

Fernanda Moura Lanza

**Tecnologia do Processo de Trabalho em
Hanseníase: Análise das Ações de Controle na
Microrregião de Almenara, Minas Gerais**

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

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Orientador: Prof. Dr. Francisco Carlos Félix
Lana

Belo Horizonte - MG
Escola de Enfermagem da UFMG
2009

Lanza, Fernanda Moura.
L297t Tecnologia do processo de trabalho em hanseníase [manuscrito];
análise das ações de controle na microregião de Almenara, Minas
Gerais. / Fernanda Moura Lanza. - - Belo Horizonte: 2009.
209f.: il.
Orientador: Francisco Carlos Félix Lana.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais,
Escola de Enfermagem.

1. Hanseníase/prevenção & controle . 2. Atenção Primária à Saúde.
3. Dissertações Acadêmicas. I. Lana, Francisco Carlos Félix.
II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.
III. Título

NLM: WC 335

Dedico este trabalho

Aos meus pais

Sérgio e Eliane,

o alicerce da minha vida!

Obrigada pelo amor, carinho, incentivo
e por me ensinar a enfrentar os desafios
da vida com coragem e determinação.

Serei eternamente grata pela educação
que me foi proporcionada e por sempre
acreditarem em meu potencial!



AGRADECIMENTOS

À Deus,

Por sua divina intercessão, que nessa trajetória me guiou nos momentos de alegrias e tristezas, dando-me força e saúde para prosseguir.

À Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana,

Pelo estímulo, dedicação e compromisso com minha formação desde a graduação. Obrigada por me incentivar à busca contínua do conhecimento, por compartilhar comigo os seus conhecimentos e ensinamentos, pela orientação, em especial neste trabalho, pela amizade, pela convivência e também por ter colaborado na coleta de dados.

À Lucas,

Meu namorado, pelo amor, carinho e incentivo. Obrigada por acreditar nesse sonho e dividir comigo os momentos de incertezas e alegrias que permearam a minha trajetória no Mestrado.

À minha querida família,

Presença constante em todas as etapas da minha vida, obrigada pela torcida e apoio. Com carinho souberam compreender a minha ausência.

À minha tia Adriana,

Por ter me ajudado na transcrição das entrevistas.

À Kika,

Pelos momentos de descontração.

*Aos professores da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais,
Pelos anos de convivência, pela aprendizagem e pela minha formação profissional e pessoal.*

*Ao Eraldo,
Pelos momentos de construção do conhecimento e por compartilhar comigo a pesquisa da hanseníase
no Vale do Jequitinhonha.*

*A Raquel,
Pela ajuda na coleta de dados. Obrigada pela amizade!*

*A Ana Paula,
Pelo auxílio na transcrição das entrevistas. Obrigada pela amizade!*

*A Maria da Glória Botelho Reyna,
Pelo inestimável apoio para a realização dessa pesquisa.*

*Aos municípios da microrregião de Almenara,
Pela receptividade e pelo consentimento para a realização da coleta de dados.*

*Aos Gestores, Médicos, Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde,
Pelos seus depoimentos que possibilitaram a construção desse trabalho.*

*Aos motoristas "Marreco", Tião e Luis,
Pela dedicação e convívio nas viagens ao Vale do Jequitinhonha.*

Aos colegas de turma do Mestrado,

Em especial aos amigos Ana Paula, Ângela, Anne, Carol, George, Marina e Maristela, por tudo de bom que vivemos nessa caminhada.

À Juliana Mara,

Pela amizade desde a graduação, obrigada por compartilhar comigo mais um momento de alegria.

Aos bolsistas Paula Lamounier e Isabella Bueno,

Pela convivência e amizade.

À Fabi,

Pelas palavras de força.

À Adriana Gonçalves de Paula e Caroliny Alves Pessoa,

Pelo apoio durante o processo seletivo do Mestrado.

À Secretaria Municipal de Saúde de Nova Lima,

Especialmente à Irlene e Delma, pelo incentivo durante a construção dessa dissertação.

Enfim,

A todos que de alguma forma contribuíram para a realização desse sonho, os meus sinceros agradecimentos!



RESUMO

LANZA, F. M. **Tecnologia do processo de trabalho em hanseníase: análise das ações de controle na microrregião de Almenara, Minas Gerais.** 2009. 209 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

O presente estudo teve como objetivo analisar a organização tecnológica do processo de trabalho em hanseníase empreendido pelos profissionais de saúde que atuam nos serviços da microrregião de Almenara. Esta pesquisa possui abordagem qualitativa e foi fundamentada no conceito de "Organização Tecnológica do Trabalho" desenvolvido, na área da saúde, por Mendes-Gonçalves (1994). A pesquisa foi realizada em nove municípios da microrregião de Almenara, situada no Vale do Jequitinhonha, Estado de Minas Gerais. Os sujeitos do estudo foram constituídos de um Coordenador da Área Técnica de Hanseníase da Regional de Saúde de Pedra Azul; sete Secretários Municipais de Saúde; quatro Coordenadores da Atenção Básica; um Coordenador Municipal da Área Técnica de Hanseníase; dez Médicos; doze Enfermeiros e dez Agentes Comunitários de Saúde. Como técnicas para a coleta de dados foram utilizadas a entrevista semi-estruturada e a pesquisa documental em registros institucionais. Para tratamento e análise dos dados, foi utilizado a Análise de Conteúdo, na modalidade Temática, proposta por Bardin (1977). Os resultados apontam que, para o município ter um programa de controle da hanseníase estruturado, não é necessário ter a totalidade da população coberta pelo Programa de Saúde da Família. O acesso é determinado pela priorização deste agravo na política municipal de saúde, pelo modelo em que é organizada essa assistência, se é descentralizado, centralizado ou um "modelo misto", pela presença de profissionais de saúde capacitados e comprometidos na realização das ações de controle da doença, pela disponibilização de instrumentos para a realização do exame dermatoneurológico, pelo oferecimento do exame baciloscópico e pela disponibilização de recursos para a divulgação dos sinais e sintomas da hanseníase para a população. Podemos afirmar que os municípios de Salto da Divisa e Jequitinhonha possuem uma concepção fragmentada da finalidade do processo de trabalho em hanseníase, pois realizam basicamente as atividades de diagnóstico e tratamento e deixam em segundo plano, as ações de prevenção. Almenara, Jacinto, Santa Maria do Salto, Rubim, Palmópolis e Jordânia possuem uma concepção mais ampla, tendo o controle da doença como finalidade do trabalho e, para alcançar este fim, realizam as atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde para a prevenção e controle da hanseníase. Monte Formoso, município que está em silêncio epidemiológico, não realiza sequer a busca de sintomáticos dermatológicos uma vez que não possui profissionais de saúde sensibilizados para a doença. Concluímos que as atividades de controle da hanseníase que são ofertadas pelos serviços de saúde dos municípios da microrregião de Almenara são influenciadas pelo nível de organização tecnológica desses serviços e que as práticas de saúde em hanseníase são tecnologias desenvolvidas dentro do próprio processo de trabalho e são historicamente e socialmente determinadas, pois ocorrem de formas distintas de acordo com o local e com as transformações que ocorrem na sociedade. O principal desafio dos municípios desse estudo é a reestruturação do programa de controle da doença fundamentada

em políticas públicas efetivas que garantam a sustentabilidade econômica, política e social do plano de controle da hanseníase.

Palavras-chave: Hanseníase. Prevenção & controle. Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

LANZA, F. M. **Technology of the work process in Hansen's disease: analysis of the control actions in the Almenara microregion, state of Minas Gerais, Brazil.** 2009. 209 f. Dissertation (Mastership in Nursing) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais [Nursing School, Federal University of Minas Gerais], Belo Horizonte, 2009.

This study has the objective of analyzing the technological organization of the work process in Hansen's disease as done by the health workers in the services in Almenara. This research has a qualitative approach and is based on the concept "Technological Organization of Work" carried out in health, according to Mendes-Gonçalves (1994). The research was carried out in nine towns in the microregion of Almenara, in the Jequitinhonha valley, state of Minas Gerais, Brazil. The subjects of the study included a coordinator of the technical aspects of the Pedra Azul regional health office; seven municipal health secretaries; four basic health care coordinators; a municipal coordinator in technical aspects of Hansen's disease; ten physicians; twelve nurses and ten community health agents. Data was collected using semi-structured interviews and a survey of documents in institutions. For treatment and analysis of the data we used Content Analysis, according to themes, as proposed by Bardin (1977). The results show that for the town to have a structured Hansen's disease control program, it is not necessary only for the whole population to be covered by the Family Health Program. Access is determined by prioritizing this issue in the municipal health policy, through the model organizing this healthcare, whether decentralized, centralized or a "mixed model", through the presence of qualified and committed health workers managing the disease control measures, by the availability of instruments to carry out skin and neural examination, by providing the bacilloscopic examination and by the availability of resources to disseminate the signs and symptoms of Hansen's disease to the population. It can be said that the towns of Salto da Divisa and Jequitinhonha have a fragmented understanding of the purpose of working with Hansen's disease, since they carry out diagnostic and treatment and leave preventive measures in the background. Almenara, Jacinto, Santa Maria do Salto, Rubim, Palmópolis and Jordânia have a broader understanding and see the control of the disease as the purpose of the work. In order to attain this, they carry out activities determined by the Ministry of Health for the prevention and control of Hansen's disease. Monte Formoso, which has epidemiologic silence, does not even look for the skin symptoms, since it does not have health workers trained in the disease. We conclude that the Hansen's disease control activities provided by the health services in the towns of the Almenara microregion are influenced by the technological organization of these services and the Hansen's disease health practices are technologies developed within the work process itself and are determined historically and socially, since they occur in different ways according to the site and the transformations that occur in society. The main challenge of the towns involved in this study is the restructuring of the disease control program, based on effective public policies that assure economic, political and social sustainability of the Hansen's disease control plan.

Key-words: Leprosy. Prevention & control. Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1	- Série histórica do coeficiente de prevalência e número de pacientes em tratamento para hanseníase até 31/12 de cada ano, Brasil, 1990-2007.....	30
Gráfico 2	- Série histórica do número de casos novos e coeficiente de detecção por 10.000 habitantes, Brasil, 1990-2007.....	31
Quadro 1	- Protocolo de atendimento em hanseníase nas Unidades Básicas de Saúde.....	48
Quadro 2	- Atribuições dos profissionais de saúde da Atenção Básica nas ações de controle da hanseníase.....	49
Quadro 3	- Ações de controle de hanseníase segundo os níveis de atenção.....	51
Quadro 4	- Perfil dos sujeitos da pesquisa segundo profissão, sexo, tempo de serviço e capacitação em ações de controle da hanseníase.....	60
Figura 1	- Mapa da microrregião de Almenara com a divisão por municípios.....	55
Figura 2	- Mapa dos municípios da microrregião de Almenara segundo os coeficientes de detecção médios da hanseníase, 1998-2006.....	76
Figura 3	- Mapa dos coeficientes de detecção médios da hanseníase dos setores censitários da microrregião de Almenara, 1998-2006.....	107
Figura 4	- Distribuição dos setores censitários da microrregião de Almenara segundo aglomerados de detecção da hanseníase...	112
Figura 5	- Divulgação do Dia da Mancha. Jacinto, 2007.....	153

LISTA DE TABELAS

- 1 - Taxa de detecção geral nos municípios da microrregião de Almenara no período de 1998-2006 e média de detecção no período..... 188
- 2 - Proporção de incapacidades físicas II entre os casos diagnosticados nos municípios da microrregião de Almenara no período de 1998-2006 e média da proporção no período..... 189

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACH	- Ações de Controle da Hanseníase
ACS	- Agente Comunitário de Saúde
BAAR	- Bacilo Álcool Ácido Resistente
BCG	- Bacilo de Calmette-Guérin
CNPq	- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
COPASA	- Companhia de Saneamento de Minas Gerais
DORT	- Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho
ESF	- Estratégia de Saúde da Família
FEC	- Ficha Epidemiológica e Clínica
FUNASA	- Fundação Nacional de Saúde
GRS	- Gerência Regional de Saúde
HIPERDIA	- Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IDH	- Índice de Desenvolvimento Humano
IILEP	- <i>The International Federation of Anti-Leprosy Association</i>
INSS	- Instituto Nacional do Seguro Social
LER	- Lesão por Esforço Repetitivo
MB	- Multibacilar
MS	- Ministério da Saúde
NOAS	- Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS	- Organização Mundial de Saúde
ONG	- Organização Não-Governamental
OPAS	- Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAHO	- <i>Pan American Health Organization</i>
PAT	- Plano Anual de Trabalho
PB	- Paucibacilar

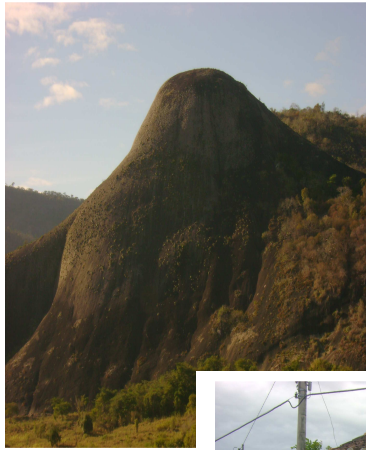
PNEH	- Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase
PQT	- Poliquimioterapia
PROFAE	- Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
PSF	- Programa de Saúde da Família
SES/MG	- Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais
SESC	- Serviço Social do Comércio
SINAN	- Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SISCOLO	- Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SISVAN	- Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	- Unidade Básica de Saúde
USF	- Unidades de Saúde da Família
VDRL	- <i>Venereal Disease Research Laboratory</i>
WHO	- <i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	Objetivos.....	23
1.1.1	Objetivo geral.....	23
1.1.2	Objetivos específicos.....	23
2	REFERENCIAL TEÓRICO	24
2.1	Epidemiologia da hanseníase.....	25
2.2	Integração das atividades de hanseníase na Atenção Primária à Saúde: uma preocupação global.....	34
2.3	Integração das atividades de hanseníase na Atenção Primária à Saúde no Brasil.....	39
2.4	Integração das atividades de hanseníase na Atenção Primária à Saúde em Minas Gerais.....	44
2.4.1	Diretrizes para o trabalho em hanseníase no Estado de Minas Gerais	47
3	PERCURSO METODOLÓGICO	52
3.1	Cenário de estudo.....	54
3.2	Coleta de dados.....	57
3.2.1	Entrevista semi-estruturada.....	57
3.2.2	Pesquisa documental.....	61
3.2.2.1	Registros institucionais.....	61
3.2.2.2	Registros estatísticos.....	62
3.3	Tratamento e análise dos dados.....	62
3.4	Aspectos éticos.....	65
3.5	Financiamento.....	66
3.6	Metodologia da pesquisa de artigos científicos.....	66
4	ACESSO ÀS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE NOS MUNICÍPIOS DA MICRORREGIÃO DE ALMENARA	68

4.1	O acesso na dimensão demográfica.....	70
4.2	O acesso na dimensão geográfica.....	72
4.3	O acesso na dimensão programática.....	76
4.4	O acesso na dimensão dos recursos humanos.....	82
4.5	O acesso na dimensão dos recursos tecnológicos.....	98
4.6	O acesso na dimensão do estigma.....	103
5	ORGANIZAÇÃO TECNOLÓGICA DO PROCESSO DE TRABALHO EM HANSENÍASE NA MICRORREGIÃO DE ALMENARA.....	109
5.1	Modelo assistencial na atenção à hanseníase.....	111
5.1.1	Modelo assistencial na atenção à hanseníase no município de Almenara.....	121
5.2	Ações de prevenção e controle da hanseníase realizadas nos municípios da microrregião de Almenara.....	127
5.2.1	Ações educativas.....	127
5.2.2	Suspeição diagnóstica.....	131
5.2.3	Diagnóstico.....	137
5.2.4	Modo de diagnóstico.....	146
5.2.5	Tratamento.....	155
5.2.6	Vigilância epidemiológica da hanseníase.....	161
5.3	Trabalho futuro.....	164
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	167
	REFERÊNCIAS.....	172
	APÊNDICES.....	187
	ANEXOS.....	200

Introdução



1 INTRODUÇÃO

O presente estudo trata-se de um sub-projeto da pesquisa “Hanseníase e condições de vida no Vale do Jequitinhonha”, que tem como objeto de estudo a relação entre a hanseníase e as condições de vida da população do Vale do Jequitinhonha, na perspectiva da compreensão da forma como as desigualdades sociais influenciam na distribuição da doença no espaço, no acesso ao diagnóstico precoce, na prevenção de incapacidades e ainda, as repercussões sociais e econômicas na vida dos sujeitos decorrentes dessa doença.

O meu interesse por esta temática iniciou-se quando fui bolsista de Iniciação Científica e vem sendo construído ao longo da minha formação acadêmica. O presente estudo emergiu das minhas reflexões e inquietações sobre os resultados da pesquisa realizada por Amaral (2008), que em sua dissertação de mestrado estudou a distribuição espacial da hanseníase na microrregião de Almenara (Vale do Jequitinhonha / Minas Gerais) e a relação entre a situação epidemiológica e as condições sócio-econômicas, o qual me despertou a atenção para a necessidade de analisar o processo de trabalho empreendido pelos profissionais de saúde da microrregião de Almenara na realização das ações de controle da hanseníase.

A hanseníase ainda se configura como um problema de Saúde Pública no Brasil, aparecendo nas estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS) do ano de 2007 como o segundo país em número absoluto de casos novos detectados (39.125), sendo que 53,53% desses casos foram diagnosticados nas formas multibacilares; 8,27% com grau II de incapacidade física e 7,58% em menores de 15 anos. No início de 2008, havia 45.847 casos de hanseníase registrados no país, representando uma taxa de prevalência de 2,4 casos / 10.000 habitantes (WORLD HEALTH ORGANIZATION¹ - WHO, 2008).

¹ Organização Mundial de Saúde. (Tradução nossa).

Apesar da taxa de prevalência estar próxima da proposta da OMS de eliminar a hanseníase como problema de Saúde Pública², nos países em que a doença é endêmica e constitui um problema de Saúde Pública observam-se importantes diferenças na prevalência entre as regiões, estados, microrregiões, municípios e mesmo em espaços intra-urbanos no caso de grandes cidades (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION³ - PAHO, 1988).

Como a hanseníase é amplamente influenciada pelos padrões de ocupação do espaço, distribuindo-se desigualmente e concentrando-se nos locais de maior pobreza (DIAS; DIAS; NOBRE, 2005; LAPA *et al.*, 2001; OPROMOLA; DALBEM; CARDIM, 2005, 2006), enquadra-se nesse perfil o Vale do Jequitinhonha - região com os piores indicadores sócio-econômicos do Estado de Minas Gerais. Em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), 58,8% de seus municípios detêm valores entre 0,57 e 0,65 para esse indicador, o que representa uma variação de 74,0% a 85,0% da média nacional (0,766) (MARTINS; LIBÂNIO, 2003). Esses valores refletem a baixa condição social encontrada no Vale do Jequitinhonha, persistindo fatores que podem aumentar o número de indivíduos susceptíveis à infecção pelo *Mycobacterium leprae*, como moradias inadequadas, condições sanitárias restritas e ausência de higiene (KERR-PONTES *et al.*, 2004).

