positiva	74	(42,3)	67	(43,8)	0,784
Negativa	101	(57,7)	86	(56,2)	
Classificação operacional (n=434)³					
Paucibacilar	44	(16,9)	35	(20,2)	0,373
Multibacilar	217	(83,1)	138	(79,8)	
Grau de incapacidade no diagnóstico (n=431)⁴					
0	151	(58,3)	100	(58,1)	0,012
1	66	(25,5)	59	(34,3)	
2	42	(16,2)	13	(7,6)	
Grau de incapacidade na alta (n=240)⁵					
0	73	(73,7)	101	(71,6)	0,869
1	17	(17,2)	28	(19,9)	
2	9	(9,1)	12	(8,5)	
Modo de detecção (n=431)⁶					
Encaminhamento	135	(51,9)	66	(38,6)	0,002 ⁷
Demanda espontânea	101	(38,8)	89	(52,0)	
Exame de coletividade	1	(0,4)	6	(3,5)	
Exame de contatos	17	(6,5)	9	(5,3)	
Outro modos	6	(2,3)	1	(0,7)	

Fonte: SINAN e prontuários

(1) 02 casos sem informação

(2) 105 casos baciloscopia não realizada, 02 casos sem informação sobre baciloscopia

(3) 01 caso sem classificação operacional

(4) 4 casos sem informação sobre GI no diagnóstico

(5) 09 casos em tratamento, 03 casos em abandono, 183 casos sem avaliação de incapacidade na alta

(6) 04 casos sem informação

(7) Teste exato de Fisher

A Figura 7 apresenta a proporção de cura (até junho de 2006) dos casos novos PB e MB residentes e notificados em Betim no período de 1995-2005. Os dados dos casos PB diagnosticados em 2005 e MB diagnosticados em 2004 e 2005 são parciais. Não se observa qualquer tendência em relação à proporção de cura, que oscila durante todo o período. Em vários anos, a proporção de cura nos casos PB é menor do que nos casos MB.

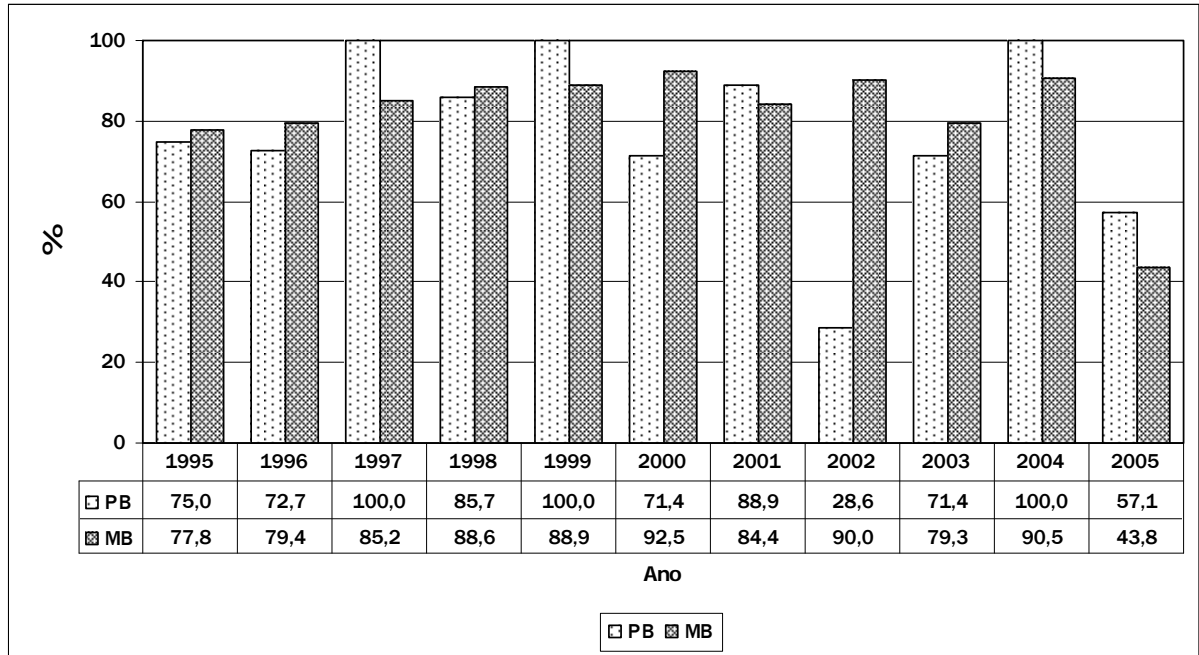


FIGURA 7 – Proporção de cura dos casos novos da hanseníase PB e MB residentes e notificados em Betim/MG – 1995-2005

Fonte: SINAN

5.1.2 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO SEGUNDO GRUPO DE UNIDADES

As unidades que notificaram casos de hanseníase no período de 1995-2005 foram divididas em dois grupos. Denominou-se “Grupo 1” aquelas que desenvolviam ACH antes de 2001. Denominou-se “Grupo 2” aquelas que passaram a desenvolver as ACH a partir de 2001.

No período pré-descentralização apenas as quatro unidades do grupo 1 notificaram casos de hanseníase em Betim. O número de casos notificados em cada uma dessas unidades variou de 29 a 104 casos novos. Duas unidades notificaram casos procedentes de todo o município, enquanto uma notificou casos residentes em sua regional.

No período de 2001-2005, dez outras unidades básicas de saúde também notificaram casos. Essas unidades notificaram casos de sua área de abrangência. As unidades antigas foram responsáveis por 81% (n=141) das notificações nesse período. Não houve diferença estatisticamente significativa na distribuição de casos entre as unidades do grupo 1 e do grupo 2 a cada ano. A maior proporção de casos novos notificada por unidades novas foi de 23,1% em 2004. Treze casos notificados no centro de referência foram encaminhados a outras unidades para acompanhamento após a notificação, o que corresponde a 30,9% dos casos notificados nessa unidade durante o período de 2001-2005. Dez desses casos foram encaminhados a unidades do Grupo 2 e três a outras unidades do Grupo 1 para a continuidade do tratamento.

A Figura 8 apresenta a proporção de casos novos notificados em sua unidade de origem no período de 1995 a 2005. Verifica-se que a proporção de casos aumenta a partir de 2001, atingindo 60,9% dos casos em 2005.

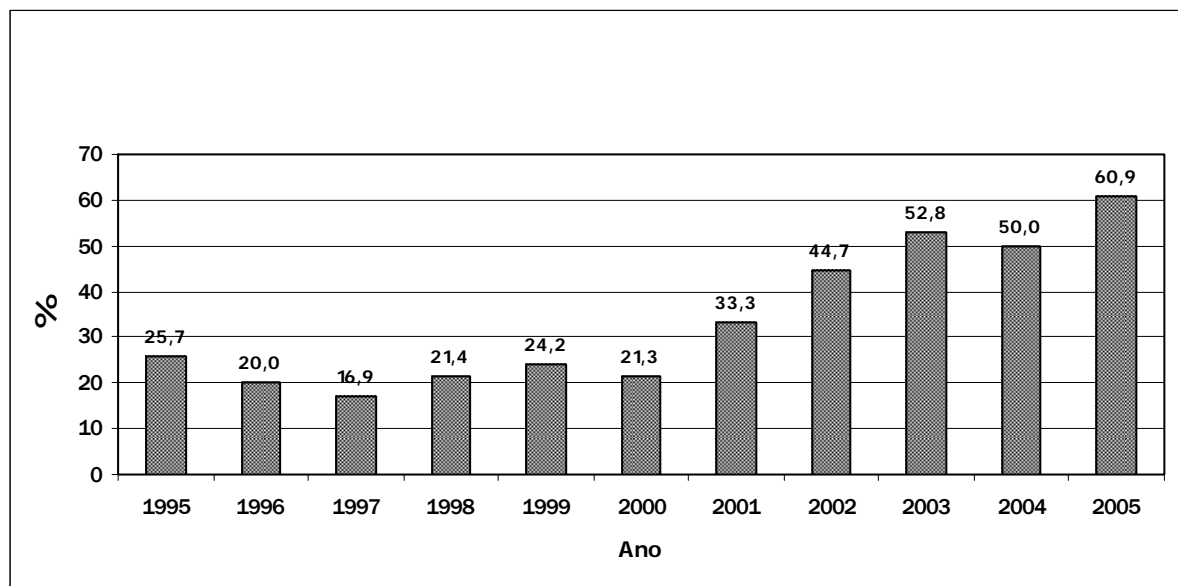


FIGURA 8 – Proporção de casos novos de hanseníase notificados na UBS de origem, Betim/MG – 1995-2005

Fonte: SINAN

A Tabela 3 apresenta a distribuição dos casos novos residentes e notificados em Betim nos dois grupos de unidades de notificação estudados, segundo as características sócio-demográficas e clínicas da população. Verificou-se que não houve diferença estatisticamente significativa na distribuição de sexo entre os dois grupos. Também não houve diferença

estatisticamente significativa entre os dois grupos quanto à média de idade ($p = 0,298$), que foi de 40,2 anos ($\pm 17,2$) no grupo 1, e 43,7 anos ($\pm 17,8$) no grupo 2. A faixa etária de 30-44 anos contém 29,1% dos casos nas unidades do grupo 1. A faixa etária entre 45-59 anos contém 42,4% dos casos das unidades do grupo 2 ($p=0,064$). Nenhuma das características clínicas apresentou diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. Também não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos quanto à distribuição dos casos por modo de detecção ($p=0,525$). A proporção de casos detectados por exame de contatos nos dois grupos foi de 5,8% e 3% respectivamente.

TABELA 3 – Distribuição dos casos novos residentes e notificados em Betim/MG nos dois grupos de unidades, de acordo com características sócio-demográficas e clínicas – 2001-2005

Características	Unidades				Valor p
	Grupo 1 (n=141)		Grupo 2 (n=33)		
	n	(%)	n	(%)	
Sexo (n=174)					
Masculino	68	(48,2)	18	(54,5)	0,513
Feminino	73	(51,8)	15	(45,5)	
Idade (n=174)					
Média de idade	40,2	(±17,2)	43,7	(±17,8)	0,298
0 a 14 anos	12	(8,5)	0	(0)	0,064 ⁶
15 a 29 anos	28	(24,3)	10	(30,3)	
30 a 44 anos	41	(29,1)	4	(12,1)	
45 a 59 anos	40	(28,4)	14	(42,4)	
> 59 anos	20	(14,2)	5	(15,2)	
Forma clínica (n=174)					
Indeterminada	10	(7,1)	3	(9,1)	0,231 ⁶
Tuberculóide	17	(12,1)	7	(21,2)	
Dimorfa	91	(64,5)	15	(45,5)	
Virchowiana	23	(16,3)	8	(24,2)	
Baciloscopia (n=153)¹					
Positiva	52	(41,3)	15	(55,6)	0,175
Negativa	74	(58,7)	12	(44,4)	
Classificação operacional (n=173)²					
Paucibacilar	27	(19,3)	8	(24,2)	0,524
Multibacilar	113	(80,7)	25	(75,8)	
Grau de incapacidade no diagnóstico (n=172)³					
0	81	(58,3)	19	(57,6)	0,494 ⁶
1	46	(16,5)	13	(39,4)	
2	12	(8,6)	1	(3,0)	
Grau de incapacidade na alta (n=141)⁴					
0	86	(74,8)	15	(57,7)	0,112 ⁶
1	19	(16,5)	9	(34,6)	
2	10	(8,7)	2	(7,7)	
Modo de detecção (n=171)⁵					
Encaminhamento	49	(35,5)	17	(51,5)	0,525 ⁶
Demanda espontânea	75	(54,3)	14	(42,4)	
Exame de coletividade	5	(3,6)	1	(3,0)	
Exame de contatos	8	(5,8)	1	(3,0)	
Outro modos	1	(0,7)	0	(0)	

Fonte: SINAN e prontuários

(1) 19 casos baciloscopia não realizada, 02 casos sem informação sobre baciloscopia

(2) 01 caso sem classificação operacional

(3) 02 casos sem informação sobre GI no diagnóstico

(4) 09 casos em tratamento, 03 casos em abandono, 21 casos sem avaliação de incapacidade na alta

(5) 03 casos sem informação sobre GI no diagnóstico

(6) Teste exato de Fisher

Em relação ao exame neurológico simplificado, 82,4% dos casos de unidades do grupo 1 e 87,1% dos casos das unidades do grupo 2 tinham o exame registrado no prontuário, a partir do qual foi determinado o grau de incapacidade no início do tratamento ($p=0,523$). Ao se estratificar esse resultado por unidade básica de saúde, verifica-se que o desempenho das unidades do grupo 1 não foi uniforme. Uma das unidades tinha exame neurológico em apenas 48% dos casos notificados ($p<0,001$). Apesar de haver diferenças também entre as unidades do grupo 2, essas não foram estatisticamente significativas ($p=0,304$).

A Tabela 4 apresenta alguns resultados relativos ao acompanhamento do pacientes no que diz respeito à realização do exame neurológico simplificado, uso de corticosteróides e evolução das incapacidades durante o tratamento. Não houve diferença estatisticamente significativa em nenhuma das variáveis estudadas.

Os casos PB realizaram 2 a 3 exames neurológicos simplificados. Considerando a duração de 12 meses de tratamento, os casos MB realizaram aproximadamente uma avaliação a cada dois meses. Alguns casos chegaram a realizar avaliações mensais.

Do total de casos notificados de 2001-2005, pelo menos 50% apresentaram reação hansênica durante a PQT. A mediana do tempo de uso de corticoesteróides foi de 6 meses para MB e 3 meses para PB, mas alguns casos chegaram a fazer uso do mesmo por até 24 meses.

Quanto à evolução do grau de incapacidade, 70,2% dos casos que mantiveram o *status* do GI tinham GI=0 no diagnóstico. Em relação aos casos que apresentaram melhora do GI, 70% tinham GI=1 no diagnóstico. 60% dos casos que apresentaram piora do GI também foram diagnosticados com GI=1.

TABELA 4 – Distribuição dos casos novos de hanseníase residentes e notificados em Betim/MG nos dois grupos de unidades, de acordo com as variáveis relacionadas à PI – 2001-2005

Características	Unidades				Valor p
	Grupo 1		Grupo 2		
	n	(%)	n	(%)	
Número de exames neurológicos simplificados realizados durante o tratamento (PQT)					
PB mediana	3		2		
variação	1-7		0-2		
MB mediana	5		6		
variação	0-26		1-30		
Relato de reação durante tto. PQT (n=168)¹					
Sim	66	(48,2)	18	(58,1)	0,320
Não	71	(51,8)	13	(41,9)	
Uso de corticoesteróides					
PB Sim	3	(11,5)	2	(33,3)	0,228 ⁶
Não	23	(88,5)	4	(66,7)	
MB Sim	63	(56,8)	16	(64,0)	0,507
Não	48	(43,2)	9	(36,0)	
Tempo de uso de corticoesteróides (meses)					
PB mediana	3		5		
variação	3-6		1-9		
MB mediana	6		6		
variação	1-24		1-24		
Evolução do grau de incapacidade (n=127)²					
Piora	9	(8,3)	2	(10,5)	0,849 ⁶
Inalterado	75	(69,4)	14	(73,7)	
Melhora	24	(22,2)	3	(15,8)	
Evolução de incapacidades nos olhos (n=58)³					
Piora	9	(17,3)	1	(16,7)	1,000 ⁶
Inalterado	42	(80,8)	5	(83,3)	
Melhora	1	(1,9)	0	(0)	
Evolução de incapacidades nas mãos (n=96)⁴					
Piora	17	(20,7)	1	(7,1)	0,484 ⁶
Inalterado	63	(76,8)	13	(92,9)	
Melhora	2	(2,4)	0	(0)	
Evolução de incapacidades nos pés (n=91)⁵					
Piora	22	(28,2)	1	(7,7)	0,215 ⁶
Inalterado	54	(69,2)	12	(92,3)	
Melhora	2	(2,6)	0	(0)	

Fonte: SINAN e prontuários

(1) 06 prontuários não localizados

(2) 02 casos sem informação sobre GI no diagnóstico, 33 casos sem informação sobre GI na alta, 13 casos outras patologias

(3) 13 casos com diabetes e/ou outras patologias, 84 casos com informação incompleta

(4) 13 casos com diabetes e/ou outras patologias, 59 casos com informação incompleta

(5) 13 casos com diabetes e/ou outras patologias, 64 casos com informação incompleta

(6) Teste exato de Fisher

Não houve diferença estatisticamente significativa quanto à proporção de contatos examinados. Dos 874 contatos registrados no período de 2001-2005, 539 (61,7%) foram examinados. A proporção de contatos examinados variou entre as diferentes unidades. Nas unidades do grupo 1, essa proporção variou de 35,6 a 70,4%; nas unidades do grupo 2, a proporção variou de 0 a 94,9%. Do total de contatos examinados, 63,3% (n=341) tinham registro de duas doses de BCG, 14,3% (n=77) tinham registro de apenas uma dose de BCG, e não havia informação disponível sobre 22,4% dos contatos (n=121).