O Vale do Jequitinhonha é composto por cinco microrregiões⁴ que têm apresentado problemas em relação à prevenção e controle da hanseníase, sendo possível acreditar que os serviços de saúde locais não estão sendo capazes de captar todos os casos existentes na região (LANA *et al.*, 2004a) e a microrregião de Almenara abrange municípios considerados prioritários⁵ para o controle da endemia em Minas Gerais. Dados de 2007 revelam que essa microrregião apresentou uma taxa de prevalência de hanseníase de 4,6 casos / 10.000 habitantes e uma detecção

² O indicador utilizado para determinar a eliminação da doença é a prevalência, que foi estabelecido pela OMS a valores inferiores a 1 caso por 10.000 habitantes.

³ Organização Pan-Americana de Saúde. (Tradução nossa).

⁴ Almenara, Araçuaí, Pedra Azul, Diamantina e Capelinha.

⁵ No ano de 2007, os municípios identificados pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) como prioritários foram: Almenara, Jacinto, Palmópolis e Santa Maria do Salto. Para identificar estes municípios a SES/MG adotou como critérios os dados epidemiológicos referentes ao ano de 2006 (MINAS GERAIS, 2007a).

de 5,47 / 10.000 habitantes. Dos 96 casos novos, 52,1% foram diagnosticados com formas clínicas multibacilares e 12,5% com grau II de incapacidade física (MINAS GERAIS, 2008). De acordo com esse panorama, a hanseníase configura-se como problema de Saúde Pública na microrregião de Almenara por apresentar uma taxa de prevalência maior que a meta de eliminação proposta pela OMS, elevada taxa de detecção e percentual significativo de doentes diagnosticados com grau de incapacidade física grave.

O comportamento epidemiológico da hanseníase é influenciado não só pelo nível de desenvolvimento sócio-econômico e condições de vida de uma população, mas também pela qualidade dos serviços de saúde na implementação de programas de controle (WALDMAN; SILVA; MONTEIRO, 1999) já que as taxas de prevalência e detecção da hanseníase são muito influenciadas pela capacidade operacional dos serviços de saúde. Dessa forma, vários são os fatores que podem estar influenciando a ocorrência e a distribuição da doença na microrregião de Almenara, tais como o diagnóstico tardio, a baixa cobertura da população aos serviços de diagnóstico e tratamento, o abandono dos pacientes ao tratamento, a baixa taxa de controle de comunicantes, o baixo nível de esclarecimento da população sobre a doença, além das baixas condições de vida e saúde da população (LANA, 1997). As dificuldades para o controle epidemiológico também podem ser resultados da distribuição não uniforme da doença no espaço e pela carência de profissionais de saúde qualificados.

Amaral (2008), no estudo em que analisou a situação epidemiológica e operacional da hanseníase e os indicadores socioeconômicos na microrregião de Almenara no período de 1998 a 2006, corrobora com Waldman, Silva e Monteiro (1999, p. 77) já que

os resultados encontrados - altos coeficientes de detecção geral e em menores de 15 anos; predomínio das formas clínicas multibacilares; altos percentuais de casos diagnosticados já com incapacidades físicas; baixo percentual de casos descobertos através de ações de busca ativa - sugerem que estejam ocorrendo falhas nos serviços de saúde responsáveis pelas ações de prevenção e controle da hanseníase na microrregião de Almenara. Os serviços de saúde estariam atuando de forma passiva, atendendo principalmente aos pacientes que demandam os serviços espontaneamente, o que acaba resultando em diagnóstico tardio e conseqüente agravamento do quadro clínico da doença e dos danos causados aos indivíduos. Essa situação também leva à manutenção de casos não descobertos - a prevalência oculta - que acabam atuando como reservatórios e alimentam o ciclo de transmissão da doença.

O princípio cardinal do controle da hanseníase é o “controle da morbidade”, ou seja, é a realização da detecção oportuna de novos casos; tratamento com o esquema poliquimioterápico; prevenção de incapacidades e reabilitação (OMS, 2005). Para tanto, é necessário assegurar que as atividades de controle da doença estejam integradas aos serviços da Atenção Primária à Saúde. Para a OMS (2005, p. 17)

a integração significa participação ativa dos serviços gerais de atenção à saúde nas atividades de controle da hanseníase. Os serviços gerais de atenção à saúde devem assumir total responsabilidade pelo controle da hanseníase nas suas áreas, como parte de suas atividades rotineiras cotidianas.

A principal estratégia brasileira para alcançar baixos níveis endêmicos da hanseníase baseia-se nesse princípio de integração proposto pela OMS. O governo vem trabalhando para assegurar que as atividades de controle da hanseníase estejam disponíveis e acessíveis a toda população nos serviços de saúde mais próximos de suas residências (BRASIL, 2006a), ou seja, estejam descentralizadas nas unidades do Programa de Saúde da Família (PSF).

O sucesso de uma integração das ações de controle da doença na Atenção Básica pode ser avaliado a partir da melhoria de alguns indicadores epidemiológicos como a redução de casos diagnosticados com incapacidades físicas; redução do percentual de casos diagnosticados em menores de 15 anos; redução da proporção de casos multibacilares e aumento da proporção de cura (KASTURIARATCHI; SETTINAYAKE; GREWAL, 2002). Assim, podemos inferir que os resultados do estudo de Amaral (2008) também sugerem que os municípios da microrregião de Almenara possuem dificuldades para a integração das ações da hanseníase na Atenção Básica.

Essa dificuldade também foi característica observada em alguns municípios do Estado de São Paulo: nem sempre as unidades de PSF possuem o programa de controle da hanseníase implantado, apesar dos profissionais estarem sensibilizados para realizar, no mínimo, a suspeita diagnóstica da doença (HELENE *et al.*, 2008). A descentralização das ações de controle da hanseníase (ACH) é uma pré-condição para a melhoria do acesso da população a essas ações (FUZIKAWA, 2007) pois esse acesso também é influenciado pela priorização desse agravo no cardápio das ações de saúde ofertadas pelo serviço, pelo modelo assistencial na atenção à hanseníase, pela disponibilidade de recursos tecnológicos e qualidade dos recursos humanos.

No PSF, cada equipe é formada, no mínimo, por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), no entanto, as categorias dos profissionais de saúde envolvidos no desenvolvimento das ações de controle da hanseníase podem variar dependendo da estrutura e dos recursos dos serviços gerais de atenção à saúde (OMS, 2005).

Mas a produção das práticas em saúde, independente do nível de atenção à saúde e das categorias profissionais envolvidas, comporta distintos processos de trabalho uma vez que a produção de suas práticas é historicamente determinada e fruto das relações estabelecidas entre os diferentes agentes sociais (MISHIMA *et al.*, 1997).

Mishima *et al.* (1997) complementam que no processo de trabalho em saúde, é necessária a utilização de instrumentos⁶ não-materiais e materiais para apreensão do objeto de trabalho - que no caso da Atenção Básica é determinado pelo perfil epidemiológico de uma população evidenciado no território - com a finalidade de produzir a assistência à saúde.

Dessa forma, no processo de trabalho em hanseníase, têm-se como objeto de trabalho os indivíduos ou grupos que podem estar doentes, sadios ou expostos a riscos; os meios de trabalho correspondem aos saberes e instrumentos utilizados pelos profissionais para alcançar a finalidade deste trabalho, que é realização das ações de prevenção e controle da doença preconizadas pelo Ministério da Saúde⁷

⁶ Os instrumentos são os meios de trabalho que, segundo Mishima *et al.* (1997, p. 270), "correspondem às formas materiais e não materiais que possibilitam a apreensão do objeto e são caracterizados em sua dimensão intelectual, enquanto saberes específicos (epidemiologia, clínica, administração, educação em saúde, dentre outros), técnicas de ação (medidas preventivas e de profilaxia, educação sanitária, campanhas, vigilância epidemiológica e sanitária, planejamento, avaliação e controle) e material (condições de trabalho, dentre elas o espaço físico onde se processará o trabalho, equipamentos e toda tecnologia disponível, incluindo laboratórios, equipamentos de radioimagem, recursos humanos, que consistem nos agentes do trabalho".

⁷ São considerados ações de controle da hanseníase: divulgação, suspeita diagnóstica, encaminhamento para confirmação diagnóstica, diagnóstico, tratamento, vigilância de contatos, tratamento de reações e neurites, prevenção e tratamento de incapacidades, esquemas alternativos e reabilitação.

(MS). O estudo do processo de trabalho dentro das suas dimensões técnicas e sociais constitui-se então, segundo Mendes-Gonçalves (1994), a temática da tecnologia em saúde.

O desconhecimento sobre a organização tecnológica do trabalho implica limitações no planejamento, monitoramento e avaliação das ações de controle da hanseníase desenvolvidas nos serviços de saúde da microrregião de Almenara. Parte-se do pressuposto de que as práticas de saúde em hanseníase são tecnologias desenvolvidas dentro do próprio processo de trabalho e são historicamente determinadas, portanto, não são determinadas exclusivamente pelas normas técnicas do MS e que o nível de organização tecnológica de um serviço de saúde determina quais atividades de controle da doença são oferecidas à população.

É necessário conhecer a especificidade de cada serviço e quais estratégias empregadas por esses serviços para fazer frente ao processo de controle da hanseníase como problema de Saúde Pública na microrregião de Almenara. Torna-se relevante identificar os obstáculos enfrentados pelos serviços na realização das ações de controle da hanseníase para que sejam estruturadas novas estratégias de controle e vigilância desse agravo as quais poderão contribuir para a reorganização dos serviços de saúde da microrregião de Almenara.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

Analisar a organização tecnológica do processo de trabalho em hanseníase empreendido pelos profissionais de saúde que atuam nos serviços de saúde da microrregião de Almenara.

1.1.2 Objetivos específicos

- a. Analisar o modelo assistencial na atenção à hanseníase no processo de descentralização da atenção para as Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- b. Identificar os fatores que facilitam e/ou dificultam o acesso da população da microrregião de Almenara às ações de prevenção e controle da hanseníase;
- c. Analisar os fatores facilitadores e dificultadores do processo de trabalho nas UBS em relação às ações de controle da hanseníase;
- d. Formular diretrizes para o controle da hanseníase como problema de Saúde Pública nos municípios da microrregião de Almenara.

Referencial teórico



2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Epidemiologia da hanseníase

A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa, de evolução lenta, que se manifesta principalmente através de sinais e sintomas dermatoneurológicos: lesões na pele e nos nervos periféricos, principalmente nos olhos, mãos e pés. É causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae* (ou bacilo de Hansen) que é um parasita intracelular obrigatório que se aloja principalmente nas células de Schwann e na pele (BRASIL, 2001a).

O tempo de multiplicação do bacilo é lento, podendo durar de 11 a 16 dias (LOMBARDI *et al.*, 1990). Essa lentidão biológica do bacilo explica por que a hanseníase é uma doença crônica em sua evolução e seu período de incubação ser prolongado, em média, de dois a cinco anos (BRASIL, 2008a).

A principal via de eliminação dos bacilos é a via aérea superior, sendo o trato respiratório a mais provável via de entrada do *Mycobacterium leprae* no corpo, através de um contato íntimo e prolongado (BRASIL, 2008a; RINALDI, 2005). O trato respiratório superior dos pacientes multibacilares - virchowianos e dimorfos - é a principal fonte de *Mycobacterium leprae* encontrada no meio ambiente (WHO, 2005).

O *Mycobacterium leprae* tem a capacidade de infectar grande número de indivíduos, mas poucos adoecem devido sua baixa patogenicidade. Mesmo em áreas endêmicas, 10,0% das pessoas desenvolvem o agravo (BRASIL, 2002a). Sabe-se também que a susceptibilidade ao *Mycobacterium leprae* tem influência genética (BRASIL, 2008a). Observa-se que, na maioria das regiões do mundo, há uma incidência maior da doença nos homens do que nas mulheres. Em relação às crianças, especialmente em menores de 15 anos, observa-se maior número de casos nos locais onde a endemia está em expansão (BRASIL, 2001a).

A endemia hanseníase também possui uma estreita relação com as condições econômicas de uma população e com seus fatores demográficos, históricos, culturais e sociológicos (BECELLI, 1997; OPROMOLA; DALBEM; CARDIM, 2006). São apontados como fatores que contribuem para a manutenção da endemia: os

movimentos populacionais massivos em direção aos grandes centros urbanos, gerando um crescimento descontrolado e um assentamento desorganizado da periferia desses centros; o quadro sócio-sanitário caótico (desemprego, inflação, analfabetismo, alimentação inadequada, falta de higiene, altas taxas de mortalidade infantil, ausência de planejamento familiar, entre outros); além da existência de uma estrutura deficiente da rede de serviços de saúde - que não dá resposta adequada aos problemas existentes (BECELLI, 1997; DIAS; DIAS; NOBRE, 2005; LAPA *et al.*, 2001; MONTENEGRO *et al.*, 2004).

O processo de diagnóstico da hanseníase é realizado através do exame clínico, quando se buscam os sinais dermatoneurológicos da doença. É considerado um caso de hanseníase a pessoa que apresenta um ou mais sinais e sintomas característicos da doença (sinais cardinais da hanseníase) - lesões de pele, com alteração de sensibilidade (térmica, dolorosa e/ou tátil); com ou sem espessamento neural e baciloscopia positiva para *Mycobacterium leprae*, com ou sem história epidemiológica e que requerem poliquimioterapia (BRASIL, 2001a; RINALDI, 2005).

O caso de hanseníase deve ser classificado com base nos sinais e sintomas da doença. A classificação adotada no Brasil é a classificação de Madri (indeterminada, tuberculóide, virchowiana e dimorfa). Para fins operacionais, dependendo da carga bacilar, classifica-se a doença como paucibacilar (PB) ou multibacilar (MB). As formas paucibacilares são caracterizadas por até cinco lesões de pele com perda de sensibilidade. Já a hanseníase MB está associada a múltiplas lesões de pele (mais de cinco) (MINAS GERAIS, 2007b). A baciloscopia positiva classifica o caso como MB, independentemente do número de lesões (ARAÚJO, 2003).

A classificação proposta por Ridley e Jopling⁸, em 1966, é utilizada em pesquisas e leva em consideração a imunidade dentro de um espectro de resistência do hospedeiro. Essa classificação não inclui a forma indeterminada no espectro e o exame histopatológico torna-se necessário para sua utilização (ARAÚJO, 2003).

⁸ RIDLEY, D. S.; JOPLING, W. H. A classification of leprosy according to immunity: a five group system. **International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases**, Bloomfield, v. 34, n. 3, p. 255-273, jul./sep. 1966.

O grau de incapacidade física é determinado a partir da avaliação neurológica dos olhos, mãos e pés, por serem essas as áreas com maior frequência de lesão de diagnóstico simples e com maiores repercussões nas atividades cotidianas do indivíduo. Compreende a inspeção, palpação / percussão, avaliação funcional (sensibilidade, força muscular) dos nervos periféricos (BRASIL, 2008a). O resultado final é expresso em valores que variam de 0 a 2. Para o grau 0 estão classificados os doentes sem qualquer tipo de incapacidade funcional; grau 1, aqueles que apresentam perda de sensibilidade protetora e o grau 2 que, além da perda de sensibilidade, apresentam complicações tais como: úlceras tróficas, garras, reabsorções ósseas em mãos e/ou pés ou, ainda, lesões oculares diversas.

As incapacidades das funções nervosas ocorrem devido ao acometimento dos nervos na infecção primária e pelas reações causadas pelo aumento espontâneo da reatividade das células imunológicas ao antígeno do bacilo de Hansen (RINALDI, 2005). Segundo a OMS (2005, p. 7), "a maneira mais eficaz de prevenir as incapacidades decorrentes da hanseníase é o diagnóstico e tratamento oportunos dos casos, antes de ocorrerem lesões nervosas", pois as incapacidades e deformidades causadas por essas lesões são responsáveis pelo estigma e pela discriminação que recaem sobre os indivíduos e suas respectivas famílias (WHO, 2000). Cabe salientar que se a hanseníase não for oportunamente diagnosticada e tratada, pode acarretar alguns problemas, tais como diminuição da capacidade de trabalho (causando prejuízos econômicos), limitação da vida social e problemas psicológicos (LANA *et al.*, 2004b).

O tratamento específico da pessoa com hanseníase, indicado pelo Ministério da Saúde, é a poliquimioterapia padronizada pela OMS, conhecida como PQT. O esquema PQT é constituído pelos seguintes medicamentos: rifampicina, dapsona e clofazimina, com administração associada para evitar a resistência do bacilo aos medicamentos. O tipo de esquema terapêutico é recomendado de acordo com a classificação operacional do doente.

O esquema PQT para os pacientes paucibacilares é constituído por seis doses mensais de rifampicina e doses diárias auto-administradas de dapsona, com duração que pode variar de seis a nove meses. Já o esquema MB consiste em 12 doses

mensais de rifampicina e doses diárias auto-administradas de dapsona e clofazimina, com duração mínima de 12 e máxima de 18 meses (BRASIL, 2002a).

A PQT combate o bacilo tornando-o inviável. O bacilo inviável é incapaz de infectar outras pessoas, consequentemente rompe a cadeia epidemiológica da doença, fazendo com que seja possível a eliminação da doença e a prevenção da ocorrência de incapacidades físicas. Sua ação eficiente vem reduzindo a prevalência global da doença sendo possível garantir sua cura, reduzindo, assim, o grande e histórico estigma ligado ao seu portador, sua discriminação e exclusão social (BRASIL, 2001a).

Motivada pelo sucesso da nova terapêutica, em 1991, durante a 44ª Assembléia Mundial de Saúde, a OMS propôs a meta de eliminação da hanseníase como problema de Saúde Pública até o ano 2000. O Brasil, juntamente com outros países considerados endêmicos, foi signatário dessa proposta, comprometendo-se a reduzir a taxa de prevalência dessa doença para menos de 1 caso por 10.000 habitantes, dentro do prazo estabelecido (WHO, 2002).

A partir de 1991 que a PQT foi oficialmente implantada em todo o território brasileiro e, desse ano até 1998, o Brasil apresentou uma redução considerável da prevalência, passando de 17,1 para 4,86 casos por 10.000 habitantes (BRASIL, 2005; NOGUEIRA; MARZLIAK, 1997).

No ano 2000, 24 países não alcançaram a meta de eliminação, inclusive o Brasil, que, em 1999, na 3ª Conferência Regional sobre a eliminação da hanseníase nas Américas, realizada na Venezuela, assinou a Declaração de Caracas, comprometendo-se novamente a eliminar a hanseníase como problema de Saúde Pública, desta vez até o ano de 2005 (LOCKWOOD; SUNEETHA, 2005; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - OPAS, 2000).

A OMS então lançou a "Estratégia do Esforço Final para a Eliminação da Hanseníase - Plano Estratégico 2000-2005" com as seguintes propostas: expandir os serviços de PQT, aumentar a cobertura do diagnóstico de hanseníase, prover treinamento para os profissionais de saúde para diagnosticar e tratar a doença, promover ações de educação da comunidade e estimular a população a dar seguimento ao tratamento (WHO, 2000).

Ao final de 2005, a prevalência registrada da hanseníase no Brasil era de 3,1 casos por 10.000 habitantes (BRASIL, 2008b). Os países que não cumpriram a meta em 2005 possuem o prazo até o ano de 2010 para eliminarem a hanseníase como problema de Saúde Pública. Por isso, a OMS publicou, em 2005, a "Estratégia global para aliviar a carga de hanseníase e manter as atividades de controle da hanseníase. Período do Plano: 2006-2010" (OMS, 2005).

Os principais elementos dessa estratégia são (OMS, 2005, p. 6):

1. Sustentar as atividades de controle da hanseníase em todos os países endêmicos;
2. Usar a detecção de casos como principal indicador para monitorar o progresso;
3. Controlar a hanseníase através da detecção oportuna de novos casos e seu tratamento com PQT;
4. Prover atenção de qualidade aos pacientes, que deve ser equitativamente distribuída, financeiramente exequível e facilmente acessível;
5. Assegurar diagnóstico de qualidade, gestão de casos, registro e notificação em todas as comunidades endêmicas;
6. Fortalecer os serviços rotineiros e de encaminhamento;
7. Desenvolver ferramentas e procedimentos baseados na atenção comunitária, integrados e localmente apropriados para a prevenção de incapacidades e para a provisão de serviços de reabilitação.

Apesar de todos os esforços para sua eliminação, no início de 2008 a hanseníase foi considerada um problema de Saúde Pública em três países, segundo estatísticas da OMS, sendo eles: Brasil (taxa de prevalência 2,40 casos / 10.000 habitantes), Nepal (1,18 casos / 10.000 habitantes) e Timor Leste (1,23 casos / 10.000 habitantes). República Democrática do Congo e Moçambique alcançaram a meta de eliminação da hanseníase no início do ano 2008 (WHO, 2008).

A escolha da taxa de prevalência como indicador de eliminação da hanseníase têm sido bastante discutida na literatura. A meta de eliminação da hanseníase, com base no indicador de prevalência pontual, foi substituída pelo indicador de detecção de casos novos, que mede a força de morbidade, a magnitude e a tendência da endemia (MINAS GERAIS, 2007b). Em 2007, no Brasil, o coeficiente de detecção de casos novos alcançou o valor de 2,10 / 10.000 habitantes e o coeficiente de prevalência 2,19 / 10.000 habitantes (BRASIL, 2008c). Vários autores afirmam que a redução da taxa de prevalência está associada à mudança da definição de caso de hanseníase, à limpeza dos registros estatísticos e à redução do tempo de duração do tratamento, portanto isso pode significar que não está

ocorrendo a diminuição da transmissão do agente etiológico na população (*THE INTERNATIONAL FEDERATION OF ANTI-LEPROSY ASSOCIATION*⁹ - ILEP, 2002; RINALDI, 2005). Nos países endêmicos como o Brasil, o panorama epidemiológico ainda revela que a taxa de detecção está se mantendo estável ou até mesmo existe um aumento do número de casos novos (devido à detecção de casos ocultos através dos serviços de saúde ou através das campanhas de eliminação) concomitante à redução da taxa de prevalência, sugerindo que a infecção não está sendo adequadamente controlada pelo uso da poliquimioterapia (DURRHEIM; SPEARE, 2003; LOCKWOOD; SUNEETHA, 2005). A ILEP corrobora com esses autores ao afirmar que a PQT reduz a infectividade dos pacientes, mas parece não prevenir a ocorrência de novos casos na população (ILEP, 2002).

Esse fenômeno pode ser visualizado nos GRAF. 1 e 2 que mostram a tendência epidemiológica da hanseníase no Brasil desde 1990 até 2007: enquanto há uma significativa redução do coeficiente de prevalência, a taxa de detecção não evidenciou uma tendência de decréscimo, mantendo-se estável ou até mesmo com períodos de elevação do número de novos casos detectados.

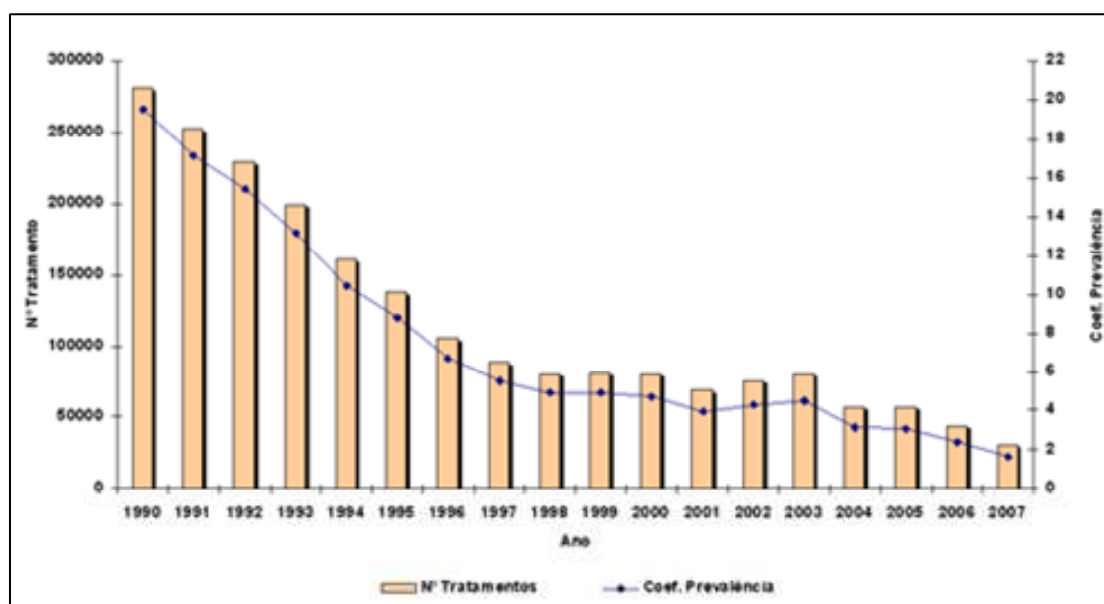


GRÁFICO 1 - Série histórica do coeficiente de prevalência e número de pacientes em tratamento para hanseníase até 31/12 de cada ano, Brasil, 1990-2007*

Fonte: BRASIL, 2008b.

Nota: * Dados preliminares.

⁹ Federação Internacional de Associações Anti-Hanseníase. (Tradução nossa).

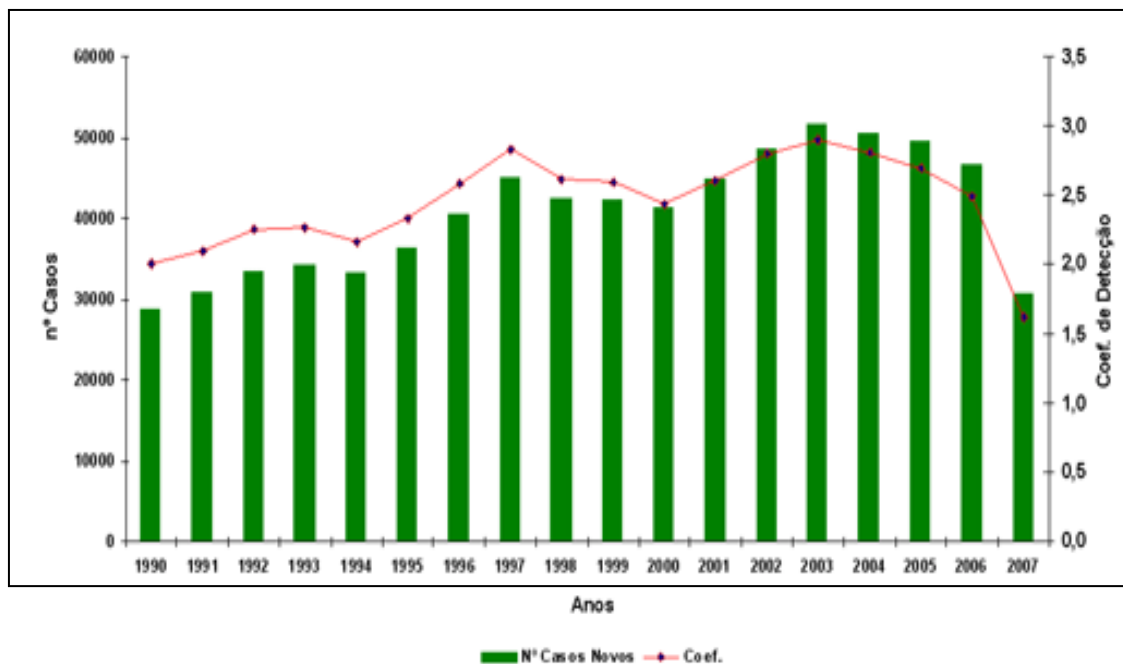


GRÁFICO 2 - Série histórica do número de casos novos e coeficiente de detecção por 10.000 habitantes, Brasil, 1990-2007

Fonte: BRASIL, 2008d.

Por isso os indicadores de taxa de detecção e proporção de crianças entre os casos novos são considerados a melhor escolha para o monitoramento do real *status* da doença (RINALDI, 2005). A redução de casos em menores de 15 anos de idade é prioridade do Programa Nacional de Controle da Hanseníase já que esses casos têm relação com doença recente e focos de transmissão ativos e seu acompanhamento epidemiológico é relevante para o controle da hanseníase (BRASIL, 2008c). Outros indicadores considerados de impacto para o monitoramento da hanseníase são: proporção de MB; proporção de casos em mulheres e proporção de casos com grau de incapacidade II entre os casos novos (RICHARDUS; HABBEMA, 2007).

As informações sobre a doença e sobre o seu comportamento epidemiológico são realizadas através de um conjunto de atividades que compõem a vigilância da hanseníase, que tem a finalidade de recomendar, executar e avaliar as atividades para seu controle (BRASIL, 2002a).

A construção e análise de indicadores epidemiológicos e operacionais são essenciais para o desenvolvimento das atividades de Vigilância Epidemiológica. Podem ser usadas para ajudar a descrever uma determinada situação e para acompanhar mudanças ou tendências em um período de tempo. Os indicadores de

saúde permitem a comparabilidade entre diferentes áreas ou diferentes momentos e fornecem subsídios ao planejamento das ações de saúde (BRASIL, 2002a).

No Brasil, os indicadores de construção obrigatória pelos municípios, regionais e estados no Pacto da Atenção Básica e no Programa de Pactuação Integrada são: indicadores epidemiológicos (coeficiente de detecção anual de casos novos, taxa de prevalência e percentual de incapacidades físicas grau II no momento do diagnóstico entre os casos novos) e indicadores operacionais (percentual de abandono e de cura) (MINAS GERAIS, 2006).

Abaixo estão relacionados os indicadores propostos pelo MS que são úteis para a configuração da situação epidemiológica e operacional da hanseníase (BRASIL, 2002a):

- a. *Coeficiente de prevalência (por 10.000 habitantes):* mede a magnitude da doença;
- b. *Coeficiente de detecção anual de casos novos (por 10.000 habitantes):* determina a tendência secular da endemia e mede a intensidade das atividades de detecção dos casos;
- c. *Coeficiente de detecção anual de casos novos na população de 0 a 14 anos (por 10.000 habitantes):* determina a tendência secular da endemia;
- d. *Proporção de casos com incapacidades físicas entre os casos novos detectados e avaliados no ano:* estima a efetividade das atividades para a detecção precoce de casos e estima a endemia oculta;
- e. *Proporção de curados no ano com incapacidades físicas:* avalia a transcendência da doença, subsidia a política de ação para sequelas e programa insumos para a prevenção e tratamento das incapacidades pós-alta;
- f. *Proporção de casos novos diagnosticados no ano que iniciaram a PQT padrão OMS:* mede a qualidade do atendimento dos serviços de saúde;
- g. *Proporção de casos novos diagnosticados no ano com grau de incapacidade física avaliado:* mede a qualidade do atendimento dos serviços de saúde;
- h. *Proporção de cura entre casos novos diagnosticados nos anos das coortes:* avalia a efetividade dos tratamentos;

- i. *Proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliada:* mede a qualidade do atendimento dos serviços de saúde;
- j. *Proporção de abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes:* mede a capacidade dos serviços em assistir os casos de hanseníase;
- k. *Proporção de abandono do tratamento na prevalência do período:* mede a capacidade dos serviços em assistir aos casos de hanseníase;
- l. *Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares de casos novos diagnosticados no ano:* avalia a execução de atividade de vigilância de contatos;
- m. *Proporção de municípios com ações de controle implantadas:* mede a cobertura territorial das ações de controle;
- n. *Proporção da população coberta pelas ações de controle:* mede a cobertura populacional das ações de controle;
- o. *Proporção de unidades de saúde da rede básica que desenvolvem ações de controle:* mede a cobertura institucional das ações de controle.

O monitoramento dos indicadores epidemiológicos e operacionais da hanseníase permite a obtenção de informações sobre o comportamento da endemia, auxiliando aqueles que tomam as decisões de avaliarem os progressos em direção à eliminação, a fazerem planos de ação, implementá-los e medirem seu impacto (WHO, 2000). Hartz (1999) corrobora que os princípios epidemiológicos são necessários e indispensáveis para a avaliação de programas, planejamento e tomada de decisão nas políticas de saúde. Dessa forma, a utilização da informação torna-se imprescindível para desencadear o processo “informação-decisão-ação” e a sua utilização na prática cotidiana das equipes de saúde da Atenção Básica deve ser estimulada para determinar prioridades e avaliar as ações e intervenções.

2.2 Integração das atividades de hanseníase na Atenção Primária à Saúde: uma preocupação global

As responsabilidades dos governos em oferecer a integração das atividades de prevenção, controle e tratamento das doenças infecciosas nos serviços de Atenção Primária à Saúde iniciaram a partir da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde de Alma Ata, em 1978 (PORTER *et al.*, 2002). A Declaração de Alma Ata preconizou “Saúde para Todos no ano 2000” e a “Estratégia de Atenção Primária de Saúde”, que enfatizou a importância da Atenção Básica para melhoria das condições de saúde da população ao ampliar a visão do cuidado da saúde em sua dimensão intersetorial, compreendendo as áreas

da educação sobre os principais problemas de saúde e sobre os métodos de prevenção e de luta correspondentes; a promoção da aptidão de alimentos e de uma nutrição apropriada; um abastecimento adequado de água potável e saneamento básico; a assistência materno-infantil, com inclusão da planificação familiar; a imunização contra as principais enfermidades infecciosas; a **prevenção e luta contra enfermidades endêmicas locais**; o tratamento apropriado das enfermidades e traumatismos comuns e a disponibilidade de medicamentos essenciais (BRASIL, 2002b, p. 10, grifo nosso).

Essa Conferência estimulou a OMS a incorporar elementos preconizados na Declaração de Alma Ata e isso levou, em 1984, à publicação do manual sobre a promoção da saúde. Os discursos da OMS sobre a promoção e os movimentos mundiais para uma nova Saúde Pública resultaram na realização da 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986. A Carta de Ottawa ressalta que para promover a saúde é necessário um conjunto de cinco estratégias: o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, a criação de ambiente sustentável, o fortalecimento da participação comunitária, o desenvolvimento de habilidades individuais e a reorientação dos serviços de saúde (BRASIL, 2002b; SOUZA; GRUNDY, 2004).

A Carta de Ottawa teve um papel primordial ao reafirmar os preceitos da Declaração de Alma Ata em prol do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde. Esses movimentos da década de 70 e 80 foram responsáveis pela orientação aos governantes sobre a necessidade de realizar a mudança do programa vertical de atenção à hanseníase para um serviço descentralizado de controle da doença. Esse

processo é definido como Integração das Atividades de Hanseníase nos Serviços de Saúde (PORTER *et al.*, 2002; RAO *et al.*, 2002; SOUTAR, 2002).

Essa política de reorganização da atenção à hanseníase através da descentralização das atividades de prevenção e controle da doença foi fortalecida em maio de 1991, durante a 44ª Conferência Mundial de Saúde, que tornou a estratégia principal para alcançar a meta de eliminação da doença como problema de Saúde Pública até o ano de 2000 (ANDRADE, 2000; BYAMUNGU; OGBEIWI, 2003). Esse conceito de eliminação foi desenvolvido a partir do sucesso alcançado pelo tratamento poliquimioterápico introduzido pela OMS em 1982. Assim, através da descentralização da atenção à hanseníase, a OMS espera que a eliminação seja alcançada a partir do avanço do acesso dos pacientes ao tratamento poliquimioterápico e do aumento da cobertura geográfica da PQT (FEENSTRA; VISSCHEDIJK, 2002; RICHARDUS; HABBEMA, 2007).

Essa estratégia foi reconhecida por inúmeros países endêmicos em hanseníase que, a partir de 1995, promoveram, com o apoio da OMS e de Organizações Não-Governamentais (ONG), as Campanhas de Eliminação da Hanseníase com o objetivo de detectar os casos da doença e tratá-los imediatamente com a PQT, principalmente nas áreas que havia muitos casos ocultos e nas comunidades onde os serviços de hanseníase eram inadequados (WHO, 2004). Essas campanhas proporcionavam o envolvimento dos serviços de saúde nas atividades de prevenção e controle da doença e tinham como objetivos o treinamento dos profissionais de saúde; educação da comunidade para estimular a detecção através de métodos passivos e remover as percepções negativas sobre a doença e tratamento de todos os casos diagnosticados com o esquema poliquimioterápico (FEENSTRA, 2000; WHO, 2003, 2004).

Após o sucesso das campanhas e principalmente através da implementação da PQT nos serviços de saúde, a prevalência da hanseníase começou a diminuir devido à redução do tempo de tratamento (FEENSTRA, 2000). Isso foi um dos motivos que tornaram os serviços verticais de hanseníase relativamente caros e com atuação limitada, ao considerar que os serviços descentralizados são mais apropriados para fortalecer a política de eliminação da doença como problema de Saúde Pública, ao oferecer fácil acesso ao diagnóstico e tratamento. Outro aspecto

importante é que os serviços descentralizados realizam, continuamente, a divulgação dos sinais e sintomas da hanseníase para a comunidade, atividade a qual é considerada essencial para a redução do estigma social e para a detecção precoce de casos através da demanda espontânea.