Quanto à realização de atividades, 22 casos (13,2%) apresentaram alguma limitação, e em 14 destes (63,6%) há registro de alguma conduta adotada. A conduta mais frequentemente adotada foi a de diminuição de atividades, seja apenas com orientações, seja com afastamento do trabalho. Quanto à participação social, 20 casos (11,5%) apresentaram alguma restrição, sendo adotada alguma conduta em 60% dos casos. Algumas das condutas adotadas foram: afastamento do trabalho, orientação, prescrição de medicação antidepressiva e encaminhamento à psicoterapia.

55,7% (n=83) dos casos que tiveram alta no período de 2001 a 2005 foram acompanhados após a alta por cura (pelo menos uma consulta), sendo que 15,6% dos casos compareceram por demanda espontânea com queixas como dor, piora de sensibilidade, não desaparecimento ou piora das lesões, ou solicitação de laudos para o serviço de perícia médica. Dos 83 casos, 33,9% foram acompanhados após a alta para a continuidade do tratamento de reações e/ou neurites.

Dos casos notificados fora do Centro de Referência no período de 2001-2005, 27,6% (n=35) foram encaminhados para lá para diagnóstico ou em algum momento do tratamento. Todas as unidades encaminharam pelo menos um caso para o centro de referência. A mediana do tempo de espera para atendimento no centro de referência foi de dois dias (1 a 30 dias). Os motivos mais frequentes para encaminhamento foram reações e/ou neurites (42,9% dos casos), suspeita de reação medicamentosa (20,0%), diagnóstico (11,4%) e avaliação quanto à necessidade de alteração de esquema de tratamento para 24 doses de PQT (8,5%).

41,7% dos casos diagnosticados entre 2001 e 2005 foram encaminhados a especialistas em Betim. A maioria (84,3%) foi encaminhada ao oftalmologista, sendo que 56% foram encaminhados por diminuição da acuidade visual (queixa ou exame), relacionada ou não à

hanseníase. Em relação aos encaminhamentos para serviços fora de Betim, 20,8% (n=35) dos casos notificados entre 2001 e 2005 foram encaminhados a serviços em Belo Horizonte. Os principais motivos para encaminhamento foram: problemas oftalmológicos (34,3%), neurites (20%), ROM ou esquemas alternativos (17,1%).

5.2 ANÁLISE TEMÁTICA – COMPONENTE QUALITATIVO

As quatro categorias principais resultantes na análise temática foram: a) vantagens da descentralização; b) fatores que influenciam a descentralização; c) mudanças percebidas com a descentralização; d) trabalho futuro.

O grupo avaliou a descentralização, de uma forma geral, como um processo positivo. Reconhece as muitas dificuldades existentes e a lentidão do processo, mas é favorável à continuidade do mesmo. O grupo considera que a descentralização tenha sido importante para o combate à hanseníase no município.

5.2.1 VANTAGENS DA DESCENTRALIZAÇÃO

O primeiro ponto levantado a favor da descentralização foi a redução do estigma. A pessoa com hanseníase deixaria de ser estigmatizada por buscar tratamento em uma unidade de saúde ligada à hanseníase. O preconceito também seria reduzido porque “uma doença que pode ser tratada na unidade básica de saúde, perto da minha casa, é uma doença como outra qualquer”.

Eu acho que quando a gente pega um paciente centralizado ele fica numa região, ele está sempre consultando ali dentro daquela região, e todo mundo está olhando pra ele. Ele vai lá então ah, ele é hanseniano. Ele tem lepra, não sei o que. Depois que você descentraliza o paciente vira um paciente comum. Então ele é um paciente como qualquer outra patologia. Ele tem o controle na unidade básica. Isso é um ganho assim gigantesco pra questão do paciente, da relação dele com a doença, e da relação dele com o profissional.

A descentralização facilitaria o acesso da população ao diagnóstico e tratamento de hanseníase, inclusive pela maior facilidade de realizar o exame de contatos. Isso possibilitaria diagnósticos mais precoces, prevenindo incapacidades. Haveria um aumento inicial do número de casos diagnosticados no município, para depois haver uma redução. O custo com

deslocamento seria menor, e a pessoa poderia recorrer à unidade de saúde mais facilmente em caso de necessidade.

A descentralização permitiria que a unidade básica de saúde assumisse uma função a ela inerente: conhecer e acompanhar os indivíduos residentes naquela comunidade. A pessoa com hanseníase já freqüentava a unidade básica de saúde, mas omitia esse diagnóstico. Ela passa a ter um profissional ou uma equipe de referência na unidade básica de saúde, que está “próximo a ela e sabe o que acontece em sua vida”. O vínculo estabelecido com essa equipe facilitaria a adesão ao tratamento e melhoraria a qualidade da assistência prestada.

Se qualquer coisa que acontece diferente, ele [o paciente] sabe que é o fulano de tal que ele vai procurar. Acho que isso é importante. E é a mesma coisa quando ele falta, por exemplo. Se tiver alguém que é responsável por ele ali, de ligar na casa, de ir a casa dele, ele se sente importante. Ele se sente valorizado. E aí ele vai dar importância ao tratamento, e aí ele vai aderir melhor. Acho que o vínculo com a descentralização, o vínculo ele melhora bastante.

5.2.2 FATORES QUE INFLUENCIAM A DESCENTRALIZAÇÃO

O grupo identificou vários fatores que influenciam (facilitam ou dificultam) o processo de descentralização. Esses fatores foram agrupados em: a) atitude dos profissionais; b) estigma; c) modelo assistencial e gestão.

5.2.2.1 Atitude dos profissionais

O fator mais freqüentemente citado diz respeito a atitudes ou à postura de profissionais nas unidades básicas de saúde. Há aqueles que “vestem a camisa” e outros que se recusam a assumir ou participar das ações de controle da hanseníase. Várias são as alegações para o não envolvimento com as ações de controle da hanseníase. Muitos profissionais afirmam “não estarem seguros o suficiente” para prestar assistência às pessoas com hanseníase, mesmo após terem participado de várias capacitações. Outros culpam a “quantidade de papel”. O grupo entende esse tipo de argumento como um “pretexto”.

*Agora, um outro fator que eu vejo como dificultador é você conseguir convencer aquela pessoa que não quer trabalhar com hanseníase. Isso é que é difícil demais, porque você tem profissional que treina uma, duas, três vezes. (...) E ele diz: não, eu ainda não estou seguro.
Na verdade ele faz isso porque ele não quer assumir.*

O grupo parece identificar esse tipo de atitude como um “beco sem saída”. A disponibilidade para trabalhar ou não com a hanseníase seria inerente ao profissional, parte de um perfil, e seria difícil trabalhar no sentido de mudar essa realidade.

Às vezes não quer porque não quer, não tem um... você não consegue saber porque que não quer. (...) Ele não quer, então parece que fecha assim, uma cortina.

(...) ou você ama ou você odeia. Trabalhar com a hanseníase é mais ou menos isso. Ou você aceita e faz legal (...) veste a camisa (...), ou você não faz. Têm profissionais que estão há muito tempo que não se envolvem, não querem, a gente até prefere, né. Oh, não envolve não porque você não tem perfil. Por favor, fica na sua e deixa quem quer fazer. E quem faz, faz muito bem. Tão bem que, às vezes, você vê mesmo o brilho no olho de quem está ali...

Algumas hipóteses foram levantadas para explicar a recusa desses profissionais em desempenhar as ações de controle da hanseníase. A hipótese mais freqüentemente citada foi a de que o profissional não quer assumir o trabalho, a disponibilidade e compromisso exigidos no acompanhamento de uma pessoa com hanseníase. O paciente de hanseníase é considerado “um paciente difícil” devido à complexidade da patologia (possibilidade de surtos reacionais e incapacidades).

É um paciente difícil, de difícil controle, apesar de que lá na cartilha falar que é muito fácil. Mas a prática não é tão fácil assim. (...) Tem esses problemas das incapacidades, dos surtos reacionais que são de difícil controle e que exigem da gente uma disponibilidade. A hora em que o paciente entrar em surto você tem que estar disponível. Então acho que isso dificulta, às vezes, alguns colegas assumirem.

O grupo lembra, no entanto, que essa recusa não diz respeito só à hanseníase, se estendendo, por vezes, a outras patologias também.

O tratamento (...) demanda uma disponibilidade grande e nem todo mundo está a fim de pegar. E isso não é só com a hanseníase não. Essas doenças infecto-contagiosas, a grande maioria das vezes o paciente.... o profissional médico, principalmente, não tem interesse em pegar isso não, por causa do trabalho que realmente vai dar.

Outra explicação seria a sobrecarga de trabalho dos profissionais nas unidades básicas de saúde. Há uma grande demanda por consultas médicas, e há necessidade de “assumir tantas outras causas”. Essa sobrecarga contribuiria para a resistência dos profissionais em atender mais uma patologia, e dificultaria um adequado acompanhamento da pessoa com hanseníase, mesmo quando os profissionais “vestem a camisa”.

Outra coisa, a questão do excesso de pacientes na rede pública. É uma coisa que atrapalha demais. (...) na ponta tinha dia que era entre 23 e 30 pacientes num horário, em meio horário. Realmente é muito difícil você fazer um trabalho adequado com paciente que demanda uma atenção adequada num fluxo de paciente tão grande.

Além da quantidade de pacientes a serem atendidos, o perfil do paciente que utiliza o serviço das unidades básicas de saúde também contribuiria para essa sobrecarga.

Porque a complexidade dos doentes que aparecem... é raro a gente ver um paciente que você possa atender rapidamente, sem ficar com drama de consciência de que deixou passar alguma coisa. É raro, né. São pacientes idosos, pacientes com dificuldade de se expressar, pacientes demenciados. Tem de tudo quanto é jeito, então é muito complicado.

Outro fator citado pelo grupo para a recusa dos profissionais em desenvolverem as ações de controle da hanseníase foi o preconceito. O grupo levantou a hipótese de que esse preconceito poderia aparecer de forma não explícita, como uma resistência ou indiferença ao problema da hanseníase.

Tem a questão do preconceito profissional também, né. Acho que tem uma resistência devido ao preconceito também, não expresso, que mostra certa indiferença, mas tem uma dificuldade de romper com isso também. Quem vai pra Colônia [Santa Izabel] e quem vai pra Citrolândia já resolveu isso de certa maneira. Mas nas outras unidades não é bem claro.

Um fator relacionado à atitude dos profissionais e que também afeta a descentralização é a relação profissional de saúde-paciente. A qualidade desta relação também determina a adesão ou não ao tratamento naquele local. Quando há responsabilização pelo paciente na unidade básica de saúde, ele retorna após um encaminhamento a uma unidade de referência. Quando esse vínculo não existe, o paciente vai até a unidade de referência e lá permanece, recusando-se a retornar.

(...) o paciente fazia a primeira consulta comigo, eu falava assim: olha, eu não tenho certeza do seu diagnóstico. Vou te encaminhar para uma referência e você vai voltar. Ele ia e voltava. Aí voltava pra mim e ficava. Esse primeiro atendimento, às vezes o médico não quer nem olhar. Ele pega e fala assim: ah, não sei. (...) Encaminha de uma vez. Entendeu? Então ele não tem essa troca. É a primeira coisa. Isso não é nem querer se tornar uma sumidade na área. É simplesmente dar essa atenção pra paciente pra poder tentar começar ou seguir o tratamento.

A descentralização, por sua vez, facilitaria o estabelecimento desse vínculo melhorando o resultado da assistência, pois o profissional pode compreender e atender às necessidades do paciente.

Eu acho que facilita muito quando alguém da equipe tem vínculo, pra qualquer patologia. Não é só hanseníase não. Eu sinto que a aderência ao tratamento de qualquer patologia [é melhor] quanto mais vínculo (...) é criar um vínculo bom, é você poder responder à necessidade dele. Eu estou aqui, mas se eu não estiver aqui você procura fulano. Fulano vai te ajudar a resolver o seu problema. Fulano vai saber o dia que eu estou aqui. Se você não ouve, você nunca vai conseguir perceber a dificuldade.

O vínculo e a responsabilização, portanto, são vistos como importantes para o acompanhamento do indivíduo, independentemente da patologia por ele apresentada. Apesar da importância, o grupo relata que o estabelecimento deste vínculo é difícil. O paciente não entende a importância de tal vínculo e pede para “marcar com qualquer um que tenha vaga”. Existe uma “pressão” para que as consultas sejam marcadas, e os próprios profissionais responsáveis pelo agendamento acabam marcando a consulta com o médico que estiver disponível. Na hanseníase esse vínculo existe, até mesmo porque “o paciente de hanseníase ninguém quer”. Alguns gerentes entendem a responsabilidade que têm sobre o estabelecimento desse vínculo.

Hoje a gente tem uma fala assim que.. eu vejo que a gente está tentando mudar um pouco... é monitoramento da saúde. Você é paciente do Dr. Fulano de Tal, só o Dr. Fulano de Tal tem que te atender. Porque ele é responsável pelo seu atendimento.

5.2.2.2 Estigma

Na opinião do grupo, o estigma em relação à hanseníase e o preconceito contra a pessoa com hanseníase ainda são prevalentes no município a ponto de interferirem na descentralização e na assistência.

A recusa em trabalhar com hanseníase poderia ser explicada pelo preconceito, conforme mencionado anteriormente. Mesmo quando o tratamento é oferecido na unidade, uma pessoa com hanseníase poderia recusar-se a fazer o tratamento na unidade próxima à sua residência por receio de ser estigmatizada pelos funcionários que muitas vezes são moradores da comunidade. O grupo é de opinião de que isso deve ser respeitado, e a pessoa deve poder fazer o tratamento na unidade de sua escolha.

(...) a própria funcionária não queria que as pessoas soubessem que ela tinha [hanseníase]. Então assim, é o temor dos comentários que vai se haver [sic], é o medo de ser deixada de lado, de perder o convívio. Então muitas pessoas têm medo do tratamento próximo de [sic] domicílio por isso. Eu acho que é algo que a gente tem que respeitar. Se não quer, olha, eu posso direcionar você para um local onde você vai ser bem atendida? A

gente tem que respeitar esse lado da pessoa. Então é o saber ouvir e direcionar a pessoa de uma forma que ela não vai ter o seu tratamento afetado. Eu acho isso muito importante também.

O desconhecimento sobre a hanseníase gera receio em profissionais de outras áreas que têm contato com pessoas com hanseníase.

(...) a gente acabou esbarrando num problema que é a questão do profissional motorista. Porque é um profissional terceirizado. Ele não é um profissional da saúde que está envolvido com essas questões. E houve alguns questionamentos (...) eu cheguei pra ele [motorista] e falei: olha, conversa com a nossa referência técnica que você vai ficar bem mais tranqüilo com relação a estar fazendo o transporte do paciente.

O desconhecimento não é privilégio de profissionais que não têm formação na área da saúde. Profissionais da área da saúde podem dar informações equivocadas aos pacientes, gerando confusão e interferindo no tratamento.

Quantos pacientes nossos não vão pro...pra esse médico do INSS e ele fala assim: não, o problema são os remédios. Os remédios tão te fazendo mal. Você tinha que parar de tomá-los.

Além disso, o grupo relatou experiências de pacientes que foram tratados de forma inadequada ou até não foram atendidos por profissionais da área da saúde em função do diagnóstico de hanseníase.