Desde então, a mudança da atenção da hanseníase dos serviços verticais para os serviços descentralizados tornou-se estratégia de diversos governos. Esse processo requer um adequado planejamento de sustentabilidade, principalmente no sentido de oferecer à população um número adequado de serviços de saúde que possuam profissionais aptos para exercerem as novas responsabilidades do programa de prevenção e controle da hanseníase (RAO *et al.*, 2002; WHO, 2005).

Na organização de um serviço integrado, as atividades de diagnóstico e tratamento estão próximas à comunidade e disponíveis em todos os dias de funcionamento das unidades de saúde. O processo de integração combina as atividades de hanseníase com os demais programas realizados pelos serviços de saúde, tornando-se assim uma doença que não mais necessita de serviços especiais (VISSCHEDIJK *et al.*, 2003). O sucesso do programa de controle da hanseníase está pautado na realização do diagnóstico precoce, no tratamento poliquimioterápico adequado, na busca ativa dos contatos, na prevenção das incapacidades e na reabilitação (BYAMUNGU; OGBEIWI, 2003; INNIS, 2005).

Em relação aos serviços verticais, seus profissionais têm que estar motivados para apoiarem a mudança do modelo de atenção à hanseníase com o objetivo de tentar reduzir alguma resistência a essa mudança (RAO *et al.*, 2002). Os centros de referência (estruturas verticais) devem ser reorganizados para prestarem assistência aos casos complicados que foram referenciados pela Atenção Básica (WHO, 2005), para o manejo das reações hansênicas (LWIN *et al.*, 2005), além de serem os responsáveis pela supervisão das atividades de prevenção e controle desenvolvidas no nível primário e pela educação continuada desses profissionais a fim de manter a qualidade do diagnóstico e tratamento (PANDEY; PATEL; UDDIN, 2006).

Entretanto, a integração é um processo gradual e requer alguns ajustes operacionais e administrativos (PANDEY; PATEL; UDDIN, 2006). Para obter sucesso na integração dos serviços de hanseníase são necessárias as seguintes condições

(FEENSTRA¹⁰, 1993 apud FEENSTRA; VISSCHEDIJK, 2002; SOUTAR, 2002; VISSCHEDIJK *et al.*, 2003):

- a. Os governos devem ter uma política nacional de controle da hanseníase e o processo de integração deve ser específico para o contexto local e requer um planejamento cuidadoso e adequado, incluindo uma análise da situação epidemiológica e operacional. As etapas desse processo devem ser introduzidas passo-a-passo;
- b. Os governos devem ter o compromisso de sustentar as atividades de controle da doença através da existência de um adequado funcionamento dos serviços de saúde, assegurando a acessibilidade, a equidade e a qualidade do cuidado aos pacientes hansenianos;
- c. Assegurar as atividades de educação da comunidade e de divulgação dos sinais e sintomas com o objetivo de estimular a detecção por demanda espontânea aos serviços de saúde;
- d. As campanhas de eliminação da hanseníase podem ser utilizadas como uma oportunidade para começar ou fortalecer o processo de integração;
- e. A referência deve estar disponível nos níveis central e intermediário para planejar, avaliar, prover treinamento, supervisão técnica, recomendações e pesquisa;
- f. Os profissionais que atuam na Atenção Primária e nas referências devem ser exaustivamente treinados. Esses treinamentos devem ser baseados de acordo com os papéis e as responsabilidades de cada profissional;
- g. A incorporação do ensino das atividades de controle da hanseníase nos currículos dos cursos da área de saúde é essencial para o sucesso da integração das atividades de controle da doença nos serviços de saúde;
- h. Pesquisas podem ser úteis na identificação de obstáculos no processo de integração;

¹⁰ FEENSTRA, P. Leprosy control through general health services and/or combined programs. **Leprosy Review**, London, v. 64, n. 2, p. 89-96, jun. 1993.

- i. Os documentos que relatam as experiências de outros países podem ser mais bem utilizados mas o processo de integração necessita de ser adaptado ao contexto local.

Os seguintes parâmetros são considerados importantes indicadores para o sucesso da integração (KASTURIARATCHI; SETTINAYAKE; GREWAL, 2002, p. 184):

- a. Indicadores epidemiológicos: redução na proporção de casos novos que apresentam incapacidades, redução na proporção de crianças, redução na proporção de casos multibacilares e altas taxas de conclusão da PQT;
- b. Inclusão de estoques da PQT no nível local;
- c. Desenvolvimento de sistemas de informação e de atividades baseadas em evidências epidemiológicas.

Não há um modelo para obter o sucesso no processo de integração. Existem características comuns de outros contextos que, devido à semelhança, podem ser utilizados no nível local. O importante é que haja o envolvimento de todas as esferas (governo, profissionais de saúde e comunidade) para alcançar a sustentabilidade de um programa de hanseníase integrado aos serviços de saúde.

Ao alcançar a meta de eliminação da hanseníase como problema de Saúde Pública, os governos devem manter os programas de hanseníase integrados na Atenção Primária à Saúde nesse período de pós-eliminação para assegurar a detecção precoce, o tratamento, a prevenção de incapacidades e a reabilitação (RINALDI, 2005), pois ao declarar que a doença está "eliminada", a atuação dos profissionais de saúde e dos serviços de saúde nas atividades de prevenção e controle podem estar em risco (PORTER, 2004).

Essa é uma das preocupações da OMS em relação ao significado do termo eliminação, que pode levar as pessoas a pensarem que o problema simplesmente acabou. Consequentemente, poderá afetar os recursos destinados ao financiamento das atividades de controle da hanseníase não só para os governos, mas também para as ONG e para os pesquisadores. Deve-se enfatizar que eliminação não é erradicação mesmo porque a hanseníase continuará existindo mesmo nos países que já alcançaram a meta de eliminação (RINALDI, 2005).

2.3 Integração das atividades de hanseníase na Atenção Primária à Saúde no Brasil

O processo de mudança do modelo médico-assistencial no Brasil iniciou-se nos anos 1970 e 1980 juntamente com o movimento de reorganização que estava ocorrendo no setor político e econômico. A redemocratização do país determinou o esgotamento do modelo assistencial privatista e fez surgir novos rumos nas políticas públicas no setor de saúde, propondo um modelo alternativo de atenção à saúde, baseado na medicina comunitária (BRASIL, 2006a).

Com o advento da Nova República, em 1985, o governo passou a apoiar o movimento da Reforma Sanitária e esse período foi marcado pelo enfraquecimento do modelo privatista. Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde cumpriu o papel de sistematizar tecnicamente e disseminar politicamente o projeto democrático de Reforma Sanitária, dirigido à universalização do acesso, equidade no atendimento, integralidade da atenção, unificação institucional do sistema, descentralização, regionalização, hierarquização da rede de serviços e participação da comunidade (BRASIL, 2000a).

Esse processo de mudança do sistema de saúde brasileiro culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), reconhecendo a saúde como um direito de cidadania a ser assegurado pelo Estado (BRASIL, 2007a) e pautado em princípios:

Universalidade do acesso; integralidade da assistência; participação da comunidade; descentralização político-administrativa; regionalização, hierarquização e atendimento integral, com capacidade de resolução dos problemas (BRASIL, 2007b, p. 53).

A base constitucional da saúde foi complementada pelas Leis n. 8.080 e 8.142 de 1990 (BRASIL, 1990a, b), que dispõem respectivamente sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e sobre a regulação da participação da comunidade no SUS e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros (BRASIL, 2006a). Como as ações dos serviços públicos de saúde foram organizadas de forma descentralizada e hierarquizada em três esferas de complexidade (Atenção Primária, Secundária e Terciária), a estratégia de integração

das atividades de diagnóstico e tratamento da hanseníase foi sustentada por diversas iniciativas do Governo Federal.

A estratégia inicial para a integração da hanseníase na Atenção Básica ocorreu em 1991, por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, a partir de 1994, através do PSF, programas que priorizam as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos de forma integral e contínua. Segundo o MS (BRASIL, 1999a, p. 6):

A implantação de ações de controle da hanseníase em todas as unidades de saúde da rede básica hoje se apresenta como uma das soluções para o alcance da meta de eliminação. Esta implantação tem custo muito reduzido, pois não necessita de alta complexidade e os medicamentos e imunobiológicos são fornecidos pelo governo, sendo de responsabilidade dos municípios, assessorados pelos Estados, o planejamento, execução e avaliação das ações de controle, conduzindo a uma nova realidade na qual os municípios assumam efetivamente a gerência do controle da hanseníase, a seu nível.

Nesse contexto, o Programa Nacional de Hanseníase lança o Plano de Eliminação com o objetivo de alcançar a meta de eliminação da doença como problema de Saúde Pública no Brasil até o ano de 2000. Nesse plano foi proposto:

1. Diagnosticar e tratar com PQT todos os casos novos esperados;
2. Diagnosticar precocemente a hanseníase de maneira que 90,0% dos casos novos sejam diagnosticados antes do aparecimento de deformidades físicas;
3. Dar alta por cura a 80,0% dos casos que iniciaram o tratamento;
4. Reduzir em 15,0% a 20,0% ao ano a taxa de prevalência (ANDRADE, 2000).

Apesar dos esforços de todas as esferas do governo, o Brasil não alcançou a meta de eliminação da doença no ano 2000, principalmente devido a problemas operacionais como a presença de uma estrutura centralizada do programa de hanseníase e da fraca descentralização das atividades de prevenção e controle da doença para as unidades da Atenção Primária à Saúde (WHO, 2004). Por isso, a Portaria n. 816 de 26 de julho de 2000 (BRASIL, 2000b) aprovou as diretrizes destinadas a orientar as medidas de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de hanseníase em todos os níveis do SUS, principalmente na Atenção Primária para viabilizar a descentralização da assistência à hanseníase (BRASIL, 2000c).

Para efetivar a inserção das ações de controle da hanseníase na Atenção Básica, o MS publicou a Portaria n. 1.073 de 26 de setembro de 2000 (BRASIL, 2000d) para recomendar as medidas que facilitam a implantação e implementação do diagnóstico e tratamento dos doentes em Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2000c).

A publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001 (BRASIL, 2001b), ampliou as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica e enfatizou a importância de qualificar e melhorar a resolutividade da Atenção Básica a partir da identificação de áreas estratégicas mínimas relacionadas a problemas de abrangência nacional, dentre elas, a eliminação da hanseníase. Assim, os municípios tiveram que incluir as atividades de suspeição diagnóstica, diagnóstico e tratamento da hanseníase na rotina de atendimento da Atenção Básica (BRASIL, 2007b).

Essa lei teve um impacto positivo para a mobilização de recursos financeiros sendo que, em 2002, foi criado, pela Portaria n. 1.838 de 9 de outubro (BRASIL, 2002c), o Incentivo para a Ampliação da Detecção da Hanseníase no âmbito da Atenção Básica de saúde no valor de sessenta reais para cada caso de hanseníase detectado, notificado ao SINAN (Sistema de Informações de Agravos de Notificação) e iniciado o tratamento (repassado aos Fundos Municipais de Saúde dos Municípios prioritários) e dez reais para cada caso detectado e notificado pelas Secretarias Municipais de Saúde (repassado aos Fundos Estaduais de Saúde do Estado correspondente) (BRASIL, 2002b).

Apesar de todos os esforços concentrados para atingir o objetivo da eliminação da hanseníase como um problema de Saúde Pública, houve a necessidade de fortalecer o desenvolvimento das ações de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e controle da hanseníase. A Portaria n. 586 de 6 de abril de 2004, instituiu, no âmbito SUS, um conjunto de ações e medidas coordenadas para a eliminação da hanseníase, a serem promovidas de forma compartilhada entre o MS e as Secretarias de Saúde dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, tendo como principais objetivos (BRASIL, 2004):

- a. Integrar as ações de eliminação da hanseníase - diagnóstico e tratamento - na Atenção Básica, com o objetivo de promover o maior acesso das pessoas atingidas pela doença, em especial nos municípios endêmicos;
- b. Desenvolver ações de promoção à saúde e vigilância epidemiológica, bem como de diagnóstico e acompanhamento, tratamento e reabilitação das pessoas atingidas pela doença;
- c. Promover a organização, a regulação, o acompanhamento e a avaliação do conjunto de ações de saúde para a efetiva eliminação da hanseníase.

Apesar da integração das ações de eliminação da doença nas estratégias do PACS e PSF na conformidade do processo de reorganização da Atenção Básica em curso no País, ter permitido alto nível de acompanhamento dos portadores, aumento das taxas de cura, redução do abandono e tratamento das incapacidades físicas; o Brasil não alcançou a meta de eliminação da doença no ano de 2005.

Em 2006, o Pacto pela Vida, que é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira, veio reafirmar a eliminação da hanseníase como ação prioritária no campo da saúde. Esta ação deverá ser executada com foco em resultados, ou seja, atingir a meta de menos de 1 caso por 10.000 habitantes em todos os municípios prioritários (BRASIL, 2007b). Como estratégia para alcance da meta de eliminação até 2010, o MS elaborou o Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal 2006-2010 baseado no princípio de sustentabilidade proposto pela OMS, comprometendo-se a assegurar a disponibilização das atividades de controle da doença a todos os indivíduos nos serviços de saúde mais próximos de suas residências (BRASIL, 2006b).

Os princípios norteadores desse Plano de Eliminação são (BRASIL, 2006b):

- a. As atividades de eliminação da hanseníase, desempenhadas e financiadas exclusivamente com recursos do SUS, incluem para os casos novos: diagnósticos, tratamento PQT/OMS; vigilância epidemiológica por meio do exame dos comunicantes; educação do paciente, da família e da comunidade; prevenção de incapacidades / deficiências, reabilitação e encaminhamento das complicações segundo os níveis de complexidade

da assistência, assim como o acompanhamento dos casos prevalentes até a cura;

- b. A pedra angular na eliminação e no controle da doença como problema de Saúde Pública continuará sendo o aumento da oferta de serviços de saúde prestados por profissionais da rede básica de saúde, integrando as atividades de detecção precoce dos casos, tratamento poliquimioterápico, prevenção de incapacidades e vigilância de comunicantes em todos os municípios que possuam pelo menos um caso de hanseníase nos últimos cinco anos;
- c. Manutenção do compromisso político e de recursos adequados para os municípios atingirem os níveis de eliminação da hanseníase;
- d. Garantia da provisão de medicamentos específicos (blister de PQT) para o tratamento dos casos novos e para o controle das reações hansênicas;
- e. Garantir treinamento específico e mais aprofundado para profissionais de referência em cada município, assegurando o diagnóstico de casos complexos e a condução e/ou encaminhamento de complicações.
- f. Alta qualidade nos registros de casos novos e de altas por cura no SINAN/Hansen;
- g. Sistema de referência e contra-referência por níveis de média e alta complexidade, fácil e equitativamente acessível a todos os pacientes, incluindo serviços para o encaminhamento de casos que apresentem complicações ou necessitem de atenção na alta complexidade.

A mais recente iniciativa do Governo Federal para fortalecer as atividades de prevenção e controle da hanseníase nos municípios é o Programa Mais Saúde: Direito de Todos, que visa garantir à população o direito constitucional à saúde através do aumento do acesso a ações e serviços de saúde de qualidade. Esse programa prioriza os objetivos e as metas propostas pelo Pacto pela Vida, referentes à saúde do idoso, ao controle do câncer de colo de útero e de mama, à redução da mortalidade infantil e materna, ao fortalecimento da capacidade de resposta às emergências de Saúde Pública, de relevância nacional para a redução da ocorrência

de doenças, envolvendo o controle de enfermidades como dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza (BRASIL, 2008e).

A meta para a hanseníase do Programa Mais Saúde é reduzir em 25,0% a incidência da doença em menores de 15 anos, passando de 4.600 casos, em 2006, para 3.450 casos, em 2011. As principais ações para alcançar essa meta são: a ampliação do diagnóstico precoce pela capacitação do pessoal das equipes de saúde da família e a ampliação da cobertura vacinal da segunda dose do Bacilo de Calmette-Guérin (BCG) na população em idade escolar (BRASIL, 2008e).

2.4 Integração das atividades de hanseníase na Atenção Primária à Saúde em Minas Gerais

Em 1991, ano no qual os países membros definiram a meta de eliminação da hanseníase como problema de Saúde Pública, o Estado de Minas Gerais ocupava a posição de primeiro lugar no Brasil em número de casos em registro ativo, apresentando uma prevalência de 22,2 casos / 10.000 habitantes, 22 vezes maior que a preconizada pela OMS (MINAS GERAIS, 2001). Por isso, elaborou o "Plano de Emergência para Controle da Hanseníase (1991-1994)" e o "Plano de Eliminação da Hanseníase em Minas Gerais (1995-2000)" apresentando as seguintes propostas: aumentar a cobertura, descentralizando as ações de controle da hanseníase, através de capacitação das equipes municipais de saúde; aumentar o acesso dos pacientes ao esquema terapêutico PQT/OMS; dar alta por cura a pelo menos 90,0% dos casos que iniciarem tratamento; conhecer a prevalência real, através das adequações do sistema de informação e arquivos das unidades de saúde e eliminar a hanseníase como problema de Saúde Pública até o ano de 2000.

Em 1999, a Coordenadoria de Controle de Hanseníase da SES/MG mobilizou os municípios para promoverem campanhas com o objetivo de intensificar as ações de eliminação da hanseníase,

disponibilizando as ações de controle da doença no maior número possível de unidades de saúde, para que toda população recebesse informação sobre a doença, tivesse facilidade de acesso ao diagnóstico, tratamento e cura, assim como às medidas de prevenção e tratamento das incapacidades (MINAS GERAIS, 2000).

Os principais resultados alcançados de 1991 a 2000 foram: aumento da cobertura de municípios com ações de controle de hanseníase implantadas de 12,0% para 65,8%; aumento no percentual de casos de hanseníase em registro ativo submetidos à PQT de 15,5% para 99,9%; redução do abandono de tratamento de 56,6% para 15,2% e redução da taxa de prevalência de 22,2 para 3,2 por 10.000 habitantes (MINAS GERAIS, 2001).

Apesar de todos os esforços, Minas Gerais não conseguiu atingir a meta de eliminação da hanseníase como problema de Saúde Pública no ano de 2000. Os principais motivos da manutenção da prevalência da hanseníase em Minas Gerais foram "a permanência de casos não diagnosticados (prevalência oculta) responsáveis pela manutenção de fontes de contágio na população, manutenção do modelo tradicional de assistência, bastante centralizada, sem o envolvimento efetivo de toda a rede básica e informação insuficiente para a população" (MINAS GERAIS, 2002, 2004). A Coordenadoria de Controle de Hanseníase propôs como as principais estratégias para eliminação da doença até o ano de 2005: expansão da cobertura, através da capacitação de profissionais, para que toda a rede de serviços de saúde possa oferecer alguma ação de controle da doença de acordo com sua complexidade; dar alta por cura e diminuir o abandono e divulgação sistemática dos sinais, sintomas e da cura da hanseníase para a população em geral, de modo a motivar o doente a procurar o serviço de saúde e possibilitar a descoberta precoce de novos casos (MINAS GERAIS, 2001, 2002, 2007b).

Em 2001, a partir da expansão da cobertura das ações de prevenção e controle da doença para as equipes de saúde da família, o Estado conseguiu abaixar a taxa de prevalência para 2,5 casos / 10.000 habitantes, mas no ano subsequente, devido às capacitações dos profissionais dos PSF e da realização de campanhas informativas, ocorreu o aumento dessa taxa para 3,0 casos / 10.000 habitantes (MINAS GERAIS, 2004). Nos anos de 2004, 2005 e 2006 foram marcados pela redução progressiva da taxa de prevalência, passando de 2,2 casos / 10.000 habitantes no final de 2004 para uma taxa de 1,2 casos / 10.000 habitantes no final de 2006 (MINAS GERAIS, 2006, 2007a).

Em 2006, foram notificados à SES/MG 2.547 casos novos, com taxa de detecção equivalente a 1,3 / 10.000 habitantes, sendo 45,9% do sexo feminino;

62,8% multibacilares e 10,2% com deformidades (grau II de incapacidade física). Observou-se uma diminuição do número de crianças diagnosticadas com hanseníase, passando de 6,6 em 2005 para 5,3 o percentual de casos novos notificados em menores de 15 anos (MINAS GERAIS, 2007a).

Com o objetivo de intensificar o controle da endemia, a SES/MG elege, todos os anos, municípios prioritários para o controle da hanseníase de acordo com parâmetros epidemiológicos estabelecidos pelo MS. Esses municípios passam a ser acompanhados sistematicamente pelo Estado e pelo Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase (PNEH).

Em 2007, 33 municípios¹¹ foram selecionados para serem acompanhados sistematicamente pelo Estado e pelo PNEH, sendo quatro municípios da microrregião de Almenara: Almenara, Jacinto, Palmópolis e Santa Maria do Salto (MINAS GERAIS, 2007a). Os dados epidemiológicos de 2007 revelaram que 2.235 casos novos de hanseníase foram diagnosticados, dos quais 5,1% eram em crianças menores que 15 anos, 66,8% eram multibacilares, 13,4% foram diagnosticados já com grau II de incapacidade física e obteve um percentual de 56,8% de contatos examinados. Em relação à proporção de crianças diagnosticadas, observa-se uma diminuição desse percentual ao comparar com os dados de 2006, indicando provável maior controle das fontes de infecção (MINAS GERAIS, 2008).

Para os municípios que já atingiram a meta de eliminação, a SES/MG sugere que eles deverão dar mais ênfase à detecção de casos, através da valorização de indicadores como a taxa de detecção geral e em menores de 15 anos, percentual de formas multibacilares entre os casos novos, percentual de doentes com incapacidades físicas e percentual de contatos examinados. Além disso, coloca que os municípios com detecção baixa ou média precisarão validar seus dados, em especial aqueles com altos percentuais de incapacitados no momento do diagnóstico e/ou baixa cobertura de ações de controle de hanseníase, que podem significar existência de endemia oculta.

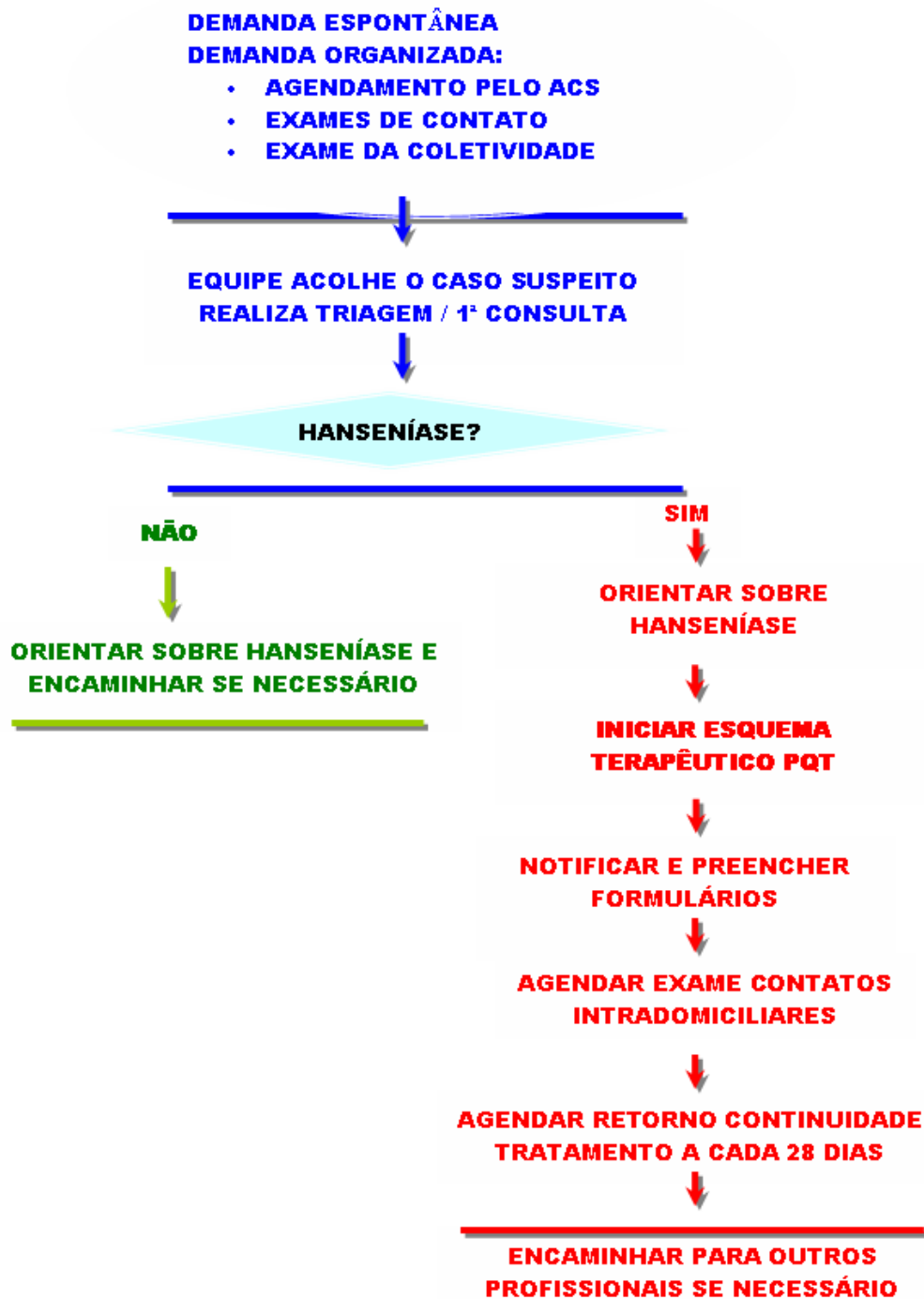
¹¹ Abaeté, Alfenas, Almenara, Alvarenga, Araçuaí, Bom Despacho, Buritis, Conselheiro Pena, Cuparaque, Governador Valadares, Itabirinha de Mantena, Itambacuri, Ituiutaba, Jacinto, João Pinheiro, Lagoa da Prata, Mantena, Matipó, Nanuque, Ouro Preto, Palmópolis, Paracatu, Periquito, Pirapora, Prata, Salinas, Santa Maria do Salto, São Francisco, São Sebastião do Paraíso, Teófilo Otoni, Unaí, Várzea da Palma, Visconde do Rio Branco.

2.4.1 Diretrizes para o trabalho em hanseníase no Estado de Minas Gerais

Com o objetivo de intensificar a descentralização das ações de prevenção e controle da hanseníase para a Atenção Básica, a SES/MG publicou, em 2006, a Linha Guia - Hanseníase como diretriz para o atendimento nas unidades de saúde. As Unidades Básicas de Saúde deverão ser capazes de realizar suspeição diagnóstica, diagnóstico, investigação epidemiológica e tratamento integral (MINAS GERAIS, 2007b, p. 42). O objetivo dessas atividades é controlar a doença, reduzindo a sua prevalência, a menos de 1 caso em 10.000 habitantes, quebrando assim a cadeia epidemiológica da doença e a produção de novos casos.

No protocolo da Linha Guia - Hanseníase (MINAS GERAIS, 2007b), a identificação de um caso suspeito de hanseníase pode ser realizada por qualquer profissional da área de saúde, que deverá ser encaminhado para a unidade onde será realizado o atendimento. A partir desse protocolo, o primeiro atendimento poderá ser feito pelo enfermeiro, que realizará uma triagem antes de encaminhar o caso suspeito para o médico, o qual será responsável pela confirmação ou não do diagnóstico. O diagnóstico de caso de hanseníase é feito através do exame dermatoneurológico. Deverá ser solicitada a pesquisa de Bacilo Álcool Ácido Resistente (BAAR) em raspado dérmico de lesão, lóbulos e cotovelo, além de solicitar outros exames laboratoriais quando necessário (MINAS GERAIS, 2007b). Ao confirmar o diagnóstico de hanseníase, o paciente iniciará o tratamento e receberá orientações da equipe de saúde. Deverá ser preenchida a ficha de notificação do SINAN e realizar a investigação epidemiológica através da busca dos contatos intradomiciliares para realizar o exame dermatoneurológico (MINAS GERAIS, 2007b). O resumo desse protocolo está descrito no QUADRO 1 e no QUADRO 2 descreve as atribuições de cada profissional de saúde, na realização das ações de prevenção e controle da hanseníase.

QUADRO 1
Protocolo de atendimento em hanseníase nas Unidades Básicas de Saúde



Fonte: MINAS GERAIS, 2007b, p. 20.
Nota: ACS - Agente Comunitário de Saúde.

QUADRO 2
Atribuições dos profissionais de saúde da Atenção Básica nas ações de controle da hanseníase

ATRIBUIÇÕES	MÉDICO	ENFERMEIRO	AUX. ENF.	ACS
Fazer levantamento epidemiológico e operacional	X	X	X	X
Planejar ações de assistência e controle do paciente / contato	X	X	X	X
Programar atividades segundo normas vigentes	X	X	X	X
Prever material necessário para a prestação do cuidado	X	X	X	X
Promover mobilização social	X	X	X	X
Executar ações de educação em saúde	X	X	X	X
Avaliar o estado de saúde do indivíduo	X	X	X	X
Realizar medidas de controle de contatos	X	X	X	X
Realizar busca ativa de casos	X	X	X	X
Realizar visitas domiciliares	X	X	X	X
Aplicar técnicas simples de atividades de vida diária em pacientes de hanseníase	X	X	X	X
Identificar as incapacidades físicas	X	X	X	
Fazer avaliação clínica dermatoneurológica	X	X		
Diagnosticar, classificar, prescrever tratamento e dar alta de hanseníase	X			
Identificar e encaminhar pacientes com reações hansênicas, reações medicamentosas e para a confirmação diagnóstica	X	X		
Dispensar medicamentos		X	X	
Realizar busca de faltosos e contatos	X	X	X	X
Fazer supervisão de medicamentos em domicílio	X	X	X	X
Realizar e avaliar as atividades de controle das doenças	X	X	X	
Estabelecer referência e contra-referência para atendimento em outras unidades de saúde	X	X		
Prever e requisitar medicamentos, imunobiológicos e material de consumo		X		
Preencher formulários do sistema de informação em hanseníase	X	X	X	
Administrar dose supervisionada	X	X	X	

Fonte: MINAS GERAIS, 2007b, p. 41.

Nota: ACS - Agente Comunitário de Saúde; AUX. ENF. - Auxiliar de Enfermagem.

O MS preconiza para os ACS as seguintes atividades: identificar sinais e sintomas da hanseníase e encaminhar os casos suspeitos para a unidade de saúde; fazer, no mínimo, uma visita domiciliar por mês ao usuário com hanseníase e sua família, estimulando auto-cuidados e auto-exame. E inclui o Cirurgião Dentista, o Técnico em Higiene Dental e o Auxiliar de Consultório Dentário como parceiros na realização da suspeita diagnóstica, no desenvolvimento de ações educativas e de mobilização social, além de prover o tratamento das infecções da boca, que são importantes causas de predisposição para complicações e estados reacionais (BRASIL, 2008a).

A descrição das atribuições dos profissionais na realização das ações de prevenção e controle da hanseníase é para Lana (1992), uma perspectiva da organização dos serviços de saúde necessários para o alcance dos objetivos.

Em relação aos centros de referência, o paciente deverá ser encaminhado para as unidades de média complexidade em caso de reações adversas aos medicamentos do esquema PQT padrão, pacientes em surtos reacionais e pacientes com grau I de incapacidade física para avaliação trimestral. Aqueles pacientes com grau II de incapacidade deverão ser encaminhados para o centro de referência de alta complexidade para receberem orientações, realizarem curativos nas feridas, exercícios para a manutenção da força muscular e para a mobilidade articular, até mesmo cirurgias reparadoras (MINAS GERAIS, 2006). O QUADRO 3 mostra as competências dos serviços de saúde na atenção à hanseníase, de acordo com os níveis de complexidade.

QUADRO 3
Ações de controle de hanseníase segundo os níveis de atenção

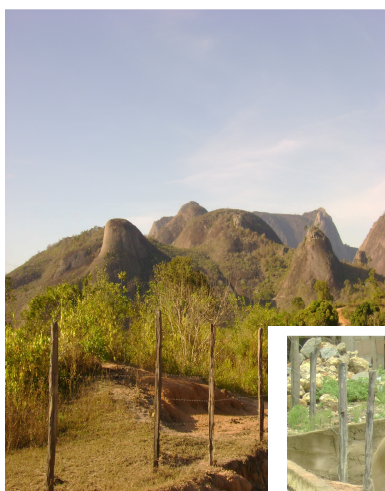
AÇÕES	ATENÇÃO BÁSICA	REFERÊNCIA MUNICIPAL	CENTRO DE REFERÊNCIA
Divulgação de sinais e sintomas / campanhas	X OBRIGATÓRIO	X	X
Diagnóstico de casos novos	X	X	X
Diagnóstico forma neural pura			X
Diagnóstico de recidiva			X
Tratamento PQT padrão	X	X	X
Esquemas alternativos			X
Vigilância de contatos e BCG	X OBRIGATÓRIO	X	X
Tratamento de reações e neurites		X	X
Avaliação do grau de incapacidade	X	X	X
Avaliação neurológica simplificada	X	X	X
PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE INCAPACIDADES			
Orientações e auto-cuidados	X	X	X
Prevenção de incapacidades com técnicas simples		X	X
Adaptação de calçados, palmilhas e confecção de órteses simples		X	X
Reabilitação cirúrgica			X

Fonte: MINAS GERAIS, 2006, p. 36.

Nota: BCG - Bacilo de Calmette-Guérin; PQT - Poliquimioterapia.

Segundo o MS, a estratégia para o controle da endemia hanseníase continua sendo a provisão de serviços de diagnóstico e de tratamento equitativamente distribuídos, financeiramente exequíveis e facilmente acessíveis (BRASIL, 2006b), ou seja, as atividades essenciais para o controle da doença estarão integradas à Atenção Primária à Saúde. É fundamental incluir o uso e o fortalecimento dos serviços de encaminhamento para lidar com as complicações da hanseníase e as questões relacionadas à atenção de longa duração (OMS, 2005). Atualmente, o país está diante da necessidade de vencer novos desafios: o oferecimento de um sistema de referência e contra-referência por níveis de média e alta complexidade, fácil e equitativamente acessível a todos os pacientes (BRASIL, 2006b).

Percurso metodológico



3 PERCURSO METODOLÓGICO

○ método é o caminho para a abordagem da realidade e a escolha deste foi pautada nas informações que foram necessárias para atingir os objetivos da pesquisa (MINAYO, 2007). Diante da natureza do objeto deste estudo, o processo de trabalho na atenção à hanseníase, optamos pela utilização da abordagem qualitativa por essa permitir a interpretação dos significados dos fenômenos sociais (POPE; MAYS, 2005). A prática da hanseníase, por estar sendo recortada e tomada como trabalho, é “marcada de historicidade concreta e dessa maneira está realizando contraditoriamente e de forma dinâmica parte da totalidade social” (ALMEIDA *et al.*, 1997, p. 62).

Nesse sentido, esta pesquisa foi fundamentada no conceito de “Organização Tecnológica do Trabalho” desenvolvido, na área da saúde, por Mendes-Gonçalves (1994). Para esse autor, tecnologia é algo que se constitui dentro dos processos de trabalho e representa as relações sociais entre os agentes e o objeto de trabalho e os desdobramentos do saber em técnicas materiais e não-materiais. Assim, as relações estabelecidas entre o objeto, os instrumentos e o produto dentro deste processo de trabalho em saúde são direcionadas para a finalidade do mesmo (MENDES-GONÇALVES¹², 1986 apud MISHIMA *et al.*, 1997; MENDES-GONÇALVES, 1994).

A escolha desse referencial teórico-metodológico adveio da necessidade de analisar o processo de trabalho empreendido pelos profissionais de saúde da microrregião de Almenara na realização das ações cotidianas de controle da hanseníase. O trabalho em hanseníase deve ser compreendido “como um processo dinâmico e contraditório, que articula a outras atividades do setor saúde e da sociedade e se transforma no atendimento das necessidades sociais” (VILLA; MISHIMA; ROCHA, 1997, p. 27).

¹² MENDES-GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo.** 1986. 416 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1986.

Partimos do pressuposto de que as práticas de saúde em hanseníase são práticas sociais, historicamente determinadas e socialmente articuladas que desenvolvem tecnologias dentro do próprio processo de trabalho, sendo que o nível de organização tecnológica de um serviço de saúde determina quais atividades de controle da doença são oferecidas à população.

Para Mendes-Gonçalves (1994, p. 269), no estudo da tecnologia do processo de trabalho, “o objeto capturado não é mais do que, na perspectiva histórica, um momento, um pulsar, um movimento que se revela sua intenção toda após completar-se, para no mesmo tempo reiniciar-se”.

Nesse sentido, essa opção teórico-metodológica foi escolhida por entender ser capaz não só de captar a realidade dos diferentes cenários e sujeitos envolvidos na atenção à hanseníase, trazendo algumas singularidades dessa prática como momentos de uma totalidade mais ampla; mas também possibilitar a análise da essência da organização tecnológica do trabalho e de seu contexto historicamente determinado.

3.1 Cenário de estudo

A pesquisa foi realizada na microrregião de Almenara, situada no Vale do Jequitinhonha, Estado de Minas Gerais (FIG. 1). Essa microrregião é composta por 16 municípios: Almenara, Bandeira, Divisópolis, Felisburgo, Jacinto, Jequitinhonha, Joáima, Jordânia, Mata Verde, Monte Formoso, Palmópolis, Rio do Prado, Rubim, Salto da Divisa, Santa Maria do Salto e Santo Antônio do Jacinto.