Ele [uma pessoa com hanseníase] foi altamente estigmatizado pelo pessoal da área de saúde em vários locais que ele foi. (...) Às vezes ele ia fazer algum exame complementar, e eu tinha que colocar que tinha hanseníase. Muitos profissionais que o atendiam estigmatizavam. E um deles o destratou mesmo.

(...) aconteceu também aquela paciente que foi lá (...) a médica não quis tirar um cisto sebáceo dela não.

O estigma dificultaria a aceitação do diagnóstico e do tratamento, o exame de contatos e o diagnóstico precoce, pois algumas pessoas não revelam à família que estão se tratando. Há também as dificuldades no trabalho geradas pela necessidade de se ocultar o diagnóstico. Todo o sofrimento devido ao estigma geraria uma demanda por uma espécie de “compensação”. Evidencia-se a questão dos ganhos secundários com a doença, tais como o afastamento do trabalho ou mesmo pedidos de aposentadoria. Nos profissionais, isso se faz presente no cuidado por vezes excessivo dispensado aos pacientes. O grupo identifica a necessidade de se tomar cuidado para que não exista certa discriminação positiva.

Eu ia estar passando ele na frente de um outro que talvez tivesse o mesmo problema, mas seria estar diferenciando porque ele tinha hanseníase (...) entendeu?

5.2.2.3 Modelo assistencial e gestão

A relação entre o modelo de assistência e a dificuldade de descentralizar as ações de controle da hanseníase foi discutida pelo grupo. Um dos aspectos levantados foi a discrepância entre a formação dos profissionais (principalmente os que já exercem a profissão há algum tempo) e o atual modelo de assistência que, pelo menos teoricamente, prioriza a atenção básica.

Nós, principalmente da área médica, fomos formados num modelo (...) em que atenção básica, esse negócio não existia. Hoje a atenção básica exige certos conhecimentos técnicos que o pessoal (...) mais antigo na rede não tem, não quer adquirir, e não acham que é responsabilidade deles.

Além desse aspecto, a formação dos profissionais de saúde prioriza ou valoriza a especialização. Os profissionais que atuam na atenção básica são vistos como profissionais de menor *status*, apesar do trabalho exigir não apenas competência técnica, mas compromisso e responsabilização pelo paciente.

Ninguém quer trabalhar em atenção básica (burburinho). Então se tornou uma coisa pra ralé. (risos) Você trabalha onde? No posto de saúde. Oh meu Deus! (risos)

Hoje em dia o que se preocupa é com superespecializações. É ficar cada vez mais competente em uma pequena coisa. Então acaba que essas coisas que englobam o social, o saber lidar com o paciente, saber tratar de várias coisas ao mesmo tempo, e ver o paciente nessa complexidade não está existindo mais.

Outro dificultador seria a idéia de que o diagnóstico e tratamento da hanseníase devem ser conduzidos por especialistas (dermatologistas ou hansenólogos). O atendimento à pessoa com hanseníase não seria papel da atenção básica, devendo permanecer centralizado em algumas unidades. Integrando a atenção básica, as ações de controle da hanseníase teriam um enfoque mais preventivo do que anteriormente. Os esforços estariam focados no diagnóstico precoce e tratamento, visando evitar incapacidades.

Então, essa mudança de modelo de atenção, quer dizer, o pessoal novo agora de PSF, eles têm que vir com essa cabeça que a tuberculose, a hanseníase não são mais patologias para serem cuidadas pelo especialista, mas são da atenção básica. A atenção básica cada dia aumenta sua complexidade.

O grupo afirma que a atenção básica é prioridade apenas teoricamente. Na prática, percebem um investimento muito maior nos serviços de urgência e serviços hospitalares do que na

atenção básica. Isso tornaria as condições de trabalho na atenção básica piores e favoreceria a não permanência de profissionais nesses locais.

A **atuação do gerente** é essencial para a implantação das ações de controle da hanseníase em uma unidade de saúde. Os profissionais podem não assumir as ACHs sem um trabalho de “convencimento” ou de responsabilização feito pelo gerente. Além disso, o gerente é o responsável pela seleção e liberação de profissionais para as capacitações, reuniões clínicas, campanhas, pela priorização ou negociação de vagas junto aos serviços de consultas especializadas, etc.

Porque é o profissional achar que ele vai ter mais trabalho, ele não quer em hipótese nenhuma. É enfrentar o médico, vou citar médico, mas foi no geral, virando pra você e falando assim: olha, esse assunto eu não tenho interesse. Eu não vou investir em hanseníase não. Não vou. Isso vai ser 2, 3 casos/ano, se aparecer. Eu vou investir é naquilo que eu vou gastar no consultório médico. Porque lá eu pego de tudo. Eu vou gastar meu tempo estudando isso?

É difícil chegar lá e falar assim: oh, Fulano, vamos lá, vamos fazer o treinamento. Hmmm, treinamento, Deus me livre! Eu treino hoje, amanhã eu sou obrigado a assumir isso. Eles falam dessa forma.

Eu acho que a gente, enquanto gerente, precisa de ter essa consciência, porque senão não adianta, fica a equipe lá, vai ao treinamento, vai aqui, vai ali, se esforça daqui e dali, e quando chega ali, às vezes por causa de uma vaga de oftalmologia, uma vaga de cirurgia que você podia ter se empenhado mais aquele paciente vem a ter danos irreparáveis.

O gerente tem que administrar questões como a rotatividade dos profissionais, o que exige novas capacitações para manter as ações de controle da hanseníase funcionando em sua unidade. O grupo afirma que nem todos os gerentes estão sensibilizados quanto ao problema da hanseníase. Isso dificulta a implantação das ações de controle da hanseníase nas unidades básicas de saúde.

A falta de **capacitação** dos profissionais de saúde para trabalhar com hanseníase foi apontada como um dificultador do processo de descentralização. Criticou-se essa deficiência na formação dos profissionais, mesmo naqueles advindos de instituições públicas, uma vez que a hanseníase ainda é uma doença endêmica em nosso país. Isso faz com que os profissionais tenham que ser “formados no trabalho”, “capacitados primeiro para depois começar a trabalhar”. A rotatividade dos profissionais, principalmente do profissional médico, agrava essa situação, exigindo sempre novas capacitações.

O grupo apontou a existência de certa “banalização” do atendimento à pessoa com hanseníase. A hanseníase é colocada como “uma coisa muito fácil de tratar”, quando o grupo entende que a patologia é complexa e a assistência não é tão simples assim. Essa “banalização” geraria um receio em quem está começando a se capacitar. O grupo não percebeu essa “banalização” nas capacitações oferecidas no município e avalia isso como um ponto positivo.

Essa banalização eu tenho um pouco de medo, sabe. A gente vendo lá as seqüelas que os pacientes podem ter, aquele corre-corre com neurite, etc. Aí eu fico, meu Deus do céu, será que a coisa é tão simples assim? Não é. Então eu tenho medo dessa banalização.

Acho que em Betim, isso não foi dito dessa forma. [Foi dito]: Olha, não é tão difícil, mas se for difícil, vai ter a referência (...) a retaguarda. Não é porque é muito fácil que eu descentralizo. Eu descentralizo sim. Muitos casos vão correr sem problema. Mas foi dito também que ia ter problema. E aí de certa forma acho que tirou essa banalização que é um perigo.

As reuniões clínicas realizadas mensalmente foram percebidas como um processo de educação continuada, que possibilita a descentralização.

Um outro avanço são as reuniões clínicas. (...) Se eu, enquanto ponta, tenho um paciente, eu tenho uma dúvida, e eu quero acompanhar ele [o paciente], eu quero estar junto dele, eu posso levar ele na reunião. Se ele não está em reação, não é um caso urgente, eu levo ele na reunião onde vários profissionais de várias categorias vão estar participando, vão estar discutindo, vão estar aprendendo juntos e tentando acertar. Então eu acho que isso é um ponto forte que tem, e eu acho que isso é uma coisa boa que aconteceu com a descentralização.

Cada vez que a gente vai [às reuniões clínicas], a gente aprende, se torna mais segura, e além de ficar um pouco mais segura, vê também a complexidade que é, quer dizer, é muito complexo, porque tem as seqüelas, tem os diagnósticos diferenciais difíceis, mas a equipe ajuda a gente a resolver.

Além do conhecimento teórico adquirido durante essas reuniões, estreitam-se os laços entre os profissionais criando um clima de cooperação e cumplicidade que facilita a referência e contra-referência posterior, em caso de necessidade.

O envolvimento dos profissionais nessas reuniões é muito interessante porque além da gente conhecer pessoas diferentes, de outras unidades, a gente cria o vínculo. Hoje a gente já tem o vínculo de amizade, a gente procura, qualquer dúvida a gente encaminha.

A **existência de um centro de referência atuante** no município foi citada diversas vezes como um facilitador do processo de descentralização. Os profissionais das unidades básicas

de saúde têm para onde encaminhar os pacientes em caso de dúvida e recebem uma contra-referência.

Eu acho que nós em Betim, a gente já tem um avanço muito grande que é ter o centro de referência. (...) Eu estou lá na ponta, eu tenho dúvida, eu encaminho pro centro de referência, depois esse paciente ele volta. Eu acho que isso é importante. É muito assim, é pé no chão mesmo, a gente ter alguém pra quem encaminhar nossos pacientes na dúvida.

[O que] eu acho importante, enquanto a gente está na ponta, é ter o respaldo, é ter retaguarda de uma referência (...) não só da referência técnica, mas sim um local de referência.

O papel do centro de referência e dos profissionais que lá atuam é tão importante que pode também dificultar o processo de descentralização. O grupo relata terem existido receios que poderiam ter dificultado o processo de descentralização. Foi citado o “medo de mandar o paciente para outras unidades”, por uma dúvida quanto ao preparo dos profissionais recém-capacitados, gerando uma necessidade de “segurar o paciente”, mantendo-o em tratamento na unidade de referência.

“Nós tínhamos muito medo. Foi um processo nosso também de permitir que o paciente fosse. A gente fala: será que eles [os profissionais das unidades básicas de saúde] vão atender do mesmo jeito? Será que lá... é uma onipotência de nossa equipe. A gente tinha medo de mandar.”

O grupo relata que isso hoje “está muito tranquilo”, e que esse processo se deu com a atuação da referência técnica que, conhecendo as unidades, indicava aquelas que tinham condições de iniciar o acompanhamento de pacientes. O contato com profissionais das outras unidades via telefone ou nas reuniões clínicas também contribuiu para se ter “confiança em deixar o paciente ir, e ficar tranquilo de que se ele precisar, ele vai voltar”.

Outro medo que existiu no centro de referência foi o da perda de espaço de trabalho. Como se justificaria a presença de tantos profissionais nessa unidade, com a redução do número de pacientes a serem atendidos? Com o desenrolar do processo de descentralização, aprendeu-se que os profissionais do centro de referência teriam outras funções além do atendimento direto à pessoa com hanseníase: capacitação dos demais profissionais da rede, e retaguarda para a solução de dúvidas quanto ao diagnóstico, identificação e tratamento de reações e incapacidades.

5.2.3 MUDANÇAS PERCEBIDAS COM A DESCENTRALIZAÇÃO

O grupo é de opinião de que a **qualidade da assistência** à pessoa com hanseníase melhorou após a descentralização. Nas unidades que já desempenhavam as ações de controle da hanseníase, a diminuição do número de pessoas com hanseníase a serem atendidas possibilitaria uma melhor assistência.

O grupo reconhece que, do ponto de vista de um especialista em hanseníase, a qualidade da assistência poderia ser considerada pior após a descentralização, uma vez que o médico clínico não teria, inicialmente, tanto domínio do manejo de reações hansênicas. No entanto, o grupo foi unânime em afirmar que consideram que a qualidade da assistência tenha melhorado após a descentralização, uma vez que o médico clínico tem uma visão mais global do paciente. O clínico estaria mais atento às co-morbidades, às intercorrências, infecções, interações medicamentosas e efeitos colaterais dos medicamentos, principalmente dos corticoesteróides.

Porque o paciente não vem só com hanseníase. Ele vem com diabetes, com hipertensão, com aquela complicação toda. Eu, do outro lado, fico assim: como será que o dermatologista enfrentaria essa situação? Na minha visão, acho que ele está melhor [sic] olhado pelo menos globalmente, como um paciente global. Essas peculiaridades da hanseníase, na medida em que a gente vai se capacitando, a gente consegue contornar melhor.

O monitoramento do estado neural é um aspecto que ainda precisa ser melhorado. O exame neurológico simplificado está sendo realizado de forma adequada em algumas unidades, em outras não. Os profissionais do centro de referência têm mais experiência em realizar o exame, mas a descentralização possibilita um acompanhamento mais freqüente do paciente nas unidades básicas de saúde, uma vez que o número de pacientes em registro ativo é menor.

O grupo também levanta a hipótese de que estejam “procurando menos do que quando se tinha um objetivo [meta de eliminação]”. Isso talvez explicasse a diminuição no número de casos diagnosticados. O surgimento de casos com baciloscopia positiva, com índice baciloscópico elevado, indicaria um diagnóstico tardio e a existência de outras pessoas doentes na comunidade. Uma possível explicação seria a de que, quando apenas algumas unidades realizavam o tratamento da hanseníase, as pessoas sabiam que serviço procurar.

Com a descentralização elas poderiam ficar muito tempo sem serem diagnosticadas por não serem vistas por “alguém que estivesse atento”.

(...) Quando você tem [só] a Colônia Santa Izabel e Citrolândia, o paciente que tem uma mancha ou tem uma suspeita, ele já vai direto lá. [Com a descentralização] às vezes o paciente não tem ponto de referência, ele não sabe pra onde ele vai. Então ele passa em outros médicos, ele não sabe na UBS quem tem mais experiência. Vai passar em outros médicos.

A descentralização das ações de controle da hanseníase exigiu **mudanças no processo de trabalho** tanto das unidades básicas de saúde que estavam implantando as ações de controle da hanseníase, quanto do centro de referência do município. Os aspectos mais relevantes discutidos em relação ao processo de trabalho foram a interdisciplinaridade e a divisão de responsabilidade. A participação de outras categorias profissionais (que não a categoria médica) no cuidado e acompanhamento do paciente aumentou com a implantação das ações de controle da hanseníase nas unidades.

Eu acho que ficou de certa forma a responsabilidade mais dividida. Eu vejo pessoas de categorias diferentes com toda a responsabilidade da mesma forma. Não que o diagnóstico não seja médico, não é isso. A responsabilidade pelo acompanhamento, pelo tratamento, eu vejo com categorias profissionais diferentes. Acho que isso aumentou.

O trabalho interdisciplinar é visto como necessário para se atender adequadamente à pessoa com hanseníase, e é uma forma de trabalho que poderia se estender a outras ações de saúde. Os casos são discutidos pela equipe, e as soluções buscadas por toda a equipe. O trabalho interdisciplinar introduz uma dinâmica saudável na unidade de saúde.

Eu acho que essa descentralização, pelo menos assim na minha unidade, ela tem favorecido pra reforçar essa necessidade de trabalho interdisciplinar, interprofissional. Todo mundo sabe que não precisa de eu estar lá. Todos assumem a responsabilidade, então hoje o atendimento é visto, isso não é só papel do médico, mas de toda equipe de saúde: da gerente ao médico. Eu acho que isso mudou. Esse tipo de atendimento tem mudado essa mentalidade. Eu acho que a partir daí, não só na hanseníase, isso vai se propagando para as outras ações de saúde.

Chega certo momento que a equipe mostra pra quem não tá querendo cooperar com a equipe: ô fulano, vamos lá, vamos lá, porque está furando! A gente precisa, como diz: ou vai ou racha. A gente precisa de você. Eu acho que isso é bom pra dinâmica do trabalho da unidade como um todo.

Passa a existir uma responsabilização do profissional pelo paciente, criando um vínculo que facilita o acompanhamento do paciente e aumenta a qualidade da assistência prestada. O profissional (ou a equipe) torna-se referência para o paciente dentro da unidade.

Então a gente acaba sendo a referência deles na unidade. Ele não se perde [sic]. Ele fica referenciado em alguém. E o acolhimento dele é muito melhor. Ele já vem direto pra gente.

O processo de trabalho dos profissionais do centro de referência passou a incluir novas funções. Isso foi possível com a diminuição do número de pacientes no registro ativo dessa unidade. A diminuição do número de casos reduziu a sobrecarga de trabalho, mas houve aumento da responsabilidade. Os profissionais tornaram-se responsáveis pela capacitação das demais unidades básicas de saúde, por treinamentos em serviço, sensibilização de profissionais dentro e fora da área de saúde, e da população em geral, e realização de campanhas para detecção de novos casos. O centro de referência se responsabilizou por oferecer retaguarda às equipes iniciantes, recebendo pacientes encaminhados e os reencaminhando à unidade de origem com relatório de contra-referência. O trabalho é visto como “cansativo, às vezes, mas, mais recompensador do que antes”.

Em várias falas existe a idéia de que as ações de controle da hanseníase funcionam porque há uma pessoa específica que as assume, organiza, impulsiona. A condução das ações fica personalizada e não institucionalizada e a pessoa com hanseníase “não é um paciente da unidade”.

(...) se não tem alguém pra impulsionar, o negócio se perde. Então o processo se perde, o paciente ele fica lá, um pingue-pongue, aí ele vai procurar a [unidade de] referência que ele conhece lá, porque naquele local onde ele está ele vê que a coisa não anda. Então o que eu vejo hoje são as pessoas envolvidas. Se você não tiver a pessoa envolvida, o serviço não vai andar, a coisa não vai fluir.

Quando a gente sair eu acho que a gente vai enfrentar essa dificuldade também. (...) A coisa só consegue fluir bem porque ela [uma profissional que está na unidade há bastante tempo] está sempre ali, no auxílio diagnóstico, pra opiniões (...)

(...) se essa equipe que está lá se desfizer com certeza nós vamos voltar à estaca zero, à estaca zero, vamos ter que começar de novo.

Apesar de todos os avanços, o grupo encontra algumas **dificuldades** para desenvolver as ações de controle da hanseníase. Essas dificuldades não dizem respeito especificamente ao processo de descentralização, ou seja, são dificuldades que já existiam e persistem apesar das mudanças ocorridas.

Uma das dificuldades diz respeito ao exame de contatos. Apesar de, em alguns casos, conseguir-se com facilidade o comparecimento dos contatos para serem examinados, em

muitos outros os familiares demoram ou se recusam a comparecer, apesar das orientações e tentativas dos profissionais.

Eu tive dois casos muito diferentes. Esse caso, que foi muito fácil. Conversei com a família. A família ficou assustada, então todo mundo veio. Fiz exame de contato de todo mundo de uma vez. Até num dia só. Já o outro caso (...) teve familiar que demorou quase dois anos pra ir.

E nós temos familiar que até hoje não foi.

E não é por falta de falar não. Pelo menos 2 a 3 vezes por mês eu falo pra ele. Fulano, traz sua esposa. Fulano, não precisa nem marcar. Chegou num ponto assim, traz o dia que ela puder. Bate aqui na porta que eu avalio.

O grupo chegou a mencionar que talvez falte uma estratégia para a busca dos contatos, mas não aprofundou essa discussão.

O fato de o paciente ter que comparecer à unidade de saúde pelo menos uma vez por mês foi visto pelo grupo como outra dificuldade na assistência, principalmente quando a pessoa trabalha. O horário de funcionamento das unidades faz com que a maioria das pessoas tenha que perder um dia de trabalho quando comparecem para consulta.

Mas o fato dele ter que ir à unidade uma vez por mês e nossas unidades funcionarem em horários comerciais, horários de trabalho, é uma certa dificuldade. Alguns já reclamaram isso pra gente. Precisar perder o dia de serviço.

A pessoa precisa levar um atestado para justificar a ausência ao trabalho. As empresas não aceitam o atestado se não houver um número de CID, mas frequentemente a pessoa não quer que a empresa saiba do tratamento que realiza. Outro aspecto relacionado ao trabalho diz respeito à dificuldade de inserção da pessoa com hanseníase no mercado de trabalho. O grupo discute que muitas vezes essa dificuldade é real, mas que há também interesse em ganhos secundários, com afastamento de trabalho e aposentadorias.

Na hanseníase tanto a questão do estigma é difícil, quanto a questão do manejo dessa colocação do trabalho. Isso aí eu tenho visto de vez em quando no tratamento é uma das coisas mais difíceis de tratar na hanseníase. Porque primeiro você tem que deixar o paciente faltar esse dia de serviço. Você tem que dar um atestado pra ele. Um atestado tem que constar um CID (...) a empresa não aceita sem CID. Aí tem essa coisa. Você fica nessa sinuca de bico. O que fazer? Tem paciente que já está tão acostumado com os antigos pacientes que foram afastados que querem afastar. Então é assim, existe também toda a cultura do ganho secundário em cima disso. Então o paciente de hanseníase é um paciente difícil de ser tratado pelo estigma, pela questão da impossibilidade de serviço, que às vezes é entre aspas realmente, às vezes, nem existe. É mais uma questão social, e por essa

aceitação tanto do convívio dentro da unidade, quanto o convívio social, quanto o convívio no serviço. Isso é o que dificulta mais o manejo do paciente.

Outra dificuldade enfrentada pelos participantes do grupo na assistência à pessoa com hanseníase diz respeito ao agendamento de consultas especializadas. O serviço de avaliação e controle é visto como algo que “trava” a continuidade da assistência. O gerente é freqüentemente solicitado a intervir nesse momento, priorizando a consulta ou buscando meios alternativos de conseguir uma vaga.

Um fator importante que compromete a integralidade da assistência à pessoa com hanseníase diz respeito aos serviços de urgência e ao Hospital Público Regional de Betim. Os profissionais destes serviços não estão capacitados a atender as intercorrências da hanseníase. O grupo aponta a necessidade de capacitação, mas reconhece que a alta rotatividade de profissionais nestes locais dificulta esse processo.

Os meus pacientes, a primeira coisa que eu falo com eles: oh, se você sentir alguma coisa não vai pra UAI [Unidade de Atendimento Imediato]. Eu falo com a maior tranquilidade: Oh, vocês vão pra Colônia, vão pra Citrolândia, mas não vão pra UAI não.

A UAI ainda continua sendo um problema..Há muito tempo a gente identifica a UAI como um problema na referência.

O Hospital Regional também, a gente já teve problema com o Hospital Regional.

O grupo mencionou, ainda, a dificuldade de o paciente comparecer ao centro de referência, quando necessário, devido ao custo com transporte.

5.2.4 TRABALHO FUTURO

O grupo entende a descentralização como um processo de trabalho contínuo. Acredita que, por ser uma proposta técnica, o processo de descentralização está menos sujeito às possíveis intempéries geradas por mudanças de partidos políticos no poder. Foram identificadas algumas áreas que necessitam de ações no futuro.

A partir do momento que é um pensamento do grupo técnico, uma proposta que funciona, você segura um pouquinho pra mudanças partidárias não interromperem o processo.

O aspecto mencionado com maior frequência foi educação em saúde, no que ela se relaciona com a sensibilização e conscientização de gerentes, profissionais e da população em geral com relação à hanseníase. O tema tem sido discutido no município, mas não tem havido uma ação repetida e constante. A educação em saúde contribuiria para a diminuição do estigma, de modo que a pessoa com hanseníase fosse tratada de forma mais digna nos serviços de saúde, em seu local de trabalho e em sua comunidade. Além disso, favoreceria diagnósticos mais precoces, pois haveria um número maior de pessoas capazes de fazer a suspeição diagnóstica, dentro e fora da unidade de saúde.

A hanseníase não representa um volume grande de pacientes, mas sempre haverá casos. O grupo entende, portanto, que não há necessidade de ter um grande contingente de profissionais capacitados a realizar todas as ações de controle da hanseníase. É necessário ter “as pessoas certas nos lugares certos”. Seria importante ter uma “equipe de referência” em cada unidade de saúde, e os demais profissionais informados com relação aos principais sinais e sintomas para que pudessem fazer uma suspeita e então encaminhar a pessoa a essa equipe para que fosse feito o diagnóstico.

Talvez uma coisa interessante fosse criar uma referência dentro da ponta. Então na referência da ponta todo mundo sabe quem é na unidade dela. (...) Trazer esses pacientes pra pessoas com olhos mais atentos pra que o diagnóstico seja mais precoce.

Outro aspecto importante levantado foi a capacitação. Percebe-se a necessidade de atualização das equipes já capacitadas e de capacitação dos profissionais dos serviços de urgência e do Hospital Público Regional de Betim no atendimento às intercorrências da hanseníase. Outro público importante para a capacitação em ações de controle da hanseníase são as equipes de saúde da família, em processo de implantação no município.

Conforme discutido anteriormente, a vigilância dos contatos demanda uma estratégia para que se possa alcançar uma maior proporção de contatos examinados. O grupo levantou também a necessidade do acompanhamento constante do sistema de informação, desde a unidade básica, uma vez que as informações às vezes não chegam ao serviço de vigilância epidemiológica, e há casos em que o paciente foi tratado sem notificação. Apesar de não ter aprofundado a discussão, o grupo apontou a necessidade do desenvolvimento de um trabalho que contemplasse os aspectos sociais das pessoas com hanseníase.

6 DISCUSSÃO

A discussão dos resultados do estudo incluirá: a) a situação da endemia hansênica em Betim; b) as ações de prevenção de incapacidades (precocidade do diagnóstico, tratamento com PQT, vigilância de contatos, realização de exame neurológico simplificado e acompanhamento de incapacidades) nos períodos pré e pós descentralização; c) descentralização e processo de trabalho.

6.1 SITUAÇÃO DA ENDEMIAS HANSÊNICA EM BETIM

A composição da população estudada quanto ao sexo apresenta predomínio do sexo masculino (52,6%), o que condiz com outros estudos publicados (BARRO, 2004; GOULART et al., 2002). No entanto, outras publicações apresentam predomínio do sexo feminino (LANA et al, 2002; LANA et al., 2000; PRATA et al., 2000).

A média de idade e faixa etária predominante confirmam os achados de outros estudos que indicam a faixa etária produtiva como a mais afetada (BARRO, 2004; GOÉS et al., 2004; LANA et al, 2002; LANA et al., 2000; PRATA et al., 2000).

Ao compararmos a evolução da taxa de detecção de casos novos de hanseníase em Betim, com dados de todo o país e do estado de Minas Gerais (Figura 9), verificamos que Betim apresenta um padrão atípico. Tanto o Brasil, quanto Minas Gerais mantêm taxas de detecção relativamente estáveis ao longo do período estudado. Em 1995, a taxa de detecção em Betim (2,61/10.000) é mais alta do que a do Brasil (2,33/10.000), avaliada como muito alta segundo os parâmetros do MS. Ao final do período do estudo, a taxa em Betim é de 0,66/10.000 (taxa média segundo parâmetros do MS), enquanto a mesma taxa no estado é de 1,54/10.000. As oscilações presentes na taxa de detecção de casos novos em Betim no período estudado não condizem com a história natural da doença (de evolução lenta). Possivelmente, essas

oscilações são resultado de fatores operacionais, por mais que nem sempre seja possível identificar que fatores sejam estes. Em alguns momentos, a taxa de detecção contraria as expectativas de algumas ações realizadas. No ano de 1998, por exemplo, foi realizada capacitação de equipes em todas as unidades básicas de saúde do município. Apesar disso, a taxa de detecção diminuiu em 1999. Vários estudos descrevem aumento da taxa de detecção após a descentralização (PIMENTEL et al., 2004; PRABHAKAR, et al., 2003; RAO et al., 2002; NAMADI, et al., 2002; KASTURIARATCHI, et al., 2002). Discute-se a possibilidade de que esse aumento seja devido, também, a um excesso de diagnósticos (erro diagnóstico). Em Betim, há apenas um discreto aumento da taxa de detecção em 2002, apesar da descentralização e das campanhas realizadas. A diminuição da taxa de detecção ao longo do período poderia ser indicativa de diminuição da endemia. No entanto, como esta taxa está sujeita à influência de fatores operacionais e organizacionais, a diminuição poderia dever-se à diminuição do empenho na busca de casos, desorganização do serviço dificultando o acesso, ou problemas de subnotificação, por exemplo. Assim sendo, é necessário analisarmos outros indicadores.

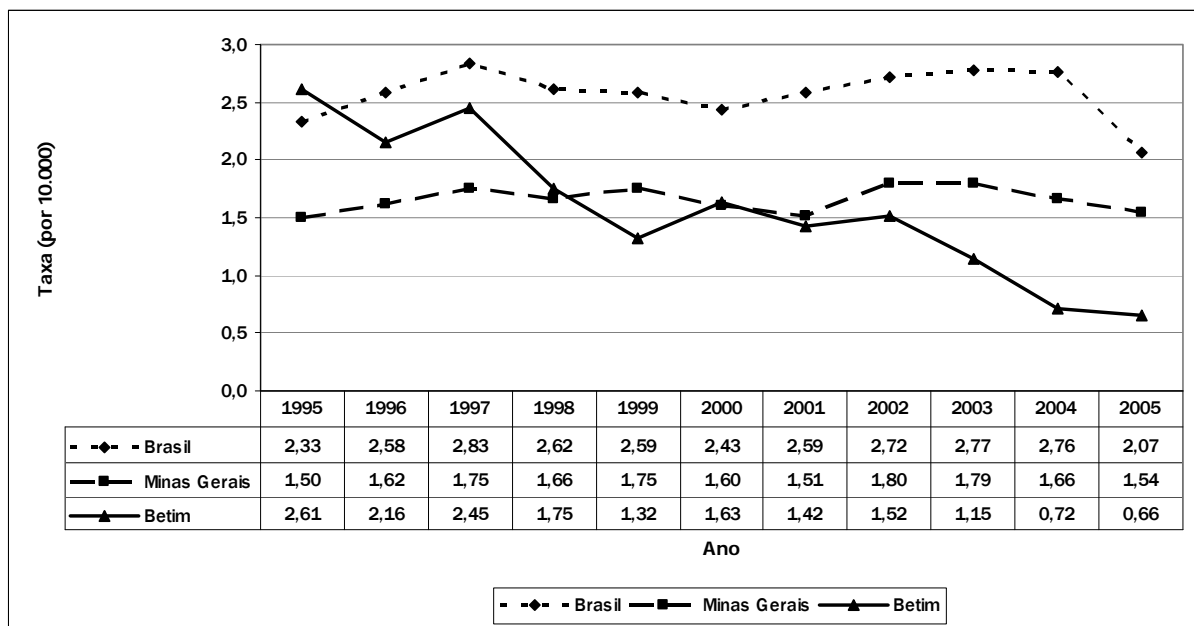


FIGURA 9 – Taxa de detecção de casos novos de hanseníase no Brasil, Minas Gerais e Betim – 1995-2005

Fonte: Ministério da Saúde, SES-MG, SINAN

Reforçando a possibilidade de diminuição da endemia, a taxa de detecção em <15 anos apresenta tendência decrescente (de 0,47/10.000 em 1996, para 0,08/10.000 em 2005), variando entre os níveis alto e médio, segundo parâmetros do MS.

Os estudos de Prata et al (2000), Goés et al (2004) e Barro (2004) apresentaram predomínio das formas paucibacilares entre os casos novos notificados (de 58,1% a 71,2%). Dois estudos realizados por Lana (2000 e 2002) em dois municípios mineiros mostraram predominância de formas multibacilares (84,4% e 61,6%, respectivamente). As formas multibacilares (81,7%), principalmente a forma dimorfa (62,9%) também foram predominantes no presente estudo. É interessante notar que, no período de 2001 a 2005, 51% dos casos notificados como MB nas unidades do Grupo 1 e 37,5% dos casos notificados como MB nas unidades do Grupo 2 poderiam ter sido classificados como PB, por apresentarem até cinco lesões de pele e não terem baciloscopia positiva. Parece haver um receio de tratar casos como PB, principalmente nas unidades do Grupo 1. Em reuniões e visitas às unidades é possível identificar questionamento de profissionais com maior tempo de trabalho nas ACH quanto à simplificação dos critérios de classificação operacional dos casos, o que os levaria a tratar os casos como MB “por segurança”. Diante dessa realidade fica difícil utilizar a classificação operacional para avaliar a endemia hansênica, uma vez que muitos casos classificados como MB seriam, possivelmente, PB.