A microrregião de Almenara constitui-se de um cenário propício para apreender o objeto desta pesquisa, pois apresenta altos índices de prevalência e detecção da hanseníase e abrange municípios considerados prioritários para a eliminação da endemia em Minas Gerais.

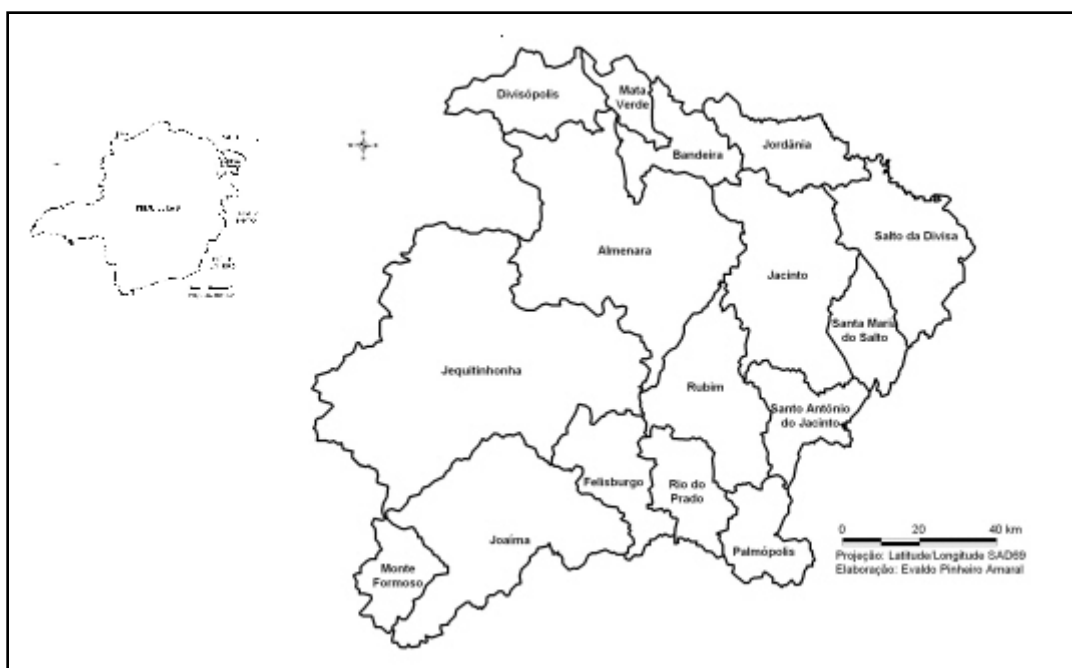


FIGURA 1 - Mapa da microrregião de Almenara com a divisão por municípios
Fonte: AMARAL, 2008, p. 40.

Compreende uma população total de 175.432 habitantes, sendo que 70,0% dos habitantes residem em zona urbana, possui área aproximada de 15.452,4 km² (AMARAL, 2008; MINAS GERAIS, 2008) e as principais atividades econômicas estão distribuídas no setor industrial (vestuário, madeira, produtos alimentares, metalúrgica, extração de minerais), no setor agrícola (abacaxi, arroz, banana, cana de açúcar, milho, feijão, laranja, mandioca, café e tomate) e pecuário.

Para a definição dos municípios da microrregião que constituíram o cenário desta pesquisa, foi realizada uma análise de dois indicadores de hanseníase: "Taxa de detecção de casos novos" e de "Proporção de casos com incapacidades físicas II entre os casos novos detectados e avaliados no ano". Após a análise desses indicadores em uma série histórica de nove anos¹³, período compreendido entre 1998 a 2006 (APÊNDICE A), o cenário de estudo foi composto por:

¹³ Optamos por analisar uma série de nove anos, pois entendemos que este constitui um período relativamente longo, no qual as variações operacionais, que por ventura ocorreram, estariam diluídas, proporcionando condições para uma melhor aproximação da realidade da endemia, já que a confiabilidade dos resultados é diretamente proporcional ao número de casos e ao tempo (LOMBARDI *et al.*, 1990).

- a. Municípios hiperendêmicos, ou seja, aqueles que apresentaram uma taxa de detecção média acima de 4 casos por 10.000 habitantes: Almenara, Jacinto, Palmópolis, Santa Maria do Salto, Rubim, Salto da Divisa e Jordânia;
- b. Municípios com uma proporção média acima de 10,0% dos casos diagnosticados com grau II de incapacidade física: Rubim, Salto da Divisa, Jordânia, Divisópolis e Jequitinhonha;
- c. Município silencioso, ou seja, aquele que não realizou nenhum diagnóstico da doença na série histórica em estudo: Monte Formoso.

Com base nesses critérios, os municípios convidados a participar da pesquisa foram: Almenara, Jacinto, Jequitinhonha, Jordânia, Monte Formoso, Palmópolis, Rubim, Santa Maria do Salto e Salto da Divisa. Dessa forma, temos uma amostra que conta com municípios que possuem diferenças na magnitude do problema e da força de transmissão da doença. Essa heterogeneidade na amostra será capaz de captar se o nível de organização tecnológica de um serviço determina quais atividades de controle da doença são oferecidas à população.

Primeiramente, estabelecemos vários contatos com a Gerência Regional de Saúde (GRS) de Pedra Azul, especialmente com a Coordenadora Regional da Área Técnica de Hanseníase, que intermediou o primeiro contato nos municípios selecionados. Todos esses municípios encaminharam uma carta que autorizava a realização da pesquisa (ANEXO A).

Os dados foram coletados nos serviços de saúde da Atenção Primária (PSF) que trabalham com a hanseníase na rotina de atendimento da sua demanda, sendo que em cada município foi escolhida uma unidade de saúde para constituir o cenário de estudo. Em Almenara, que é considerado o município pólo desta microrregião, optamos por coletar os dados em duas unidades de saúde da Atenção Primária e também foi incluído o serviço da Atenção Secundária, que compreende o Centro de Especialidades Médicas. No total, os pesquisadores visitaram 10 unidades de Atenção Primária à Saúde, sendo todas habilitadas na Estratégia de Saúde da Família e um Centro de Especialidade Médica, localizado no município de Almenara.

3.2 Coleta de dados

Para que se procedesse à coleta de dados, a GRS de Pedra Azul encaminhou ofícios aos municípios informando a data da visita dos pesquisadores e esses também realizaram contato prévio com os municípios para reforçar a data da visita e solicitar a preparação dos documentos institucionais que seriam consultados para a análise documental. Cabe ressaltar que o apoio da GRS foi essencial para a realização da coleta de dados uma vez que facilitou a entrada dos pesquisadores no campo.

Escolhemos como técnicas de coleta de dados a entrevista semi-estruturada e a pesquisa documental.

3.2.1 Entrevista semi-estruturada

A entrevista é uma técnica de diálogo assimétrico em que o pesquisador aborda o entrevistado sob a forma de perguntas para obter, em profundidade, informações para seu estudo. Há diversos tipos de entrevista que variam de acordo com o nível de estruturação, que é responsável pela determinação das respostas. Uma entrevista mais estruturada é aquela que permite maior controle das respostas ao passo que nas entrevistas menos estruturadas obtêm-se respostas espontâneas (GIL, 1999).

Nesse estudo, optamos pela entrevista semi-estruturada, pois essa além de possuir perguntas que definem os aspectos a serem abordados para o sujeito da pesquisa, permite ao pesquisador a inclusão de novas perguntas durante a entrevista para que tenha maiores detalhes de uma resposta (POPE; MAYS, 2005). Essa flexibilidade na condução da entrevista é vista por Minayo (2007, p. 191) como uma oportunidade do pesquisador “absorver novos temas e questões trazidas pelo interlocutor como sendo de sua estrutura de relevância”.

O roteiro da entrevista semi-estruturada (APÊNDICE B, C e D) foi construído de acordo com o sujeito da pesquisa e é composto por duas partes: a primeira parte é destinada para a identificação do entrevistado e a segunda é composta por questões norteadoras que se referem ao processo de trabalho em hanseníase, os

instrumentos utilizados, as ações e finalidades desse trabalho, bem como os fatores facilitadores e dificultadores.

Foi realizado um pré-teste do roteiro de entrevista destinado aos profissionais de saúde para verificar a adequação desses aos objetivos da pesquisa. Para validar o instrumento, foi realizada uma entrevista com um profissional médico que atua em uma UBS da Regional Oeste do município de Belo Horizonte.

A escolha dos sujeitos participantes dessa pesquisa partiu-se do princípio da ligação ao fenômeno em estudo, pois este envolvimento propicia aos sujeitos possuírem o conjunto de experiências que pretendemos alcançar na pesquisa (MINAYO, 2007; POPE; MAYS, 2005).

Desse modo, considerando as recomendações dos autores citados acima, foram sujeitos desta pesquisa, no contexto proposto para este estudo, a Coordenadora da Área Técnica de Hanseníase da GRS de Pedra Azul, os Secretários Municipais de Saúde ou Coordenadores da Atenção Básica ou Coordenadores Municipais da Área Técnica de Hanseníase, Médicos, Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde.

Foram convidados os sujeitos que possuem maior representatividade nas práticas de saúde em hanseníase no grupo social em estudo, indicados pelos Secretários Municipais de Saúde ou Coordenadores da Atenção Básica, sendo que em cada município foram entrevistados, no mínimo, um médico, um enfermeiro e um ACS, além dos gestores da saúde. Como essa última categoria compreende os Secretários Municipais de Saúde, os Coordenadores da Atenção Básica e os Coordenadores da Área Técnica de Hanseníase Municipal, o quantitativo entrevistado variou em cada município devido à presença do respectivo profissional e à sua disponibilidade. Porém em alguns municípios foram entrevistados mais de um sujeito por categoria profissional devido ao destaque desses como ator social, imprescindível para a apreensão da realidade empírica. Todos os sujeitos convidados para participarem da pesquisa mostraram-se interessados pelo tema e concordaram em participar do estudo.

Para obtermos representatividade dos serviços e dos sujeitos, tendo em vista o aprofundamento do objeto em estudo, foram realizadas, no total, 45 entrevistas. As entrevistas tiveram duração média de 30 minutos (a de menor duração foi de 10

minutos e a de maior duração teve 90 minutos), totalizando 30 horas gravadas, sendo representados por um Coordenador da Área Técnica de Hanseníase da GRS de Pedra Azul; sete Secretários Municipais de Saúde; quatro Coordenadores da Atenção Básica; um Coordenador Municipal da Área Técnica de Hanseníase; dez Médicos; doze Enfermeiros e dez ACS. Apresentamos o perfil dos sujeitos que foram entrevistados no QUADRO 4.

Quanto ao sexo, 60,0% (n = 27) dos entrevistados foram do sexo masculino; 73,3% (n = 33) já fizeram pelo menos um curso de capacitação em ACH, o tempo mínimo de atuação no serviço objeto do estudo foi de seis meses e, o máximo, 11 anos.

A coleta de dados ocorreu em três etapas:

- a. *Primeira Etapa:* 5 a 9/11/2007. Foram visitados os municípios de Almenara, Jacinto, Jordânia, Santa Maria do Salto e Salto da Divisa;
- b. *Segunda Etapa:* 17 a 21/12/2007. Foram visitados os municípios de Rubim, Palmópolis, Monte Formoso e Jequitinhonha;
- c. *Terceira Etapa:* 25/02/2008. Foi realizada a visita na GRS de Pedra Azul para entrevistar a Coordenadora Regional da Área Técnica de Hanseníase.

As entrevistas foram conduzidas pela própria pesquisadora, foram realizadas no ambiente de trabalho, marcadas em um horário de acordo com a disponibilidade de cada profissional, em um local reservado para não ocorrer interrupções e garantir a privacidade do informante. As declarações foram gravadas em fita cassete mediante a autorização do informante na assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE E).

QUADRO 4
Perfil dos sujeitos da pesquisa segundo profissão, sexo, tempo de serviço e capacitação em ações de controle da hanseníase

ENTREVISTADOS	SEXO	TEMPO DE SERVIÇO	CAPACITAÇÃO ACH
Gestor 1	Masculino	Não informado	Não
Gestor 2	Feminino	1 ano	Sim
Gestor 3	Masculino	7 anos	Não
Gestor 4	Masculino	2 anos e 4 meses	Não
Gestor 5	Masculino	7 anos	Não
Gestor 6	Masculino	3 anos	Sim
Gestor 7	Masculino	3 anos	Não
Gestor 8	Feminino	2 anos e 4 meses	Não
Gestor 9	Feminino	3 anos e 9 meses	Sim
Gestor 10	Masculino	2 anos	Não
Gestor 11	Masculino	7 anos	Sim
Gestor 12	Feminino	2 anos e 6 meses	Sim
Gestor 13	Feminino	11 anos	Sim
Médico 1	Masculino	7 meses	Sim
Médico 2	Masculino	3 anos	Sim
Médico 3	Masculino	3 anos	Sim
Médico 4	Masculino	5 anos	Sim
Médico 5	Masculino	11 meses	Sim
Médico 6	Masculino	Não informado	Sim
Médico 7	Masculino	Não informado	Sim
Médico 8	Masculino	3 anos	Sim
Médico 9	Feminino	1 ano e 7 meses	Sim
Médico 10	Masculino	2 anos	Sim
Enfermeiro 1	Feminino	1 ano	Não
Enfermeiro 2	Feminino	1 ano e 6 meses	Sim
Enfermeiro 3	Feminino	3 anos	Sim
Enfermeiro 4	Feminino	1 ano	Não
Enfermeiro 5	Feminino	14 anos	Sim
Enfermeiro 6	Feminino	2 anos	Sim
Enfermeiro 7	Feminino	1 ano e 4 meses	Sim
Enfermeiro 8	Feminino	2 anos e 6 meses	Sim
Enfermeiro 9	Feminino	5 anos	Sim
Enfermeiro 10	Feminino	1 ano e 9 meses	Sim
Enfermeiro 11	Feminino	2 anos	Sim
Enfermeiro 12	Feminino	2 anos	Sim
ACS 1	Feminino	5 anos	Não
ACS 2	Feminino	3 anos	Sim
ACS 3	Feminino	2 anos	Não
ACS 4	Feminino	9 anos	Sim
ACS 5	Feminino	6 meses	Sim
ACS 6	Masculino	5 anos	Sim
ACS 7	Feminino	6 meses	Não
ACS 8	Feminino	2 anos	Sim
ACS 9	Feminino	3 anos	Sim
ACS 10	Feminino	3 anos e 6 meses	Sim

Fonte: Dados primários levantados por meio de questionário.

3.2.2 Pesquisa documental

Realizamos a pesquisa documental em registros institucionais e estatísticos com o objetivo de corroborar e valorizar as evidências oriundas das entrevistas, colaborando para a apreensão da realidade empírica em suas diversas dimensões. Foi elaborado um roteiro para coleta desses dados documentais, pois Yin (2005) sugere que essa busca deve ser sistemática.

3.2.2.1 Registros institucionais

Gil (1999) afirma que as sociedades estão em constante mudança, seja na estrutura social ou cultural, e que, para captar essas mudanças, é necessário ir além da observação ou da interrogação sobre o comportamento das pessoas. Para compreender o conhecimento do passado, os processos de mudança social e cultural foram analisados:

- a. Planos Municipais de Saúde (os dois últimos) com o objetivo de verificar a definição da hanseníase como prioridade de saúde, as estratégias de eliminação, as metas epidemiológicas e operacionais, entre outros aspectos relacionados ao agravo;
- b. Documentos das Atas das reuniões dos Conselhos Municipais de Saúde (de 2005 até 2007) com o foco nas questões relacionadas às ações de controle e eliminação da hanseníase;
- c. Relatórios das Conferências Municipais de Saúde (as duas últimas) para conferir os aspectos que foram abordados em relação à hanseníase.

Foram analisadas 111 Atas do Conselho Municipal de Saúde; 10 Planos Municipais de Saúde e 11 Relatórios Finais das Conferências Municipais de Saúde. Para sistematizar o conteúdo desses documentos, foi elaborado um plano de coleta de dados (APÊNDICE F) e esta coleta foi realizada pelo Coordenador da Pesquisa e por uma bolsista de Iniciação Científica previamente treinada pela pesquisadora, na mesma data em que foram realizadas as entrevistas com os sujeitos deste estudo.

3.2.2.2 Registros estatísticos

A utilização de dados epidemiológicos e operacionais forneceu detalhes específicos para corroborar com as informações obtidas na coleta pela entrevista semi-estruturada e pelos registros institucionais (YIN, 2005). A epidemiologia da hanseníase na microrregião foi utilizada nesta pesquisa com o objetivo de contextualizar a realidade das práticas de saúde.

A fonte dos dados epidemiológicos e operacionais foi a dissertação de mestrado intitulada "Análise espacial da hanseníase na microrregião de Almenara, Minas Gerais: relações entre a situação epidemiológica e as condições sócio-econômicas" (AMARAL, 2008).

3.3 Tratamento e análise dos dados

Esta pesquisa partiu-se da necessidade de coletar dados qualitativos e quantitativos para compreender e aprofundar a análise do objeto em estudo em suas múltiplas dimensões. Para Minayo (2007, p. 371), a triangulação de métodos permite o diálogo entre as abordagens quantitativas e qualitativas "com a finalidade de produzir um informe único [...] em favor do esclarecimento e do aprofundamento dos vários aspectos da realidade".

Para o tratamento e análise dos dados coletados nas entrevistas e nos documentos institucionais optamos por utilizar a metodologia da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1977, p. 42), que é definida como

um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção / recepção destas mensagens.

Essa técnica propõe várias modalidades¹⁴ para análise do material qualitativo, porém escolhemos a Análise Temática por essa ser considerada a mais apropriada para a análise de pesquisas qualitativas em saúde (MINAYO, 2007).

¹⁴ Modalidades da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1977): Análise Lexical, Análise de Expressão, Análise de Relações, Análise Temática e Análise da Enunciação.

Para Bardin (1977, p. 105), a Análise Temática “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”. Sendo assim, o tema, que é a unidade de significação da Análise Temática, surge naturalmente no texto analisado ao estabelecer uma leitura conduzida por critérios propostos nas categorias analíticas, presentes no referencial teórico (BARDIN, 1977). Para Minayo (2007, p. 178), as categorias analíticas servem como “guias teóricos e balizas para o conhecimento de um objeto nos seus aspectos gerais”.

A análise dos dados, do ponto de vista operacional, seguiu as seguintes etapas propostas por Bardin (1977):

Primeira Etapa: Organização da Análise

Primeiramente, as entrevistas gravadas foram transcritas na íntegra pela pesquisadora e por duas pessoas previamente capacitadas sendo que estas entrevistas transcritas por terceiros foram validadas pela pesquisadora ao realizar a conferência da transcrição.