A proporção de casos com baciloscopia positiva é muito alta (40,9%). Lana (2002) relata uma proporção de 27,1%. Como os casos bacilíferos são responsáveis pela transmissão da hanseníase, a elevada proporção destes na população do estudo indica que há casos ainda não diagnosticados na comunidade, contrariando a hipótese da tendência decrescente apresentada no gráfico de detecção.

99% dos casos apresentam informação sobre o GI ao diagnóstico, desempenho considerado bom segundo os parâmetros estabelecidos pelo MS. 39,7% dos casos apresentavam GI=1 ou GI=2. Esse valor foi de 14 a 36% em outros estudos (BARRO, 2004; GOULART et al., 2002; LANA et al, 2002; LANA et al., 2000; PRATA et al., 2000). A proporção de casos com GI=2 variou entre média e alta até 2003, atingindo um patamar baixo em 2004 e 2005 (parâmetro MS). Não se observa, ao longo do período em estudo, qualquer tendência quanto à evolução da proporção de GI=2, havendo oscilações de anos com maior ou menor proporção. A proporção de casos com GI=2 durante todo o período foi alta (11,3%), indicando diagnóstico tardio e existência de casos não-diagnosticados na comunidade. Verificou-se que essa proporção caiu de 16,2 para 7,6% após a descentralização, atingindo um parâmetro médio, e indicando diagnósticos mais precoces pós-descentralização. É interessante notar que 25,5%

dos casos com GI=0 tinham baciloscopia positiva. Trata-se, possivelmente, de casos virchowianos, que apresentam dano neural tardio, mas são importantes para a manutenção da endemia hansênica. Apenas 55,2% dos casos têm informação sobre grau de incapacidade na alta, proporção considerada precária pelos parâmetros do MS. Isso pode ser explicado pelo fato de muitos pacientes não retornarem ao serviço para a avaliação de alta, mas também retrata uma menor importância dada às informações de acompanhamento pelos profissionais das unidades básicas de saúde, e dos serviços de informação.

6.2 COMPARAÇÃO ENTRE OS PERÍODOS PRÉ E PÓS-DESCENTRALIZAÇÃO

Verificou-se que a proporção de casos residentes notificados em outros municípios foi menor no período pós-descentralização. Isso poderia ser explicado por: a) maior dificuldade de acesso dos usuários a serviços de atenção básica fora do município (se não residem na área de abrangência dos mesmos); b) acesso mais fácil às ações de controle da hanseníase em Betim em um serviço próximo à residência do paciente, um dos objetivos da descentralização. A proporção de casos novos tratados na UBS de origem aumenta gradualmente a partir de 2001 (33,3%), com pequeno recuo em 2004, atingindo 60,9% dos casos em 2005. Isso reforça a idéia de melhor acesso pós-descentralização.

Apesar de não haver diferença estatisticamente significativa entre a proporção de casos não-residentes notificados em Betim nos dois períodos, diminuiu o número de municípios que têm casos notificados em Betim. Isso parece indicar melhor acesso também em outros municípios, que passam a implantar as ACH e acompanhar seus residentes, de modo que estes não tenham que buscar tratamento em outro município.

Verificou-se que, mesmo com o aumento do número de unidades de saúde após a descentralização, as unidades que já desenvolviam as ACH continuaram a ser responsáveis pela grande maioria das notificações (81%). Seria necessário realizar um estudo para verificar as razões que levam as pessoas a optar por tratar em outras unidades, apesar do tratamento ser oferecido na unidade básica de saúde próxima ao local de residência. No grupo focal foram discutidas as possibilidades de estigma e de desconhecimento da existência de profissionais capacitados nas diversas unidades básicas de saúde não só por parte da população, como também de profissionais das próprias unidades.

Antes da descentralização a maioria dos casos (51,9%) era detectada por encaminhamento. Após a descentralização, aumenta a detecção por demanda espontânea (38,8% para 52%), o que também poderia indicar melhoria de acesso e maior conhecimento da comunidade em relação aos sinais e sintomas da hanseníase. O aumento da proporção de casos diagnosticados por exame de coletividade após a descentralização (0,4% para 3,5%) se deve às campanhas realizadas nesse período.

6.2.1 PRECOCIDADE DO DIAGNÓSTICO

As variáveis *forma clínica, classificação operacional e baciloscopia*, indicativas de precocidade de diagnóstico não apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os dois períodos. No entanto, o grau de incapacidade ao diagnóstico mostrou uma diminuição da proporção de casos com deformidades (GI=2), o que indicaria diagnósticos mais precoces. Houve, porém, aumento da proporção de casos com GI=1. Esse aumento se deve, possivelmente, a erros na classificação do grau de incapacidade. Em supervisão, foi verificado que alguns casos com diminuição de sensibilidade, mas sem perda da sensibilidade protetora estavam sendo classificados como grau 1. O próprio quadro de classificação do grau de incapacidade gera essa dúvida, pois atribui grau 1 quando houver “diminuição ou perda da sensibilidade”. Outro fato que chama a atenção é a elevada proporção de casos com insensibilidade de córnea em algumas unidades. Nenhuma das variáveis acima mostrou diferença estatisticamente significativa quando comparadas as unidades que já desenvolviam as ACH e as que as implantaram a partir de 2001.

6.2.2 TRATAMENTO COM PQT

Com o processo de descentralização, espera-se aumento da taxa de cura, uma vez que o paciente tem que se deslocar uma distância menor para comparecer ao serviço de saúde, diminuindo o custo e tempo gasto pelo mesmo. Além disso, a busca de faltosos seria mais fácil, uma vez que o paciente residiria na área de abrangência daquela unidade, sendo acompanhado por um agente comunitário de saúde. O melhor vínculo, discutido no grupo focal, também favoreceria a adesão ao tratamento. Não se observa melhora consistente na taxa

de cura entre PB após a descentralização. A taxa que chegou a 100% em 1999, caiu para 28,6 em 2002 e voltou a atingir 100% em 2004. É interessante observar que em alguns anos a taxa de cura dos PB é menor do que a dos MB, ao contrário do que se esperaria pelo tempo de duração do tratamento. Provavelmente a número pequeno de casos contribui para essa variação percentual. O estudo de Namadi et al. (2002) também mostrou diminuição na taxa de cura no grupo PB após a descentralização. Os autores atribuem esse fato a menor adesão ao tratamento em casos diagnosticados em campanhas (mais precoces e sem demanda clara do paciente). A taxa de cura dos casos MB aumentou gradualmente de 77,8% em 1995 a 92,5% em 2000. Após esse período a taxa volta a cair (os dados de 2004 e 2005 são parciais), oscilando entre *regular* e *bom*, segundo parâmetros do MS.

6.2.3 VIGILÂNCIA DE CONTATOS

Não há dados sobre o número de contatos examinados no período pré-descentralização. No período pós descentralização a proporção de contatos examinados foi de 61,7% , não havendo diferença estatisticamente significativa entre as unidades dos grupos 1 e 2. O exame de contatos ainda é precário no município, e o grupo focal apontou a ausência de estratégia sistematizada para buscar e examinar esses contatos. Uma das expectativas com a descentralização seria a aumento da proporção de contatos examinados, mas parece que a investigação epidemiológica / vigilância de contatos ainda não é suficientemente priorizada no município.

Como consequência da falta de priorização da vigilância de contatos, a proporção de casos detectados por esse meio é pequena tanto antes, quanto após a descentralização. Os valores encontrados (6,5 e 5,3%) são ainda menores do os encontrados por Lana et al (2002) em estudo realizado no município de Governador Valadares (em torno de 10%). Isso reforça a percepção de falta de priorização da vigilância de contatos, principalmente em algumas unidades. Verificou-se, porém, que alguns casos que são contatos de pessoas com hanseníase não são notificados como tal, uma vez que buscam o serviço espontaneamente, às vezes após a conclusão do tratamento do caso índice. Em apenas uma das unidades de Betim foram identificados 10 casos que eram contatos intradomiciliares, mas foram notificados como *demanda espontânea*.

6.2.4 IDENTIFICAÇÃO E TRATAMENTO DE NEURITES E REAÇÕES

Em relação a episódios reacionais durante o tratamento, 57,1% dos casos novos de hanseníase apresentaram sinais ou sintomas de reação, e fizeram uso de corticoesteróides. De acordo com parâmetros da ILEP, esse percentual alto poderia indicar problemas na identificação e/ou tratamento de reações hansênicas. Pacientes chegam a utilizar corticoesteróides durante todo o tratamento com PQT, inclusive alguns que fizeram 24 doses. Seria necessário realizar investigação desses casos para verificar se haveria necessidade de encaminhamento para centros de referência para avaliar a adequação do uso de corticoesteróides e a necessidade de intervenção cirúrgica para reverter o quadro.

O MS preconiza a avaliação mensal por ocasião da dose supervisionada, além dos momentos do diagnóstico e da alta. Em nosso estudo verificamos uma mediana de três (Grupo 1) e duas (Grupo 2) avaliações por paciente PB, e cinco e seis avaliações para pacientes do grupo MB. Verifica-se, portanto, que não há diferença entre unidades que já desenvolviam as ACH e as que passam a desenvolvê-las quanto à frequência de realização do exame neurológico simplificado. Nenhum dos dois grupos chega a cumprir os critérios estabelecidos tanto pelo MS quanto pelo protocolo de hanseníase do município de uma avaliação por mês durante a PQT. Os pacientes que apresentam episódios reacionais são examinados mais frequentemente. Alguns chegam a ser submetidos ao exame neurológico mensalmente. Foi verificado, em anotações de prontuário e em discussões com profissionais, que algumas vezes os próprios pacientes se recusam a se submeter ao exame neurológico simplificado mensalmente, principalmente nos casos em que não há sintomatologia sugestiva de reações ou neurites.

Os resultados relativos à evolução das incapacidades nos mostram a importância do acompanhamento cuidadoso dos pacientes com GI=1, pois podem tanto evoluir para GI=0, quanto piorar e vir a ter deformidades irreversíveis. Não houve diferença estatisticamente significativa entre as unidades dos grupos 1 e 2 quanto à melhora ou piora das incapacidades durante a PQT. No geral, 11% dos casos apresentaram piora do grau de incapacidade durante o tratamento com PQT. A ILEP sugere que percentual acima de 5% indicaria problemas com o acompanhamento dos casos no que diz respeito às incapacidades. No estudo de Goulart et al. (2002), 68% dos casos tinham GI=0 no diagnóstico mantiveram essa condição na alta. Essa proporção é de 88% no presente estudo. Em relação aos casos diagnosticados com GI=1, 61,5% mantiveram a condição e 23,1% melhoraram, recebendo alta com GI=0 no estudo de

Goulart et al. (2002). No presente estudo, essas proporções foram de 41,3% e 50% respectivamente.

É possível que exista sub-registro de limitação de atividades e restrição de participação social, uma vez que as atividades priorizadas no controle da hanseníase geralmente dizem respeito ao diagnóstico da patologia e seu tratamento. A importância dada ao estigma e os casos relatados na discussão do grupo focal indicam que um número maior de pessoas sofre algum tipo de restrição, além dos registros encontrados nos prontuários. Alguns profissionais alegaram que muitas vezes não registram ocorrências de restrição de participação social ou estigma em prontuário, por questão de sigilo, uma vez que várias pessoas terão acesso ao mesmo. Não existe no município, até o momento, uma discussão sistematizada de como identificar e acompanhar pessoas com limitação de atividades e/ou restrição de participação social.

A proporção de pessoas que demandaram acompanhamento pós-alta foi bastante significativo e deve ser considerado ao planejar recursos humanos e insumos para o desenvolvimento das ACH. O acompanhamento, em 33,9% dos casos foi devido a reações e/ou neurites, que podem se prolongar por meses ou até anos após a alta da PQT.

6.3 DESCENTRALIZAÇÃO E PROCESSO DE TRABALHO

É interessante observar, no conteúdo da discussão do grupo focal, que, apesar de se apontar a falta de capacitação dos profissionais para desenvolver as ACH e se reforçar a necessidade da continuidade das capacitações, os principais obstáculos à descentralização não dizem respeito a questões técnicas, financeiras ou de insumos, mas sim a aspectos de caráter individual e “subjetivo”, denominados *a face humana da descentralização* (McINTYRE e KLUGMAN, 2003). Isso nos remete ao trabalho de Merhy⁸ (s.d.) a respeito do modelo assistencial e das tecnologias do trabalho em saúde. A disponibilidade de tecnologia dura (aparelhos e ferramentas de trabalho) não foi mencionada como obstáculo à descentralização. O que

⁸ MEHRY, E. E. *A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência*. [s.d]. Mimeografado.

freqüentemente dificulta o trabalho de descentralização é a forma como a tecnologia leve se faz presente no trabalho em saúde:

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente, produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas “pessoas”, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se inter-subjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momento de falas, escutas e interpretações, no qual há produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação. (p.5)

Os profissionais que se recusam a *vestir a camisa* se negam a assumir a responsabilização e o vínculo inerentes ao cuidado da pessoa com hanseníase. Na realidade, acolhimento, responsabilização e vínculo deveriam ser inerentes a qualquer encontro entre profissional de saúde e usuário, e o grupo mencionou que seria positivo se as mudanças ocorridas no processo de trabalho com a implantação das ACH se estendessem às demais ações em saúde.

O modelo assistencial centrado em procedimentos produz um distanciamento entre profissional e usuário, e entre os diversos trabalhadores da área de saúde. Quando se buscam soluções pautadas apenas na atuação de indivíduos, chega-se a um beco sem saída, pois como inculir responsabilização ou vínculo em determinado profissional? Mehry (s.d.) afirma que a implantação de um modelo assistencial comandado pelo universo das tecnologias leves implica uma decisão política clara, pois segundo Rouillon (apud GOULART, 1991) a motivação segue uma escala. Em primeiro lugar é necessário motivar legisladores, políticos e líderes; em segundo lugar, os planejadores (que elaboram os programas); e em terceiro lugar os profissionais de saúde. Não há como priorizar abordagens, ações ou áreas estratégicas se isso não estiver claramente definido em todos os níveis de gestão.

Outros autores citam o impacto significativo da atitude e motivação dos profissionais sobre a implementação de ações de saúde e sobre a qualidade das mesmas, chegando a ser mais importantes do que fatores como recursos financeiros ou materiais (McINTYRE e KLUGMAN, 2003; MILLS, 1990). Os profissionais “da ponta” tanto gerentes, quanto profissionais da assistência são atores fundamentais, e a percepção dos mesmos acerca das mudanças provocadas pela descentralização determinam a implantação (ou não) das ações. Deve-se, portanto, incentivar a participação desses profissionais na formulação de diretrizes e políticas, bem como estabelecer canais de comunicação efetivos com eles. Nesse sentido, a

tecnologia leve permeia também as relações interprofissionais, onde os mais experientes se responsabilizam junto aos “novatos” por sua formação e capacitação, acolhendo suas dúvidas e estabelecendo vínculos que facilitam o trabalho, tornando-o mais vivo. As relações interprofissionais também foram modificadas com a implantação das ACH com a formação de uma “equipe de hanseníase” dentro das unidades, onde não apenas um, mas vários profissionais são co-responsáveis pelo cuidado oferecido ao paciente.

A atuação do gerente é de fundamental importância no processo de descentralização e integração das ACH na atenção básica. A resistência do gerente pode até chegar a ser o principal obstáculo à implantação de qualquer ação em uma unidade básica de saúde (McINTYRE e KLUGMAN, 2003). Frequentemente a UBS se vê sobrecarregada na tentativa de atender a tantas necessidades e exigências simultaneamente: hanseníase, DST/AIDS, saúde do adulto, saúde bucal, saúde da criança, saúde do idoso, saúde da mulher, saúde mental, tuberculose. Há, por vezes, falta de clareza quanto a linhas de responsabilização, gerada também por processos de planejamento e implementação de ações que ocorrem de forma não-articulada entre os diversos “programas”, e destes para com as gerências de atenção básica (CRIEL et al., 1997; McINTYRE e KLUGMAN, 2003; NEWELL et al., 2005). Os responsáveis por esses programas, por sua vez, dependem de outras pessoas, sobre as quais não têm qualquer autoridade, para implementar as ações. Deve haver uma clara definição de autoridade, papéis e responsabilidades na gestão das diversas ações e na articulação dessas com a atenção básica (McINTYRE e KLUGMAN, 2003) para que qualquer proposta de descentralização tenha êxito.