Foram utilizadas as seguintes identificações dos entrevistados, seguida de um número em ordem crescente, de acordo com o quantitativo de entrevistados por categoria:

- a. Gestores (Coordenador da Área Técnica de Hanseníase da GRS de Pedra Azul; Secretários Municipais de Saúde; Coordenadores da Atenção Básica e Coordenador Municipal da Área Técnica de Hanseníase): G_1 ; G_2 ; até G_{13} ;
- b. Médicos: MED_1 ; MED_2 até MED_{10} ;
- c. Enfermeiros: ENF_1 ; ENF_2 ; até ENF_{12} ;
- d. Agentes Comunitários de Saúde: ACS_1 ; ACS_2 até ACS_{10} .

Os dados documentais foram identificados da seguinte forma:

- a. Ata Conselho Municipal de Saúde;
- b. Plano Municipal de Saúde;
- c. Conferência Municipal de Saúde.

Após a organização de todo material que compreende a transcrição das entrevistas e ordenação do material documental, realizamos a leitura flutuante dos dados brutos para que tivéssemos contato com o material de campo, deixando impregnar pelo seu conteúdo, impressões e orientações (BARDIN, 1977; MINAYO, 2007). À medida que fomos realizando sucessivas leituras do mesmo material bruto, essa leitura foi-se tornando mais precisa e sugestiva em função dessa ser balizada por teorias relacionadas ao tema de investigação.

Segunda Etapa: Codificação

Nesta etapa realizamos a codificação do material, que é uma fase de tratamento dos dados brutos no qual esses são transformados sistematicamente e agregados em unidades de significação, permitindo atingir uma representação do conteúdo. Para Bardin (1977, p. 104), “a escolha das unidades de registro e de contexto deve responder de maneira pertinente às características do material e face aos objetivos da análise”.

Como optamos por realizar a Análise Temática, para obter as unidades de registro, realizamos recortes do dado bruto obedecendo ao tema. O tema como unidade de registro corresponde “a uma regra de recorte (do sentido e não da forma) que não é fornecida uma vez por todas, visto que o recorte depende do nível de análise e não de manifestações formais regulada” (BARDIN, 1977, p. 105-106).

A seguir, realizamos a compreensão das unidades de registro e as codificamos nas unidades de contexto, que, para Bardin (1977, p. 107), “corresponde ao segmento da mensagem cujas dimensões são ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registro”.

Terceira Etapa: Categorização

A categorização permite fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto (BARDIN, 1977; MINAYO, 2007).

Realizamos o agrupamento dos dados que apresentaram características comuns em categorias no qual o conteúdo das falas / documentos foi organizado, respeitando o critério semântico de codificação do material. Nesse contexto, surgiram as categorias empíricas que são compreendidas por "categorias de classificação da realidade do grupo investigado, saturadas de sentido e chaves para compreensão teórica da realidade em sua especificidade histórica" (MINAYO, 2007, p. 179).

Nesse estudo, emergiram duas categorias empíricas que constituíram os seguintes capítulos dessa dissertação:

- a. Acesso às ações de controle da hanseníase nos municípios da microrregião de Almenara;
- b. Organização tecnológica do processo de trabalho em hanseníase na microrregião de Almenara.

Quarta Etapa: Inferência e Interpretação dos Resultados

Buscamos nessa fase interpretar os dados empíricos relacionando-os com as categorias analíticas e com o conceito de "Organização Tecnológica do Trabalho em Saúde" desenvolvido por Mendes-Gonçalves (1994).

Na análise documental, tivemos dificuldades em extrair informações sobre as ações de controle da hanseníase e as estratégias de eliminação da doença, portanto a análise documental não teve a contribuição esperada. Os dados que foram utilizados na discussão dos resultados tiveram função meramente descritiva e contextualizadora.

3.4 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi realizada atendendo às determinações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação no Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais sendo aprovado conforme Parecer nº ETIC 459/05 - Ad 01/07 (ANEXO B).

Para iniciar o trabalho de campo, foi enviada aos Secretários Municipais de Saúde dos municípios que contemplaram os critérios de inclusão do estudo, uma carta de autorização para a realização da pesquisa no qual foi informado os objetivos e finalidades dessa (APÊNDICE G). O cenário de estudo foi constituído pelos municípios que confirmaram a autorização do estudo.

Considerando os princípios éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), os sujeitos foram convidados a participar do estudo e após todos os devidos esclarecimentos sobre o desenvolvimento da pesquisa e leitura do TCLE (APÊNDICE E), os participantes assinaram duas vias desse termo, sendo que uma via ficou em posse da pesquisadora e a outra via com o informante.

3.5 Financiamento

Esta pesquisa foi financiada com recursos provenientes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), através do Edital MCT-CNPq/MS-SCTIE-DECIT-N.35/2005.

3.6 Metodologia da pesquisa de artigos científicos

A pesquisa bibliográfica foi realizada na base de dados LILACS e PubMed com as seguintes estratégias de busca:

- a. Estratégia de busca utilizada na base de dados LILACS:

```
([MH](EX C01.252.410.040.552.386$ and (/PC)) OR [TW]((hanseníase or leprosy or lepra) and ((educação and comunidade) or (capacitaç$ and profissiona$) or (prevenção and (controle or incapacidades)) or (controle and comunicantes) or (vacinação and bcg) or (educação and saúde) or diagnostico or diagnosis or tratamento or treatment or tratamiento))) and [ct]humanos
```

b. Estratégia de busca utilizada na base de dados Medline interface PubMed:

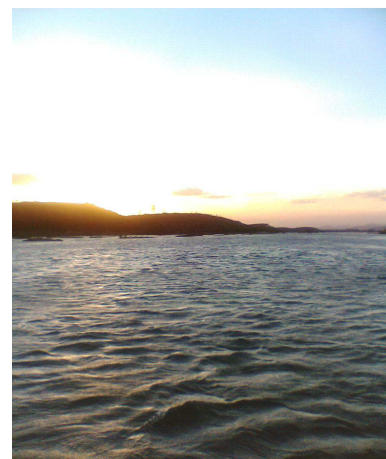
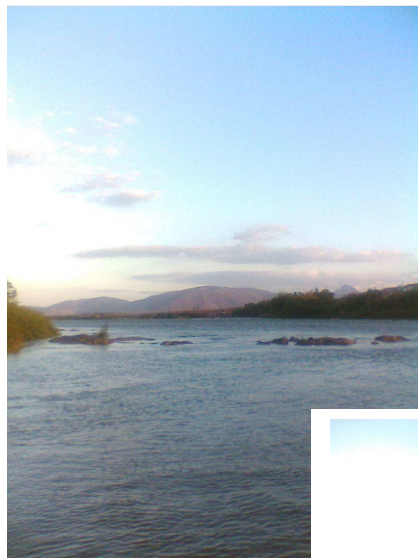
```
"Leprosy/prevention and control"[Majr] AND ("english"[la] OR "spanish"[la]  
OR "portuguese"[la]) AND "humans"[MeSH Terms]
```

Na base de dados LILACS foram encontrados 68 artigos e no Medline - interface PubMed - foram encontrados 301 artigos publicados nos últimos 10 anos (1998-2008) sendo selecionados, no total, 72 artigos científicos que subsidiaram a construção da dissertação.

Foram também consultados:

- a. O acervo da Biblioteca Baeta Viana (Campus da Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais) relacionado a dissertações, teses, periódicos e livros em geral;
- b. Publicações do MS disponíveis *on line* (www.saude.gov.br);
- c. Publicações da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais;
- d. Publicações da ILEP disponíveis *on line* (www.ilep.org.uk);
- e. Publicações da OMS disponíveis *on line* (www.who.int);
- f. Publicações da OPAS disponíveis *on line* (www.opas.org.br).

Acesso às ações de controle da hanseníase nos municípios da microrregião de Almenara



4 ACESSO ÀS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE NOS MUNICÍPIOS DA MICRORREGIÃO DE ALMENARA

Sabe-se que o atual cenário da Atenção Básica¹⁵ no Brasil está ancorado na Estratégia de Saúde da Família (ESF), que possui um papel fundamental na reorientação do modelo assistencial e na consolidação das diretrizes do SUS. A ESF está pautada em princípios “da família como foco de abordagem, território definido, adscrição da clientela, trabalho em equipe multidisciplinar, co-responsabilização, integralidade, resolutividade, intersetorialidade e estímulo à participação social” (BRASIL, 2007c, p. 19).

A consolidação dessa estratégia, a partir do ano 2000, permitiu a rápida expansão das equipes nos municípios brasileiros contribuindo para a universalização do acesso aos serviços de saúde. A publicação da NOAS/SUS 01/2001 (BRASIL, 2001b) foi essencial para a garantia da universalidade e da descentralização da assistência à saúde, regulamentou e ampliou as responsabilidades dos municípios para o acesso da população com equidade a todos os serviços de saúde em todos os níveis de atenção, e na Atenção Básica, definiu a eliminação da hanseníase como uma das áreas estratégicas de atuação dos serviços de saúde (BRASIL, 2007d).

O conceito de acesso varia entre diversos autores, mas predomina-se a visão do acesso como uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta de serviços (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Para analisar o acesso é necessário identificar os componentes que facilitam ou dificultam a oferta dos serviços de saúde para a população. Travassos, Oliveira e Viacava (2006) afirmam que além da disponibilidade dos serviços de saúde, deve-se levar em conta a sua distribuição geográfica, a disponibilidade e qualidade dos recursos humanos, a disponibilidade de recursos tecnológicos e o modelo assistencial. Aquino e Barreto

¹⁵ No Brasil, o MS adotou a nomenclatura Atenção Básica para definir a terminologia utilizada internacionalmente como Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2007c).

(2008) ainda propõem a análise do acesso na perspectiva do componente programático, que seria a oferta das ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação baseadas no perfil epidemiológico da população.

Neste capítulo analisaremos o acesso aos serviços de saúde nos municípios da microrregião de Almenara de acordo com as dimensões propostas por Travassos, Oliveira e Viacava (2006) e Aquino e Barreto (2008), com exceção do modelo assistencial, que será discutido no capítulo "Organização tecnológica do processo de trabalho em hanseníase na microrregião de Almenara".

4.1 O acesso na dimensão demográfica

O acesso ao novo modelo de atenção à saúde pode ser analisado através do indicador de cobertura, que expressa a proporção da implantação das ações dos serviços de saúde em uma população (AQUINO; BARRETO, 2008). A microrregião de Almenara possui uma população total de 175.432 habitantes, sendo que 70,0% dessa população residem na zona urbana (AMARAL, 2008; MINAS GERAIS, 2008).

Nesta pesquisa, sete dos nove municípios possuem uma cobertura total da sua população pelo PSF¹⁶, inclusive daquelas localizadas na zona rural. Em Palmópolis e Salto da Divisa, a ampliação do número de equipes de PSF foram propostas aprovadas nas respectivas Conferências Municipais de Saúde, o que demonstra a preocupação dos gestores, dos profissionais de saúde e dos usuários em aumentar o acesso das populações que vivem em áreas de risco epidemiológico e em zona rural.

Apenas os municípios de Jequitinhonha e Almenara apresentam coberturas populacionais pelo PSF inferiores a 100,0%. Em Jequitinhonha, o PSF cobre cerca de 90,0% da população (G₂) e, em Almenara, em torno de 65,0%, sendo que, nesse último município, o restante da população que não é cadastrada no PSF é atendida no Centro de Especialidades Médicas (G₁₁).

¹⁶ Nesta dissertação utilizarei como sinônimos os termos "ESF" e "PSF".

Em Almenara, essa população que não está coberta pelas ações do PSF encontra-se tanto na zona urbana quanto na zona rural e, para tentar reduzir as desigualdades de acesso da zona urbana, o Plano Municipal de Saúde do ano de 2007 previu o credenciamento de mais duas equipes de PSF. Segundo o gestor, para obter a cobertura de 100,0% da população da zona urbana de Almenara é necessário o credenciamento de três equipes de PSF (G₁₁). Em relação à cobertura da zona rural, membros do Conselho Municipal de Saúde de Almenara afirmam que "o atendimento na zona rural não vai bem" e esse depoimento pode ser exemplificado ao analisar os dados da distribuição dos casos de hanseníase diagnosticados em Almenara entre 1998 e 2006 segundo a zona de residência, que evidenciou que 8,9% (n = 38) do total de casos diagnosticados nesse período eram da zona rural (ALMENARA, 2007a; LANA *et al.*, 2008).

Na zona rural, por exemplo, eu acho que se nós tivéssemos hoje uma Equipe de Saúde da Família que atendesse zona rural, por exemplo, o distrito de Sacode, Pedra Grande, a gente conseguiria melhorar um pouco mais e ter resgatado ou ter realizado novos diagnósticos. (G₁₁)

O gestor acredita que a implantação de novas equipes de PSF, principalmente na zona rural, aprimorará as ações de prevenção e controle da hanseníase no município já que "os pacientes vão ter onde se referenciar" (ALMENARA, 2007a). Assim, espera-se que haja um aumento na detecção de casos de hanseníase em Almenara, pois haverá profissionais na zona rural realizando suspeições de novos casos e, como consequência de um diagnóstico precoce, haverá redução do grau de incapacidade no momento do diagnóstico (G₁₁). A literatura descreve que o aumento da cobertura populacional e geográfica das ações de controle da hanseníase proporciona o diagnóstico dos casos antigos que estavam ocultos perante aos serviços de saúde (OGBEIWI, 2005).

E na microrregião de Almenara é de extrema importância a intensificação das ações de prevenção e controle da hanseníase na zona rural, inclusive nos municípios que possuem equipes de PSF atuando nessas áreas, pois a distribuição espacial dos casos diagnosticados na microrregião de Almenara entre 1998 a 2006 evidenciou que 63,0% dos setores censitários rurais apresentaram coeficientes nulos de detecção de hanseníase (AMARAL, 2008), dados que sugerem uma possível existência de uma prevalência oculta nesses setores censitários.

Se considerarmos o componente cobertura populacional para analisarmos o acesso aos serviços de saúde, poderíamos até concluir que esta cobertura é satisfatória e não se constitui um problema para os municípios da micro de Almenara uma vez que a maioria detém 100,0% de sua população coberta pelo PSF. Mas esse dado não significa que todas as unidades de saúde realizam ações de prevenção e controle da hanseníase, e, para isso, é necessário levar em consideração alguns fatores, como por exemplo, a disponibilidade de recursos humanos capacitados para desempenhar as atividades do programa de hanseníase.

Jequitinhonha tem vários PSF's, parece que ele tem sete PSF's e quatro ou cinco médicos, enfermeiros, capacitados em hanseníase, certo? Quer dizer, ele tem pessoal treinado para fazer, mas é um pessoal que treinou e num faz diagnóstico, sabe? (G₁₃)

Para o MS, a pedra angular para o controle da doença é o aumento da oferta das ACH integradas à rede básica de saúde (BRASIL, 2006b). No município de Jequitinhonha, apesar de ter cerca de 90,0% de cobertura populacional pelas equipes de PSF, 70,6% do total de casos diagnosticados entre 1998 a 2006 já apresentavam grau I e II de incapacidade física no momento do diagnóstico. É sabido que o aumento de incapacitados entre os casos novos de hanseníase diagnosticados em um período é resultado da demora entre o aparecimento dos primeiros sintomas e a realização do diagnóstico (VAN VEEN; MEIMA; RICHARDUS, 2006). Esse dado epidemiológico sugere que a população do município de Jequitinhonha, apesar do acesso à UBS ser relativamente boa (90,0% de cobertura populacional), tem dificuldades de acesso às ACH, indicando a existência de problemas operacionais.

4.2 O acesso na dimensão geográfica

Em relação à distribuição geográfica, vimos que os municípios possuem equipes de PSF que atendem a população da zona rural e os discursos dos profissionais de saúde evidenciaram que eles encontram barreiras geográficas para prestarem assistência nessas localidades. Segundo Unglert, Rosenberg e Junqueira (1987), "o conceito de barreira geográfica deriva daqueles obstáculos naturais ou

gerados pela implantação urbana que orientam a organização desses fluxos numa dada estrutura de circulação”.

Os obstáculos naturais que limitam o uso dos serviços de saúde nos municípios da microrregião de Almenara são a existência de uma zona rural com o território muito extenso e com a distribuição de sua população muito dispersa, por isso os profissionais dependem da disponibilização de veículos para prestarem assistência à zona rural (MED₁₀), as estradas não são pavimentadas, o que dificulta o trânsito de veículos no período das chuvas, e a presença do Rio Jequitinhonha (G₈), que atravessa algumas cidades da microrregião como Jequitinhonha, Almenara, Jacinto e Salto da Divisa.

Umas estradas daquelas não existe não, já fiquei atolada, muito difícil, às vezes nem moto passa, nem moto passa. (ENF₁₁)

Em Salto da Divisa, o Rio Jequitinhonha impede o acesso da população do distrito ao município-sede e, devido ao custo do transporte da balsa, essa população acaba procurando o município vizinho (Jordânia) não só para obter assistência à saúde, mas também para realizar compras e participar de eventos culturais (ENF₁₁, G₈). Almeida, Castro e Lisboa (1998) afirmam que a prestação de serviços de saúde devem estar funcionalmente ao alcance da comunidade e, por isso, os pagamentos ou contribuição (no caso desse município é o pagamento da balsa para a travessia do rio) não devem constituir obstáculos para utilização dos serviços. O acesso dos profissionais de saúde a esse distrito também é limitado pelo custo do transporte para atravessar o Rio Jequitinhonha, inclusive a enfermeira que atua há dois anos na equipe de PSF que é responsável pelo atendimento desse distrito fez duas visitas nessa localidade.

Na minha área tem uma dificuldade que é o Rio Jequitinhonha, pra você ir pra minha área rural você tem que atravessar o rio e essa balsa, ela é cobrada, inclusive isso é uma dificuldade nossa também. Há pouco tempo atrás ela estava R\$ 20,00 pra atravessar e R\$ 20,00 pra voltar, então era R\$ 40,00 no total, então a gente não tinha disponibilização deste dinheiro. (ENF₁₁)

Depois que estou aqui, eu só fui à zona rural duas vezes, só duas vezes. (ENF₁₁)

Contraditoriamente, o gestor de Salto da Divisa afirmou que os atendimentos neste distrito são realizados e que “é muito raro não estar levando médico lá” (G₁₀). Esta dificuldade de acesso ao município-sede devido à barreira do Rio Jequitinhonha foi um dos assuntos discutidos na Conferência Municipal de Saúde do ano de 2007, que propôs a construção de uma ponte para viabilizar o atendimento da população dessa zona rural. Este município inclusive foi credenciado com mais uma equipe de PSF para atender a população da zona rural, pois o gestor reconheceu que a população da zona rural está desassistida (G₁₀). Assim, a população da zona rural terá maior possibilidade de acesso aos serviços de saúde e esta é a “condição *sine qua non* para que a cobertura universal seja alcançada” (ALMEIDA; CASTRO; LISBOA, 1998, p. 16).