O centro de referência parece ter assumido com empenho seu novo papel. Os profissionais são responsáveis pelas capacitações realizadas no município. Em relação ao suporte às outras unidades, verificou-se que todas as UBS utilizaram o centro de referência em algum momento e que o agendamento dos pacientes foi feito de forma ágil. Como o levantamento do tempo para agendamento foi feito entre os casos que efetivamente conseguiram acesso ao centro de referência, seria necessário levantar a existência de casos que não conseguiram, por algum motivo, ter acesso ao mesmo.

Outros tópicos discutidos pelo grupo focal também estão presentes na literatura. O aumento da carga de trabalho é descrito como uma razão para se opor à integração das ACH também no estudo de RAJU e DONGRE (2003), onde 68% dos profissionais entrevistados percebiam

que a implantação das ACH acarretaria um aumento da carga de trabalho, apesar de apenas 39% explicitar isso como uma razão para se opor à descentralização. Esse mesmo estudo cita a dificuldade de ocultar o diagnóstico de hanseníase em um contexto de descentralização, pelo fato dos funcionários serem moradores da comunidade também como obstáculo à integração.

O estigma e preconceito ainda são importantes obstáculos à descentralização e à prestação de assistência às pessoas com hanseníase dentro da rede hierarquizada de saúde (FELICIANO e KOVACS, 1996). O ocultamento dificulta o comparecimento dos contatos para exame e produz sérios problemas de adaptação, como ansiedade, medo e vergonha. O preconceito nem sempre aparece claramente, e existe apesar do conhecimento racional sobre fatos científicos acerca da hanseníase. Um estudo demonstrou que o preconceito é maior entre os médicos, quando comparados a outras categorias profissionais, e não diz respeito somente à hanseníase, mas a doenças crônicas de um forma geral (PREMKUMAR et al, 1994).

7 CONCLUSÃO

Quando retomamos o processo de descentralização das ações de controle da hanseníase em Betim, verificamos que, de fato, há hoje maior número de unidades básicas de saúde envolvidas no controle da hanseníase, razão pela qual o processo em Betim foi, inicialmente, avaliado como um sucesso. A literatura consultada nos esclarece que, na realidade, houve um processo de desconcentração, classificada como uma das formas de descentralização por alguns autores, e não considerada como tal por outros, uma vez que não há repasse de autoridade política aos níveis mais periféricos. Houve um repasse de funções técnicas e administrativas, do cuidado com a pessoa com hanseníase e das atividades de informação/notificação a ele inerente. Isso contribuiu para que as ACH fossem descentralizadas, mas não totalmente integradas à atenção básica. Existe, até hoje, certa verticalidade nessas ações que muitas vezes não são vistas como responsabilidade da unidade básica de saúde, de seu gerente e de seus técnicos, mas sim da “referência técnica em hanseníase” ou do “centro de referência em hanseníase”. Os profissionais que *vestem a camisa* frequentemente desenvolvem as ACH de forma isolada dentro de sua unidade. Não é incomum ver profissionais que desconhecem a existência desse profissional/equipe e das ACH em sua unidade. A mudança dessa postura extrapola a ação de uma área técnica isoladamente, implicando mudança e determinação de um novo modelo de assistência.

Em relação à prevenção de incapacidades, existia uma expectativa de que a descentralização facilitaria o acesso ao diagnóstico e tratamento da hanseníase, favorecendo diagnósticos mais precoces, além de melhorar a adesão do paciente ao tratamento. Existia receio quanto à qualidade do acompanhamento a ser realizado nas novas unidades. As variáveis analisadas não evidenciam maior precocidade dos diagnósticos. Continua ocorrendo predomínio de formas multibacilares, muitos das quais com baciloscopia positiva e cerca de 11% já com deformidades, indicativo de diagnóstico tardio, apesar da redução da taxa de detecção. As taxas de cura também não mostraram melhora consistente, oscilando durante o período, com

médias de 78,6% em PB e 77,6% em MB, desempenho precário de acordo com os parâmetros do MS. A vigilância de contatos ainda não é satisfatória, mas não há dados do período anterior à descentralização para comparação. Deve-se ter em mente que o número muito pequeno de casos na população estudada dificulta as análises e que a descentralização é evento ainda relativamente recente.

Por outro lado, os indicadores não evidenciaram piora da qualidade da atenção. Mesmo em relação ao desenvolvimento de incapacidades, os resultados das unidades com mais experiência em ACH e as que implantaram as ações pós-descentralização são equiparáveis. O grupo focal avaliou que a qualidade da atenção melhorou, usando para tanto critérios outros que não os indicadores epidemiológicos selecionados para o componente quantitativo do estudo (melhor vínculo, assistência integral e multiprofissional). Esses critérios dizem pouco da endemia hanseníca ou do impacto da descentralização sobre a mesma, mas são totalmente coerentes com a proposta de atenção básica. Para confirmar melhor vínculo ou atendimento mais global, seria necessário cotejar esses achados com outra fonte de informação, como por exemplo, os usuários do sistema.

A descentralização é um processo apenas iniciado no município de Betim. É necessário esforço constante para a manutenção dos ganhos alcançados até o momento. Sem esse trabalho, a tendência é que o sistema volte a funcionar como antes, com a centralização das ações de controle. Isso porque há “ameaças” constantes a descentralização, tais como a rotatividade de profissionais, e resistência de muitos em participar das ACH, o desconhecimento ainda existente por parte dos profissionais de saúde e comunidade em geral, e a inércia de décadas de um **programa** de hanseníase executados por especialistas, muitas vezes à margem de mudanças estruturais e conceituais no sistema de saúde. Sem dúvida alguma, as ações educativas são essenciais para que exista avanço no processo de descentralização e melhor assistência à pessoa com hanseníase em todos os níveis. Já em 1972, Browne afirmava:

The outstanding formidable obstacles are mainly mental and social, and they are present in the minds of men – doctors and medical workers, political leaders, and ordinary people. Education is needed at all levels, and by all possible means and media. It is high time that attitudes changed.

REFERÊNCIAS

ACÚRCIO, F. A. *Acesso a serviços e resultados na saúde de indivíduos infectados pelo HIV em Belo Horizonte/MG, 1989-1994: uma abordagem quantitativa e qualitativa*. 1998. 323f. Tese (Doutorado em Ciência Animal). Escola de Veterinária. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1998.

ARRETCHE, M. T. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um estado federativo. *Rev. Bras. Ci. Soc.*, São Paulo, v. 14, n. 40, p. 111-141, Jun. 1999.

ASNAKE, M. K. *et al.* Knowledge and attitude of health professionals in relation to the integration of leprosy control into the general health service in Ethiopia. *Int. J. Lepr. Other Mycobact. Dis.*, Lawrence, v. 68, n. 3, p. 299-306, Sep. 2000.

BARRO, M. P. A. A. Avaliação da situação da hanseníase no município de Londrina de 1997 a 2001: aspectos epidemiológicos, operacionais e organizacionais. *Hansen. Int.*, Bauru, v. 29, n. 2, p. 110-117, Jul.-Dez. 2004.

BETIM. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde: período 2002-2005*. 2002. Disponível em: <http://www.betim.mg.gov.br/prefeitura_de_betim/superintendencias/recursos_humanos/concursos/39119%3B49058%3B07384213%3B0%3B0.asp?c=0> Acesso em: 29 de janeiro de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia para o controle da hanseníase*. Brasília, Ministério da Saúde, 2002. 89 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. *Hanseníase: atividades de controle e manual de procedimentos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. 177 p.

BRASIL. Portaria n. 95 de 26 de janeiro de 2001. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. *Normas técnicas para a eliminação da hanseníase no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c. 45 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão e Políticas Estratégicas. *Guia para implantar/implementar as atividades de controle da*

hanseníase nos planos estaduais e municipais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 28 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. *Saúde para a vida: treinamento para prevenção de incapacidades em hanseníase*. Brasília, 1998. CD-ROM.

BRITTON, W. J.; LOCKWOOD, D. N. J. Leprosy. *The Lancet*, Londres, v. 363, n. 9416, p. 1202-1219, Apr.10 2004. .

BROWNE, S. G. The integration of leprosy into the general health services. *Lepr. Rev.*, Londres, , v. 43, n. 1, p. 16-20, Mar. 1972.

CONTANDRIOPOULOS, A. *et al.* A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (Org.) *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997, p. 29-47.

CRIEL, B.; BROUWERE, V.; DUGAS, S. Integration of vertical programmes in multi-function health services. Belgium, ITG Press, *Studies in Health Services Organization and Policy*, 3, 1997. 48p. Disponível em: <<http://www.itg.be/itg/GeneralSite/InfServices/Downloads/shsop03.pdf>> Acesso em: 29 de janeiro de 2007.

CROFT, R. Editorial. *Lepr. Rev.* Londres, v. 74, n. 4, p. 297-99, Dec. 2003.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde: princípios. In: CAMPOS, F.E. *et al.* *Caderno Planejamento e Gestão em Saúde*. Belo Horizonte: Coopmed, 1998, p.11-26.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. *Arch. Pathol. Lab. Med.*, Lawrence, v. 114, n. 11, p. 1115-18, Nov. 1990.

FEENSTRA, P. Leprosy control through general health services and/or combined programmes. *Lepr. Rev.*, Londres, v. 64, n. 2, p. 89-96, Jun. 1993.

FEENSTRA, P.; VISSCHEDIJK, J. Leprosy control through general health services – revisiting the concept of integration. *Lepr. Rev.*, Londres, v. 73, n. 2, p. 111-22, Jun. 2002.

FELICIANO, K. V. O.; KOVACS, M. H. Hanseníase, estigma e invisibilidade. *Saúde em debate*. Londrina, v. 52, p. 42-49, Set. 1996.

FLEISS, J. L.; LEVIN, B.; PAIK, M. C. Missing data. In: *Statistical methods for rates and proportions*. New Jersey, John Wiley & Sons, 2003. 3ª ed. p. 491-560.

GOÉS, M. A. *et al.* Perfil clínico-epidemiológico da hanseníase no município de Aracaju/SE no período de 1996 a 2003. *Rev. Soc. Bras. Méd. Trop.*, Uberaba, v. 37, p. 297, 2004. Suplemento I.

GOULART, I. M. B. Fatores que interferem no controle da hanseníase na rede básica de assistência à saúde. *Hansen. Int.*, Bauru, v. 16, n. 1, p. 7-15, Jan.-Jun. 1991.

- _____. Grau de incapacidade: indicador de prevalência oculta e qualidade do programa de controle da hanseníase em um Centro de Saúde-Escola no município de Uberlândia-MG. *Hansen. Int.*, Bauru, v. 27, n. 1, p. 3-13, Jan.-Jun. 2002.
- HORTALE, V. A.; PEDROZA, M.; ROSA, M. L. G. Operacionalizando as categorias de acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 231-239, Jan.-Mar. 2000.
- IILEP. *The interpretation of epidemiological indicators in leprosy*. Londres: IILEP, 2001. 25p.
- JOB, C. K. Nerve damage in leprosy. *Int. J. Lepr. Other Mycobact. Dis.*, Lawrence, v. 57, n. 2, p. 532-539, Jun. 1989.
- KALK, A.; FLEISCHER, K. The decentralization of the health system in Colombia and Brazil and its impact on leprosy control. *Lepr. Rev.*, Londres, v. 75, n. 1, p. 67-78, Mar. 2004.
- KASTURIARATCHI, N. D. *et al.* Processes and challenges: how the Sri Lankan health system managed the integration of leprosy services. *Lepr. Rev.* Londres, v. 73, n. 2, p. 177-85, Jun. 2002.
- KUMAR B.; DOGRA S.; KAUR, I. Epidemiological characteristics of leprosy reactions: 15 years experience from north India. *Int. J. Lepr. Other Mycobact. Dis.*, Lawrence, v. 72, n. 2, p. 125-33, Jun. 2004.
- LANA, F. C. F. *et al.* Transmissão e controle da hanseníase no município de Governador Valadares/MG – período de 1990 a 2000. *Hansen. Int.*, Bauru, v. 27, n. 2, p. 83-92, Jul.-Dez. 2002.
- LANA, F. C. F. *et al.* Situação epidemiológica da hanseníase no município de Belo Horizonte/MG – período 92/97. *Hansen. Int.*, Bauru, v. 25, n. 2, p. 83-92, Jul.-Dez. 2000.
- LEVICOVITZ, E. *et al.* Políticas de saúde nos anos 90 : relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.
- MACIEL, L. R. *et al.* Memories and history of Hansen's disease in Brazil told by witnesses (1960-2000). *Hist. Cienc. Saude-Manguinhos.*, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702003000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 de janeiro de 2007.
- McINTYRE, D.; KLUGMAN, B. The human face of decentralization and integration of health services: experience from South África. *Reprod. Health Matters*, Amsterdam, v. 11, n. 21, p. 108-119, May. 2003.
- MENDES, E. V. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: MENDES, Eugênio Vilaça (org.) *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: HUCITEC, 1998. p. 17-55
- MILLS, A. *et al.* *Health System Decentralization – concepts, issues and country experience*. Geneva: WHO, 1990. 146 p.

- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 3ª edição. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1994. 269p.
- MOREIRA, T. M. A. *Avaliação da descentralização das ações programáticas de hanseníase: um estudo de caso*. 2002. 182 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.
- MORSE, J. M.; FIELD, P. A. *Qualitative research methods for health professionals*. 2a ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 1995. 254p.
- MOSCA, I. Is decentralization a real solution? A three country study. *Health Policy*, Amsterdam, v. 77, n. 1, p. 113-120, Jun. 2006.
- NAAFS, B. Leprosy after the year 2000. *Trop. Med. Int. Health.*, Londres, v. 5, n. 6, p. 400-403, Jun. 2000.
- NAMADI, A.; VISSCHEDIJK, J.; SAMSON, K. The leprosy elimination campaign in Jigawa, Nigeria: an opportunity for integration. *Lepr Rev.*, Londres, v. 73, n.2, p.138-46, Jun. 2002.
- NERY J. A. *et al.* Reactional states in multibacillary Hansen disease patients during multidrug therapy. *Rev. Inst. Med. Trop. São Paulo*, São Paulo, v. 40, n. 6, p. 363-70, Nov-Dez. 1998.
- NEWELL, J. N. *et al.* Decentralization and TB control in Nepal: understanding the views of TB control staff. *Health Policy*, Amsterdam, v. 73, n. 2, p. 212-227, Aug. 2005.
- PAIM, J. S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z. (org.) *Epidemiologia e Saúde*. 5ª. ed. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica Ltda, 1999, p. 489-503.
- PENNA, G. O. Hanseníase: epidemiologia e controle. *Rev. Soc. Brás. Méd. Trop.*, Uberaba, v. 27, p. 37-44, Out-Dez. 1994. Suplemento III.
- PIMENTEL, M. I. F. *et al.* Descentralização do diagnóstico e tratamento da hanseníase no Estado do Rio de Janeiro: avanços e problemas. *Hansen. Int.* Bauru, v. 29, n. 2, p. 87-93, Jul.-Dez. 2004.
- PINTO NETO, J. M. *et al.* Considerações epidemiológicas referentes ao controle dos comunicantes de hanseníase. *Hansen. Int.*, Bauru, v. 27, n. 1, p.23-28, Jan.-Jun. 2002.
- PORTELA, M. C. Avaliação da qualidade em saúde. In: Rozenfeld, S (org). *Fundamentos da vigilância sanitária*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p.259-269.
- PRATA, B. P. *et al.* Aspectos epidemiológicos da hanseníase em localidades do Estado de Sergipe, Brasil, período de 1994-1998. *Hansen. Int.*, Bauru, v. 25, n.1, p. 49-53, Jan.-Jun. 2000.

- PREMKUMAR, R.; KUMAR, K. S.; DAVE, S. L. Understanding the attitude of multidisciplinary teams working in leprosy. *Lepr. Rev.*, Londres, v. 65, n. 1, p. 66-77, Mar. 1994.
- RAO, P. S. S. *et al.* Elimination of leprosy: the integration of leprosy related activities into the general health services of Tamil Nadu. *Lepr. Rev.*, Londres, v. 73, n. 2, p. 123-129, Jun. 2002.
- RAJU, M. S.; DONGRE, V. V. Integration of the leprosy programme into primary health care: a case study of perceptions of primary health care workers. *Indian J. Lepr.*, Delhi, v. 75, n. 3, p. 243-258, Jul.-Sep. 2003.
- RAMADAM, W. *et al.* Clinical, electrophysiological and immunopathological study of peripheral nerves in Hansen's disease. *Lepr. Rev.*, Londres, v. 72, n. 1, p. 35-49, Sept. 2001.
- ROOS, B. R.; VAN BRAKEL, W. H.; CHAURASIA, A. K. Integration of leprosy control into basic health services; an example from Nepal. *Int. J. Lepr. Other Mycobact. Dis.*, Lawrence, v.63, n. 3, p. 422-429, Sept. 1995.
- ROSSI, P. H. *et al.* *Evaluation: a systematic approach*. 6^a ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 1998. 512 p.
- SANTOS, V. S. M. Pesquisa documental sobre a história da hanseníase no Brasil. *Hist. Cienc. Saud-Manguinhos*, Rio de Janeiro, *Saúde*. v. 10, supl.1, p. 415-26, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702003000400019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 5 Fev 2007.
- SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO e GT/HANSEN/CONASEMS. *O que mudou na hanseníase com a NOAS*. Rio de Janeiro: SES-RJ, 2001. 80p.
- SILVA, S. F. *Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas*. São Paulo: Hucitec, 2001. 294p.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE HANSENOLOGIA e SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. *Hanseníase: episódio reacionais*. 19 p. Disponível em: <http://projotodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/056.pdf> Acesso em: 29 de janeiro de 2007.
- SOUTAR, D. Integration of leprosy services. *Lepr. Rev.*, Londres, v. 73, n. 2, p. 109-10, Jun. 2002.
- STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.
- STEWART, D. W.; SHAMDASANI, P. N. *Focus groups: theory and practice*. Newbury Park: Sage Publications, 1990. 153p.
- TALHARI, S. *et al.* *Hanseníase*. Manaus, [s.n.], 2006. 216p.

VISSCHEDIJK, J. *et al.* Leprosy control strategies and the integration of health services: an international perspective. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1567-81, Dez. 2003.

VISSCHEDIJK, J. *et al.* *Mycobacterium leprae* – millennium resistant! *Trop. Med. Int. Health*, Londres, v. 5, n. 6, p. 388-399, Jun. 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Multidrug therapy against leprosy: development and implementation over the last 25 years*. Geneva, WHO, 2004.190 p. Disponível em: < http://www.who.int/lep/mdt/tech_rpt/en/index.html > Acesso em: 29 de janeiro de 2007.

_____. *Leprosy*. Fact sheet n. 101. Disponível em: < <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs101/en/> > Acesso em: 17 de janeiro de 2007. revisado em outubro de 2005

_____. *Weekly Epidemiological Record*. v. 80, n. 13, April 1, 2005, p. 113-124. Disponível em: < <http://www.who.int/wer/2005/wer8013.pdf> > Acesso em: 17 de janeiro de 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento para coleta de dados em prontuário

1 IDENTIFICAÇÃO	
1.1	DATA DA COLETA DOS DADOS: ___/___/2006
1.2	RESPONSÁVEL PELA COLETA: [1] Priscila [2] Valéria
1.3	FONTE DE DADOS: [] Prontuário [] Ficha arquivo rotativo [] Outro _____
1.4	Unidade de saúde _____ _ _ _ _ _ _ _ _
1.5	Número de prontuário na unidade _ _ _ _ _ _ _ _
1.6	Número de notificação _ _ _ _ _ _ _ _
1.7	Nome do paciente _____
2 CONTATOS INTRADOMICILIARES	
2.1	Número de contatos registrados Fonte _____ _ _
2.2	Número de contatos examinados até o final do tratamento _ _
2.3	Número de contatos examinados após o final do tratamento _ _
3 BACILOSCOPIA	
3.1	Há resultado de BAAR no início do tratamento? (1–Sim 2–Não) _
3.2	Se sim, informar: (8 – NA) Data _ _ _ _ _ _ _ _
3.3	IB _ _
4 EXAME NEUROLÓGICO E INCAPACIDADES – DIAGNÓSTICO	
4.1	Há exame neurológico por ocasião do diagnóstico? (1–Sim 2–Não) _
4.2	O exame está completo? (1–Sim 2–Não) _
4.3	Falta _____ (NA.....8) _
4.4	Escore EHF inicial (NA.....8) _ _ _ _ _ _ _ _
4.5	Grau de incapacidade inicial (NA.....8) _
Incapacidades presentes ao diagnóstico (1 – Sim / 2 – Não):	
4.6	insensibilidade córnea D _
4.7	insensibilidade córnea E _
4.8	lagofalmo D _
4.9	lagofalmo E _
4.10	acuidade visual <0,8 D _
4.11	acuidade visual <0,8 E _
4.12	↓ sensibilidade palmar D _
4.13	↓ sensibilidade palmar E _
4.14	insensibilidade palmar D _
4.15	insensibilidade palmar E _
4.16	↓ FM mão D _
4.17	↓ FM mão E _

4.18	garra dedos D	<input type="checkbox"/>	4.19	garra dedos E	<input type="checkbox"/>
4.20	úlceras mão D	<input type="checkbox"/>	4.21	úlceras mão E	<input type="checkbox"/>
4.22	↓ sensibilidade plantar D	<input type="checkbox"/>	4.23	↓ sensibilidade plantar E	<input type="checkbox"/>
4.24	insensibilidade plantar D	<input type="checkbox"/>	4.25	insensibilidade plantar E	<input type="checkbox"/>
4.26	↓ FM pé D	<input type="checkbox"/>	4.27	↓ FM pé E	<input type="checkbox"/>
4.28	garra artelhos D	<input type="checkbox"/>	4.29	garra artelhos E	<input type="checkbox"/>
4.30	pé caído D	<input type="checkbox"/>	4.31	pé caído E	<input type="checkbox"/>
4.32	úlceras pé D	<input type="checkbox"/>	4.33	úlceras pé E	<input type="checkbox"/>
5 EXAME NEUROLÓGICO E INCAPACIDADES – ALTA CURA					
5.1	Há exame neurológico simplificado por ocasião da alta?(1-Sim 2-Não 8-NA)				<input type="checkbox"/>
5.2	O exame está completo? (1-Sim 2-Não 8-NA)				<input type="checkbox"/>
5.3	Falta _____(NA.....8)				<input type="checkbox"/>
5.4	Escore EHF final (NA.....8)				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.5	Grau de incapacidade final (NA.....8)				<input type="checkbox"/>
Incapacidades presentes na alta (1 – Sim / 2 – Não / 8 – NA):					
5.6	insensibilidade córnea D	<input type="checkbox"/>	5.7	insensibilidade córnea E	<input type="checkbox"/>
5.8	lagofalmo D	<input type="checkbox"/>	5.9	lagofalmo E	<input type="checkbox"/>
5.10	acuidade visual <0,8 D	<input type="checkbox"/>	5.11	acuidade visual <0,8 E	<input type="checkbox"/>
5.12	↓ sensibilidade palmar D	<input type="checkbox"/>	5.13	↓ sensibilidade palmar E	<input type="checkbox"/>
5.14	insensibilidade palmar D	<input type="checkbox"/>	5.15	insensibilidade palmar E	<input type="checkbox"/>
5.16	↓ FM mão D	<input type="checkbox"/>	5.17	↓ FM mão E	<input type="checkbox"/>
5.18	garra dedos D	<input type="checkbox"/>	5.19	garra dedos E	<input type="checkbox"/>
5.20	úlceras mão D	<input type="checkbox"/>	5.21	úlceras mão E	<input type="checkbox"/>
5.22	↓ sensibilidade plantar D	<input type="checkbox"/>	5.23	↓ sensibilidade plantar E	<input type="checkbox"/>
5.24	insensibilidade plantar D	<input type="checkbox"/>	5.25	insensibilidade plantar E	<input type="checkbox"/>
5.26	↓ FM pé D	<input type="checkbox"/>	5.27	↓ FM pé E	<input type="checkbox"/>
5.28	garra artelhos D	<input type="checkbox"/>	5.29	garra artelhos E	<input type="checkbox"/>
5.30	pé caído D	<input type="checkbox"/>	5.31	pé caído E	<input type="checkbox"/>
5.32	úlceras pé D	<input type="checkbox"/>	5.33	úlceras pé E	<input type="checkbox"/>
6 EXAME NEUROLÓGICO SIMPLIFICADO (DURANTE TTO)					
6.1	Número de exames neurológicos realizados durante o tratamento				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.2	Há descrição de algum episódio reacional? (1-Sim 2-Não)				<input type="checkbox"/>
6.3	Há registro de uso de corticóide durante o tratamento? (1-Sim 2-Não)				<input type="checkbox"/>
6.4	Tempo de uso (em meses)				<input type="checkbox"/>

OLHOS	
6.5 Há registro de insensibilidade de córnea? (1-Sim 2-Não)	<input type="checkbox"/>
6.6 Se sim, foi adotada alguma conduta? (1-Sim 2-Não 8-NA)	<input type="checkbox"/>
6.7 Conduta adotada: _____	
6.8 Há registro de lagoftalmo? (1-Sim 2-Não)	<input type="checkbox"/>
6.9 Se sim, foi adotada alguma conduta? (1-Sim 2-Não 8-NA)	<input type="checkbox"/>
6.10 Conduta adotada: _____	
6.11 Há registro de diminuição da acuidade visual (<0,8)? (1-Sim 2-Não)	<input type="checkbox"/>
6.12 Se sim, foi adotada alguma conduta? (1-Sim 2-Não 8-NA)	<input type="checkbox"/>
6.13 Conduta adotada: _____	
MEMBROS SUPERIORES	
6.14 Há registro de dor ou choque neural? (1-Sim 2-Não)	<input type="checkbox"/>
6.15 Se sim, foi adotada alguma conduta? (1-Sim 2-Não 8-NA)	<input type="checkbox"/>
6.16 Conduta adotada: _____	
6.17 Há registro de alteração de sensibilidade palmar (ponto azul), sem insensibilidade, na primeira avaliação ou com piora em relação a uma avaliação anterior? (1-Sim 2-Não)	<input type="checkbox"/>
6.18 Se sim, foi adotada alguma conduta? (1-Sim 2-Não 8-NA)	<input type="checkbox"/>
6.19 Conduta adotada: _____	
6.20 Há registro de alteração de sensibilidade palmar (ponto lilás), sem insensibilidade, na primeira avaliação ou com piora em relação a uma avaliação anterior? (1-Sim 2-Não)	<input type="checkbox"/>
6.21 Se sim, foi adotada alguma conduta? (1-Sim 2-Não 8-NA)	<input type="checkbox"/>
6.22 Conduta adotada: _____	
6.23 Há registro de insensibilidade palmar? (1-Sim 2-Não)	<input type="checkbox"/>
6.24 Se sim, foi adotada alguma conduta? (1-Sim 2-Não 8-NA)	<input type="checkbox"/>
6.25 Conduta adotada: _____	
6.26 Há registro de diminuição de força muscular em mãos na primeira avaliação ou com piora em relação a uma avaliação anterior?	<input type="checkbox"/>
6.27 Se sim, foi adotada alguma conduta? (1-Sim 2-Não 8-NA)	<input type="checkbox"/>
6.28 Conduta adotada: _____	
6.29 Há registro de garras de dedos? (1-Sim 2-Não)	<input type="checkbox"/>
6.30 Se sim, foi adotada alguma conduta? (1-Sim 2-Não 8-NA)	<input type="checkbox"/>
6.31 Conduta adotada: _____	

6.32	Há registro de úlceras em mãos? (1-Sim 2-Não)	<input type="checkbox"/>
6.33	Se sim, foi adotada alguma conduta? (1-Sim 2-Não 8-NA)	<input type="checkbox"/>
6.34	Conduta adotada: _____	
MEMBROS INFERIORES		
6.35	Há registro de dor ou choque neural? (1-Sim 2-Não)	<input type="checkbox"/>
6.36	Se sim, foi adotada alguma conduta? (1-Sim 2-Não 8-NA)	<input type="checkbox"/>
6.37	Conduta adotada: _____	
6.38	Há registro de alteração de sensibilidade plantar (ponto lilás), sem insensibilidade, na primeira avaliação ou com piora em relação a uma avaliação anterior? (1-Sim 2-Não)	<input type="checkbox"/>
6.39	Se sim, foi adotada alguma conduta? (1-Sim 2-Não 8-NA)	<input type="checkbox"/>
6.40	Conduta adotada: _____	
6.41	Há registro de insensibilidade plantar? (1-Sim 2-Não)	<input type="checkbox"/>
6.42	Se sim, foi adotada alguma conduta? (1-Sim 2-Não 8-NA)	<input type="checkbox"/>
6.43	Conduta adotada: _____	
6.44	Há registro de diminuição de força muscular na primeira avaliação ou com piora em relação a uma avaliação anterior? (1-Sim 2-Não)	<input type="checkbox"/>
6.45	Se sim, foi adotada alguma conduta? (1-Sim 2-Não 8-NA)	<input type="checkbox"/>
6.46	Conduta adotada: _____	
6.47	Há registro de garras de artelhos? (1-Sim 2-Não)	<input type="checkbox"/>
6.48	Se sim, foi adotada alguma conduta? (1-Sim 2-Não 8-NA)	<input type="checkbox"/>
6.49	Conduta adotada: _____	
6.50	Há registro de pé caído? (1-Sim 2-Não)	<input type="checkbox"/>
6.51	Se sim, foi adotada alguma conduta? (1-Sim 2-Não 8-NA)	<input type="checkbox"/>
6.52	Conduta adotada: _____	
6.53	Há registro de úlceras plantares? (1-Sim 2-Não)	<input type="checkbox"/>
6.54	Se sim, foi adotada alguma conduta? (1-Sim 2-Não 8-NA)	<input type="checkbox"/>
6.55	Conduta adotada: _____	
7 OUTRAS INCAPACIDADES		
7.1	Há registro de limitação de atividades? (1-Sim 2-Não)	<input type="checkbox"/>
7.2	Se sim, foi adotada alguma conduta? (1-Sim 2-Não 8-NA)	<input type="checkbox"/>
7.3	Conduta adotada: _____	
7.4	Há registro de restrição de participação social? (1-Sim 2-Não)	<input type="checkbox"/>
7.5	Se sim, foi adotada alguma conduta? (1-Sim 2-Não 8-NA)	<input type="checkbox"/>
7.6	Conduta adotada: _____	

8 NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTOS	
8.1	Foi identificada necessidade de encaminhamento a especialidades dentro do próprio município? (1–Sim 2–Não) _
8.2	Motivo: _____
8.3	Se sim, qual foi o resultado? _ 1 – paciente encaminhado e aguarda agendamento 2 – paciente encaminhado, atendido e aguarda outros procedimentos 3 – paciente encaminhado, atendido e problema resolvido 4 – paciente encaminhado, atendido, mas problema não resolvido 5 – outros 8 – Não se aplica (NA) 9 – ignorado
8.4	Tempo decorrido: _____ Descrição: _____
8.5	Foi identificada necessidade de encaminhamento ao centro de referência municipal (UBS Citrolândia)? (1–Sim 2–Não) _
8.6	Motivo: _____
8.7	Se sim, qual foi o resultado? _ 1 – paciente encaminhado e aguarda agendamento 2 – paciente encaminhado, atendido e aguarda outros procedimentos 3 – paciente encaminhado, atendido e problema resolvido 4 – paciente encaminhado, atendido, mas problema não resolvido 5 – outros 8 – Não se aplica (NA) 9 – ignorado
8.8	Tempo decorrido: _____ Descrição: _____
8.9	Foi identificada necessidade de encaminhamento a algum serviço fora do município? (1–Sim 2–Não) _
8.10	Motivo: _____
8.11	Se sim, qual foi o resultado? _ 1 – paciente encaminhado e aguarda agendamento 2 – paciente encaminhado, atendido e aguarda outros procedimentos 3 – paciente encaminhado, atendido e problema resolvido 4 – paciente encaminhado, atendido, mas problema não resolvido 5 – outros 8 – Não se aplica (NA) 9 – ignorado
8.12	Tempo decorrido: _____ Descrição: _____
9 ACOMPANHAMENTO PÓS-ALTA	
9.1	Houve necessidade de acompanhamento do paciente pós-alta?(1–Sim /2–Não) _
9.2	Motivo: _____

10 DADOS DE ACOMPANHAMENTO DO SINAN	
10.1 Data do último comparecimento para dose de PQT	_ _ _ _ _ _ _ _ _
10.2 Classificação operacional atual 1 – PB 2 – MB 9 – IGN	_
10.3 Grau de incapacidade na alta	_
10.4 EHF na alta	_ _ _ _ _ _ _ _ _
10.5 Esquema de tratamento atual 1 – PQT/PB/ 6doses 2 – PQT/MB/ 12doses 3 – PQT/MB/ 24doses 4 – ROM 5 – esq. alternativo 9 - Ignorado	_
10.6 Data da mudança de esquema (NA – 8)	_ _ _ _ _ _ _ _ _
10.7 Número de contatos avaliados	_ _
10.8 Tipo de alta 1 – Cura 6 – Transf. p/ outro país 2 – Óbito 7 – Saída administrativa 3 – Transf. p/ mesmo município 8 – Erro diagnóstico 4 – Transf. p/ outro município 9 – Transferência provisória 5 – Transf. p/ outro estado 6 - Transf. p/ outro país	_
10.9 Data da alta	_ _ _ _ _ _ _ _ _

APÊNDICE B – Roteiro para grupo focal com profissionais

1. Qual é a opinião vocês sobre o processo de descentralização das ações de controle da hanseníase em Betim?
2. Quais são os fatores que facilitam/dificultam o processo de descentralização?
3. Na primeira parte da pesquisa, ficou claro que existe uma diferença entre as diferentes unidades capacitadas para o atendimento às pessoas com hanseníase (algumas nem chegam a implantar as ações, outras o fazem com maior ou menor qualidade). A que vocês atribuem essas diferenças?
4. Um dos dados epidemiológicos levantados mostra que houve uma diminuição do número de casos novos após a descentralização. A que vocês atribuem isso?
5. Compare a assistência prestada às pessoas com hanseníase antes e após a descentralização (acesso, diagnóstico, acompanhamento da PQT, exame de contatos, identificação e tratamento de reações, neurites e incapacidades).
6. Quais são os fatores que facilitam/dificultam a assistência/cuidado às pessoas com hanseníase?
7. Como garantir a qualidade da assistência às pessoas com hanseníase?
8. O que muda no processo de trabalho após a descentralização (atividades desenvolvidas, profissionais envolvidos, relação interprofissional, relação com outras unidades, gerenciamento)?

APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu, _____ aceito livremente participar do grupo focal que integra a pesquisa “Avaliação da descentralização das ações de controle da hanseníase em Betim: prevenindo incapacidades?” sob responsabilidade da Professora Mariângela Leal Cherchiglia e da mestrandia Priscila Leiko Fuzikawa. Os objetivos dessa pesquisa são: a) realizar uma análise descritiva de indicadores epidemiológicos da hanseníase no período de 1995 a 2005; b) descrever mudanças no processo de trabalho após a descentralização das ações de controle da hanseníase para as diversas unidades básicas de saúde em Betim.

Os dados epidemiológicos a serem analisados serão obtidos do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) e de prontuários de uma amostra de pacientes. O processo de trabalho será discutido em um grupo focal. O resultado desta investigação pretende ser instrumento de auxílio na discussão do futuro das ações de controle da hanseníase em Betim.

Estou ciente de que o grupo focal será gravado, e, tão logo transcritas, as fitas serão apagadas garantindo assim sua confidencialidade, minha privacidade e anonimato, não correndo riscos de que minhas opiniões e idéias possam ser utilizadas contra mim. Estou ciente, também, de que posso recusar a participar ou retirar-me sem necessidade de qualquer consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que isso me traga nenhuma penalização. Estou, ainda, a par de que os resultados da pesquisa serão apresentados de maneira agregada, sem a identificação nominal dos participantes do grupo, em Seminários, em artigos científicos, Congressos e para a Secretaria Municipal de Saúde de Betim. Também, estou ciente que se houver qualquer reclamação contra as pesquisadoras, posso encaminhar-me ao comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, no endereço abaixo.

Após convenientemente esclarecido pelas pesquisadoras e tendo entendido o que me foi explicado consinto em participar do projeto de pesquisa acima.

Belo Horizonte, 05 de dezembro de 2006.

Assinatura do Entrevistado

Comitê de Ética em Pesquisa:
Avenida Alfredo Balena, 100, 1º andar, ala sul
Telefone: 3248 9364

Assinatura da Pesquisadora

Pesquisadora: Priscila Leiko Fuzikawa
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Avenida Alfredo Balena 190, sala 9001
Telefone: 3248 9941 ou 3248-9688
E-mail: priscila@task.com.br

ANEXOS

ANEXO A – Ficha para avaliação neurológica simplificada



Guia para o Controle da Hanseníase

AVALIAÇÃO SIMPLIFICADA DAS FUNÇÕES NEURAIS E COMPLICAÇÕES

Unidade: _____ Município: _____ UF: _____
 Nome: _____ Data Nasc.: _____
 Classificação Operacional: _____ N° Registro: _____ Ocupação: _____

Face	1ª		2ª		3ª	
Nariz	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Ressecamento (S/N)						
Ferida (S/N)						
Perfuração de septo (S/N)						
Olhos	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Fecha olhos s/ força (mm)						
Fecha olhos c/ força (mm)						
Triquíase (S/N) / Ectrópico (S/N)						
Dimin. sensib. córnea (S/N)						
Opacidade córnea (S/N)						
Catarata (S/N)						
Acuidade visual						
Membros Superiores	1ª		2ª		3ª	
Queixa principal						
Palpação de Nervos	D	E	D	E	D	E
Ulnar						
Mediano						
Radial						

Legenda: N = normal E = espessado D = dor

Avaliação da Força	1ª		2ª		3ª	
	D	E	D	E	D	E
Abrir dedo mínimo						
Abdução do 5º dedo (nervo ulnar)						
Elevar o polegar						
Abdução do polegar (nervo mediano)						
Elevar o punho						
Extensão do punho (nervo radial)						

Legenda: F=forte; D=diminuída; P=paralisado ou 5=forte; 4=Resistência parcial; 3=Movimento completo; 2=Movimento parcial; 1=Contração; 0=Paralisado.

INSPEÇÃO E AVALIAÇÃO SENSITIVA

1ª		2ª		3ª	
D	E	D	E	D	E



Legenda: Caneta/filamento lilás (2g): Sente Não sente X ou Monofilamentos: seguir cores
 Garra Móvel: M Garra Rígida: R Reabsorção: Ferida:

Guia para o Controle da Hanseníase









Membros Inferiores	1ª / /		2ª / /		3ª / /	
Queixa principal						
Palpação de Nervos	D	E	D	E	D	E
Fibular						
Tibial posterior						



Legenda: N = normal E = espessado D = dor

Avaliação da Força	1ª / /		2ª / /		3ª / /	
	D	E	D	E	D	E
Elevar o hálux Extensão de hálux (nervo fibular) 						
Elevar o pé Dorsiflexão de pé (nervo fibular) 						

Legenda: F=forte; D=diminuída; P=paralisado ou 5=forte; 4=Resistência parcial; 3=Movimento completo; 2=Movimento parcial; 1=Contração; 0=Paralisado.

INSPEÇÃO E AVALIAÇÃO SENSITIVA

1ª / /		2ª / /		3ª / /	
D	E	D	E	D	E
					

Legenda: Caneta/filamento lilás (2g): Sente Não sente X ou Monofilamentos: seguir cores
Garra Móvel: M Garra Rígida: R Reabsorção:  Ferida: 

CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE (OMS)

Data da Avaliação	Olhos		Mãos		Pés		Maior Grau	Assinatura
	D	E	D	E	D	E		
Aval. diagnóstico / /								
Aval. de alta / /								

MONOFILAMENTOS

Cor	Gramas
Verde	0,05
Azul	0,2
Lilás	2,0
Vermelho Fechado	4,0
Vermelho Cruzado	10,0
Vermelho Aberto	300,0
Preto	s/resposta

ANEXO B – Indicadores epidemiológicos em hanseníase

A *International Federation of Anti-Leprosy Associations* (ILEP) analisa alguns indicadores epidemiológicos utilizados na avaliação de programas de hanseníase (ILEP, 2001). Salienta a importância de se verificar a validade dos dados, a correlação deles com fatores operacionais, e a importância de se analisar os indicadores em um período de alguns anos (tendência) e não em momentos isolados. Apresentamos os principais indicadores analisados pela ILEP, seguido dos parâmetros estabelecidos para o Brasil (BRASIL, 1999), quando existirem.

Taxa de prevalência

A taxa de prevalência é relevante para se ter uma idéia da carga de trabalho a ser enfrentada pelos serviços de saúde em determinado momento. Não deve ser usada como parâmetro para se avaliar a endemia hanseníase uma vez que é influenciada por fatores operacionais tais como normas quanto à duração do tratamento e problemas no sistema de informação.

Parâmetro: Hiperendêmico: ≥ 15 casos/10.000 hab.
Muito alto: 10 – 14,9 casos/10.000 hab.
Alto: 5 – 9,9 casos/10.000 hab.
Médio: 1 – 4,9 casos/10.000 hab.
Baixo: < 1 caso/10.000 hab.

Taxa de detecção

A taxa de detecção é utilizada como um indicador *proxy* da incidência de hanseníase ou da situação de transmissão da doença em determinada área, apesar de estar sujeita à influência de fatores operacionais (e.g. realização de campanhas) e também pelo conhecimento da população e dos profissionais de saúde em relação aos sinais e sintomas da hanseníase. Pode-se considerar a tendência de detecção de casos como verdadeiro reflexo da incidência quando a proporção de casos novos com grau de incapacidade 2 permanecer estável.

Parâmetro: Hiperendêmico: $\geq 4,0$ casos/10.000 hab.
Muito alto: 2 – 3,99 casos/10.000 hab.
Alto: 1 – 1,99 casos/10.000 hab.
Médio: 0,2 – 0,9 casos/10.000 hab.
Baixo: $< 0,2$ casos/10.000 hab.

Proporção de casos multibacilares

Indica a porcentagem de casos MB entre os casos novos. É uma informação importante uma vez que os casos MB são considerados responsáveis pela transmissão da hanseníase. Apesar da variação entre países, essa proporção costuma ser mais alta logo após a implantação das ações de controle da hanseníase, tendendo a estabilizar-se em um nível inferior. Quando da realização de ações de detecção ativa da hanseníase (e.g. campanhas) a proporção de casos MB tende a ser menor.

Proporção de crianças

Indica a porcentagem de <15anos entre os casos novos. Por definição, a infecção de crianças é sempre relativamente recente, logo uma proporção elevada de crianças indica transmissão ativa e recente da doença. A proporção de crianças geralmente é menor logo após a implantação das ACH, uma vez que, inicialmente são detectados casos acumulados na população adulta, com uma proporção maior de casos MB e com incapacidades. Posteriormente essa proporção se estabiliza em um nível um pouco mais alto e tende a decrescer novamente (muito lentamente) quando a transmissão está decrescendo na população em geral. Essa proporção pode ser afetada por fatores operacionais, como a realização de campanhas em escolas. O parâmetro definido pelo MS diz respeito à taxa de detecção em menores de 15 anos.

Parâmetro: Hiperendêmico: 1,0 caso/10.000 hab.
Muito alto: 1 – 0,5 casos/10.000 hab.
Alto: 0,5 – 0,25 casos/10.000 hab.
Médio: 0,25 – 0,05 casos/10.000 hab.
Baixo: < 0,05 casos/10.000 hab.

Proporção de casos novos com grau de incapacidade avaliado

Indica a qualidade da atenção à prevenção de incapacidades e deveria ser 100%.

Parâmetro: Bom: > 90%
Regular: 75 – 89,9%
Precário: < 75%

Proporção de casos novos com grau de incapacidade 2 entre os casos com grau de incapacidade avaliado

Esse dado só pode ser utilizado como indicador se a proporção de casos novos com grau de incapacidade avaliado for de pelo menos 75%. Quando essa proporção é elevada, é indicativo de diagnóstico tardio. A proporção será alta no início da implantação das ACH, diminuindo

em seguida. Ações de busca ativa tendem a baixar essa proporção que é indicativa da precocidade do diagnóstico. Há também evidências que indicam que essa proporção pode aumentar durante a fase de eliminação da hanseníase quando a maioria dos casos detectados serão casos antigos em bolsões isolados e não casos de pessoas infectadas recentemente.

Parâmetro: Alto: > 10%
Médio: 5 – 9,9%
Baixo: < 5%

Proporção de pessoas que desenvolvem novas incapacidades durante o tratamento

Essa proporção inclui as pessoas com grau de incapacidade final maior que o grau de incapacidade no diagnóstico. Permite uma avaliação da qualidade das ações de prevenção de incapacidades realizadas durante a PQT. Não há parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde, mas a ILEP propõe que 5% seria um parâmetro adequado (no máximo 5% das pessoas desenvolvendo novas incapacidades durante a PQT).

Taxa de cura

É definida como sendo a porcentagem de pacientes PB e MB que completam o tratamento medicamentoso de acordo com as normas estipuladas. É indicativa da qualidade do acompanhamento ao paciente. A efetividade da PQT depende da regularidade do tratamento. Pessoas que não completam o tratamento têm maior probabilidade de apresentarem complicações da hanseníase e, nos casos MB, podem voltar a transmitir a doença.

Parâmetro: Bom: > 90%
Regular: 75 – 89,9%
Precário: < 75%

Proporção de pessoas que fizeram uso de corticoesteróides

Esse indicador não mede a frequência das reações hansênicas, mas sim o tratamento das mesmas. Uma proporção muito baixa (5%) ou muito alta (40%) pode ser indicativo de problemas na identificação e/ou tratamento de reações hansênicas.

ANEXO C – Folha de aprovação do Comitê de Ética

Universidade Federal de Minas Gerais
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP


Parecer nº. ETIC 0013/06

**Interessada: Prof.a Mariângela Leal Cherchiglia
Depto. de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Medicina-UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP, aprovou no dia 22 de fevereiro de 2006, depois de atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado **"Avaliação da descentralização das ações de controle da hanseníase no município de Betim: prevenindo incapacidades?"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Prof.a. Dra. Maria Elena de Lima Perez Garcia
Presidente do COEP/UFMG

ANEXO D – Certificado de qualificação

	<p>Universidade Federal de Minas Gerais Faculdade de Medicina Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública <i>Seminários Conjuntos</i> <i>Políticas de Saúde & Planejamento III e Saúde & Trabalho I</i></p>	
<p><i>Certificado</i></p>		
<p>Certificamos que Priscila Leiko Fuzikawa participou dos <i>Seminários Conjuntos de Políticas de Saúde & Planejamento III e Saúde & Trabalho I</i> promovido pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, apresentando o projeto de dissertação, <i>Avaliação da Descentralização das Ações de Controle de Hanseníase no Município de Betim: prevenindo incapacidades?</i>, perante banca examinadora.</p>		
<p>Belo Horizonte, 11 de novembro de 2005.</p>		
<p> Prof.ª Ada Ávila Assunção Coordenadora dos Seminários de Saúde & Trabalho I</p>	<p> Prof.ª Soraya Almeida Belisário Coordenadora dos Seminários de Políticas de Saúde & Planejamento III</p>	