O estudo de Amaral (2008) verificou que 21 (2,4%) dos 889 casos de hanseníase da microrregião de Almenara notificados entre 1998 a 2006 não foram diagnosticados em seus municípios de residência. Isso nos revela que a maioria dos casos não precisou deslocar para outros municípios a procura de atendimento à saúde mesmo com a existência de barreiras geográficas importantes na região (Rio Jequitinhonha, área rural extensa, estradas de terra).

Ao detalharmos como ocorre essa assistência na zona rural, podemos perceber que na realidade de vários municípios, os profissionais precisam dividir a assistência entre a zona urbana e a zona rural (G₃, G₇, G₈, G₁₀), o atendimento é feito tanto por demanda programada, através do agendamento de consultas médicas pelo ACS, quanto por demanda espontânea (G₄) e não há estrutura física para prestar os atendimentos, “os profissionais fazem adaptações mesmo, usam salas de aula, usam a casa de alguém para fazer atendimentos” (G₇):

Uma dessas equipes atende o nosso distrito que nós temos aqui, distante daqui aproximadamente a 30 km e atende uma parte dentro da sede. (G₃)

Toda vez que a gente vai a gente tem que levar maca, a gente tem que levar várias caixas e mais caixas de medicamento, roupa de cama e aí a equipe toda é muito difícil. (ENF₁₁)

Torna-se evidente que a assistência prestada na comunidade rural dos municípios da microrregião de Almenara ainda está baseada em práticas de teor curativo e este modelo que é centrado no atendimento de doentes, segundo Paim (200-?), “apresenta sérios limites para uma atenção comprometida com a

efetividade, equidade e necessidades prioritárias em saúde, ainda que possa proporcionar uma assistência de qualidade em determinadas situações”. Assim, o PSF da zona rural da microrregião de Almenara oferece uma atenção à saúde meramente assistencialista, não assegurando a integralidade dessa atenção e esquecendo os princípios de prevenção e promoção da saúde. O PSF, como estratégia para a reorganização do modelo assistencial, deve deslocar o eixo de atenção da recuperação da saúde dos indivíduos doentes e da medicalização da assistência para práticas de prevenção de agravos e promoção da saúde, tendo como foco de abordagem a família (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005; TEIXEIRA, 2002). No cenário deste estudo, podemos eleger a equipe de ACS das zonas rurais como potenciais atores para tentar transformar o modelo de atenção à saúde na comunidade rural, por serem os profissionais da equipe que conhecem os problemas da população e podem trabalhar com ações de promoção da saúde e prevenção de doenças ao desenvolver práticas de educação em saúde.

Em relação à zona urbana, o município de Almenara ainda apresenta dificuldades na definição do território de atuação do PSF. Segundo Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998, p. 15), a territorialização é “o reconhecimento e o esquadramento do território do município segundo a lógica das relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde”.

Aqui tem muita falta de PSF ainda, por isso que nosso posto, nosso PSF é ainda muito assim, as áreas não tem aquela área formada, nós temos que atender pessoas de outras regiões e aí acaba tumultuando demais, e tem pessoas, principalmente na área do São Judas e do Pedro Gomes que ainda não tem posto de saúde. Então eles são fora, são pessoas fora de área, não tem onde consultar. (ACS₇)

Ao resolver esse problema da territorialização, a equipe de PSF será responsável por sua população adscrita e permitirá a definição das ações de saúde de acordo com as prioridades dos problemas identificados. Assim será possível realizar o planejamento e a programação da oferta de serviços (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

4.3 O acesso na dimensão programática

Os serviços de saúde programam a oferta de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação baseada no diagnóstico de saúde de sua população, portanto a “definição de ações programáticas se ancora no conhecimento acerca dos problemas e necessidades dos indivíduos e dos grupos da população” (TEIXEIRA, 2002, p. 159).

Sabemos que a hanseníase é uma doença endêmica na microrregião de Almenara, constituindo-se assim, um agravo prioritário no planejamento das ações de saúde. A FIG. 2 mostra a distribuição da doença entre os municípios da microrregião de Almenara segundo os coeficientes de detecção médios da hanseníase no período entre 1998 a 2006.

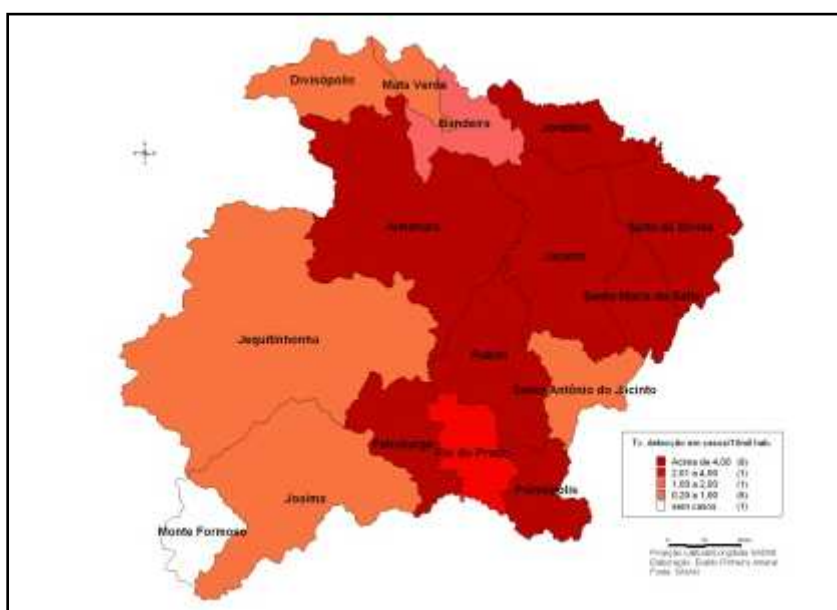


FIGURA 2 - Mapa dos municípios da microrregião de Almenara segundo os coeficientes de detecção médios da hanseníase, 1998-2006

Fonte: AMARAL, 2008, p. 61.

Nos municípios deste estudo, apenas Monte Formoso não teve registro de casos de hanseníase na série histórica estudada. Jequitinhonha apresentou coeficiente médio de detecção de 0,8 casos / 10.000 habitantes, taxa considerada média segundo os parâmetros do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a). Os demais municípios (Jordânia, Salto da Divisa, Santa Maria do Salto, Jacinto, Almenara, Palmópolis e Rubim) são hiperendêmicos, ou seja, apresentaram a taxa de detecção

média no período acima de 4,0 casos / 10.000 habitantes. Amaral (2008, p. 61) afirma que

a interpretação desses dados isoladamente poderia levar à dedução de que os municípios com maiores coeficientes de detecção possuam serviços de saúde mais organizados e, conseqüentemente, mais eficientes em diagnosticar e tratar os casos de hanseníase existentes em suas áreas.

Andrade (2000) também relata que existe essa relação entre o nível de organização do programa de hanseníase de um município e o grau de relevância dos profissionais em relação ao problema. Nessa perspectiva de análise também devemos levar em consideração o grau de reconhecimento político e institucional da hanseníase enquanto problema de Saúde Pública (MOREIRA, 2002). Essas esferas de comprometimento realmente refletem na organização das ACH, como podemos verificar na experiência do município de Jaguaré, Espírito Santo.

Na tentativa de controlar a doença, o município de Jaguaré incentiva a política de descentralização para Atenção Básica e a implantação de ações de controle da hanseníase por meio do Programa de Saúde da Família (PSF). O programa de controle da hanseníase é uma das prioridades no município, por ser uma área endêmica, tendo sido desenvolvida uma estratégia de ação rigorosa, com treinamentos e capacitações de todos os profissionais de saúde. As ações preventivas, promocionais e curativas foram intensificadas na tentativa de melhorar o perfil epidemiológico do município e vêm sendo realizadas com sucesso pelas equipes, o que evidencia um forte comprometimento de todos os profissionais com a busca por melhorias na perspectiva clínica e epidemiológica do paciente e, por conseguinte, do município (SANTOS; CASTRO; FALQUETO, 2008, p. 739).

No cenário desta pesquisa, é interessante citar o exemplo do município de Palmópolis, que desde 1998 prioriza a hanseníase como agravo de importância epidemiológica local, preconiza o atendimento da hanseníase nos serviços de Atenção Básica à saúde e mobilizam os profissionais de saúde para que o diagnóstico seja precoce a fim de evitar as incapacidades físicas decorrentes da doença.

O Programa de Hanseníase encontra-se organizado. São feitas consultas clínicas para diagnosticar os casos. Na propedêutica é feito o teste de raspagem de lesão para exame de baciloscopia. Notificando o caso, é encaminhado para a Gerência Regional de Saúde (GRS) de Pedra Azul, com a ficha de exame clínico para receber a medicação e exame de contatos. (PALMÓPOLIS, 1998, p. 15)

A importância para o município em si é grande porque ele está mexendo com a população, com gente, então, se você diagnosticar e tratar a tempo, não vai ter nenhum grau de incapacidade onde venha prejudicar a pessoa pra desenvolver um trabalho fisicamente. A gente está sempre procurando isso, então a importância é grande, então a gente tem que estar procurando

sempre correr para diagnosticar mais cedo pra gente não correr o risco de ter um grau de incapacidade grande. (G₅)

Na microrregião de Almenara encontramos uma desigualdade na organização das ações de prevenção e controle da hanseníase, exemplo disso a afirmação de um gestor de que existem “municípios que estão mais avançados, tem municípios intermediários e tem municípios que ainda estão muito acanhados” (G₁₃). Como os municípios são responsáveis pelo planejamento, organização, monitoramento e avaliação dos serviços de saúde (VISSCHEDIJK *et al.*, 2003), a hanseníase precisa ser vista como prioridade, não apenas pelo poder público, mas também pelos profissionais de saúde e cobrada pela população através dos Conselhos Municipais de Saúde (BRANDÃO, 2008).

Assim, podemos analisar o destaque da hanseníase no quadro de morbidades a partir do Plano Municipal de Saúde, que deve ser elaborado a partir do perfil demográfico e epidemiológico da população. Para tanto, é necessário que os gestores e os membros dos Conselhos Municipais de Saúde (que incluem os profissionais de saúde e os usuários) conheçam os reais problemas de saúde de seus municípios porque o Plano de Saúde é um documento formal do município que apresenta as diretrizes para o planejamento das ações e serviços de saúde, as prioridades, os compromissos do governo entre outros (SANTA CATARINA, 2004). Por isso, a programação de atividades de controle da hanseníase deve fazer parte do Plano Municipal de Saúde (BRASIL, 1999b).

No nosso estudo, o Plano Municipal de Saúde de Rubim (2001-2004), evidencia a importância do uso da epidemiologia, através do sistema de informação, para alocar recursos, orientar as programações da saúde e definir as prioridades para o município. Dos Planos Municipais de Saúde analisados, todos citam o seu perfil de morbi-mortalidade, mas os municípios de Rubim, Palmópolis, Jordânia e Almenara consideram a hanseníase como agravo prioritário. Coincidentemente, esses são municípios hiperendêmicos, confirmando a discurso do gestor em que “o município que prioriza o agravo acha os casos” (G₁₃).

Como o Plano Municipal é um instrumento utilizado para planejar as ações de saúde, a ênfase dada à hanseníase difere-se em cada município. Em Jordânia, por exemplo, discute-se no Plano a importância da busca ativa de novos casos, do

tratamento e do controle dos contatos, além da realização da vigilância sanitária e nutricional dos casos de hanseníase. Já em Almenara, o Plano Municipal já discute a descentralização do sistema de informação com a implantação do SINAN-NET, a melhoria dos indicadores de hanseníase, a realização de campanhas de sensibilização da comunidade para a hanseníase e oficinas de capacitação para os profissionais médicos e enfermeiros.

Outro aspecto que influencia o acesso às ações de prevenção e controle da hanseníase na microrregião de Almenara é como ocorre a priorização da hanseníase dada pelos profissionais de saúde uma vez que as ACH estão incluídas no conjunto das ações gerais da Atenção Básica.

Mesmo nos municípios avançados na organização das ACH, os profissionais relatam como as ações do programa de hanseníase são divididas com as outras atividades da UBS, eles necessitam de serem cobrados tanto pelas Coordenações Municipais da Atenção Básica, quanto pela GRS de Pedra Azul, para o engajamento das ações de hanseníase:

Hoje eu estou envolvida com muitas outras coisas porque o serviço cresceu muito, né? Então entraram muitos outros programas. O programa de hanseníase não é mais aquela prioridade assim, que na época a gente tinha, o serviço de hanseníase era importante pra gente porque tinha muito paciente, a demanda era muito grande, tinha muita incapacidade [...]. Os casos novos não têm essas incapacidades. Então tem o SISPRENATAL, tem diabetes, tem hipertensão, tem isso, tem aquilo, então a hanseníase tem ficado meio diluída, está precisando dar uma pegada novamente. (ENF₅)

A gente percebe, nós seres humanos, precisamos dessa cobrança, não adianta, a gente sabe o quê que a gente tem que fazer, mas às vezes, se não tiver uma cobrança, a gente deixa um pouco a desejar, principalmente que nas unidades de saúde da família são vários programas, você tem que estar dando conta de todos os programas, né? Então a hanseníase faz parte de um desses programas. (ENF₁₂)

As unidades de saúde priorizam muito os programas destinados à saúde da mulher como SISPRENATAL e o SISCOLO (Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero). Dessa forma, privilegia-se o acesso das mulheres aos serviços de saúde e isto pode ser uma justificativa da maioria dos casos diagnosticados na microrregião de Almenara entre 1998 e 2006 ter sido do sexo feminino (52,8%; n = 469 casos) e este diagnóstico ter sido mais precoce em relação aos homens, já que os últimos apresentaram 1,48 vezes a prevalência de incapacidades físicas em relação às mulheres (p=0,000) (AMARAL, 2008). O acesso precoce das mulheres aos serviços

de saúde também pode ser justificado pela maior preocupação com o corpo e a estética do que os homens e também pela facilidade de acesso aos serviços devido à priorização de programas de atenção à saúde da mulher (pré-natal, planejamento familiar, programa cérvico-uterino e de câncer de mama) (LANA *et al.*, 2002; LANA *et al.*, 2003). Ao contrário, os homens ainda não dispõem de programas estruturados de prevenção e acompanhamento (LANA *et al.*, 2003), com exceção do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA). Pretende-se reduzir essas diferenças entre os gêneros através da integração das ações de hanseníase na Atenção Básica, o que tornam os serviços mais acessíveis (VISSCHEDIJK *et al.*, 2003), já que em muitos programas de controle da hanseníase ainda há uma significativa lacuna de gêneros (WHO, 2004).

Nos municípios que apresentam dificuldades no desenvolvimento das ACH, os profissionais de saúde também relataram que a sobrecarga dos outros programas da Atenção Básica influencia no desenvolvimento das ações do programa de hanseníase. Fuzikawa (2007) também identificou que a sobrecarga de trabalho dos profissionais das UBS do município de Betim, Minas Gerais, é um fator que dificulta o desempenho das ACH e o adequado acompanhamento do cliente com hanseníase mesmo quando os profissionais “vestem a camisa” do programa.

Ademais, no cotidiano das ações desenvolvidas no PSF é explícita a sobrecarga dos programas e a responsabilidade do planejamento de ações em cima do profissional enfermeiro. Ele é o responsável por toda a parte burocrática do PSF (fechamento dos relatórios da Atenção Básica), pela alimentação dos sistemas de informação do SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional), SISPRENATAL, HIPERDIA, e principalmente pela organização das ações que são oferecidas à população. Na prática, não há delegação dessas funções ao profissional médico, mesmo ele sendo um membro da equipe de PSF, desempenhando as atividades de seu “núcleo de competência” (FRANCO; MERHY, 1999): consultas médicas (muitas vezes com número determinado de clientes por dia), algumas visitas domiciliares e ações educativas.

Falta a parte de delegar funções, não deixar só pra os enfermeiros porque eu acho que a gente fica sobrecarregada, sobra pouco tempo pra gente estar divulgando a hanseníase [...] todos os Programas de Saúde Pública, é tuberculose, hanseníase tudo é a enfermeira, são Programas de Saúde de Ferro, Bolsa Família, então tudo é responsabilidade nossa. Eu acho que nós

ficamos, isso é um fator importantíssimo, que dificulta mais a gente está fazendo um trabalho melhor. Eu acho que a saúde deveria delegar mais essas funções pra gente ficar mais livre pra estar promovendo hanseníase, tuberculose, gravidez na adolescência. (ENF₁₁)

Esse depoimento revela que o processo de trabalho dos profissionais do PSF é fragmentado, mesmo tendo o profissional médico como membro da equipe, os profissionais de menor nível hierárquico, no caso, o profissional enfermeiro detém sozinho a função gerencial do PSF, com a supervisão da equipe de auxiliares de enfermagem e ACS, realização das ações de vigilância epidemiológica e programação local (BRASIL, 2003; MENDES-GONÇALVES, 1994; NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005). Nascimento e Nascimento (2005, p. 342) ainda afirmam que

a gerência é uma prática inerente ao processo de trabalho das equipes de saúde da família que deveria ser responsabilidade de todos os membros da equipe e que é comumente responsabilidade das enfermeiras que assumem essa atribuição na coordenação das [Unidades de Saúde da Família] USF.

No cenário desta pesquisa, encontramos um profissional médico preocupado em organizar a oferta das ações de saúde de acordo com as necessidades da população de seu território, porém demonstrou uma reduzida prioridade em integrar a hanseníase no conjunto de ações da Unidade Básica de Saúde, mesmo sabendo que é uma doença hiperendêmica no município:

Se você me coloca três problemas: puericultura, que era um problema sério com a desnutrição; pré-natal, que também estava sendo um problema sério, pois as mulheres não vinham; e hanseníase, o quê que você acha que eu privilegiei em tentar resolver? Aquilo que eu tinha um pouco mais de chance de dar certo. Peguei a hanseníase, botei debaixo do tapete, vou tentar resolver puericultura e pré-natal. Você tá entendendo a minha situação? Se um, dois, três, quatro, cinco problemas pra resolver, dois deles eu tenho uma chance e três deles é muito mais difícil pra eu conseguir resolver, eu vou fazer de conta que os três não existem e vou privilegiar aqueles dois que eu tenho alguma chance de estar resolvendo. (MED₉)

De acordo com Moreira (2002), é muito comum o baixo envolvimento dos profissionais médicos no desempenho das ACH e a não compreensão de que as atividades do programa de hanseníase devem ser desenvolvidas na rotina dos atendimentos da Atenção Básica, o que inviabiliza o acesso da população a esse tipo de assistência.

A sensibilização dos gestores também é um fator essencial para apoiar o desenvolvimento das ações de prevenção e controle da hanseníase integradas no

conjunto de atividades da Atenção Básica dos municípios (FUZIKAWA, 2007; GROSSI, 2008). No município silencioso, o gestor desconhece a real situação epidemiológica da hanseníase e, por não ser sensibilizado para esse problema, o município não realiza ações de prevenção e controle da hanseníase.

Quando você vê o quadro e quando o pessoal te mostra um gráfico que você não tem nenhum caso, isso a princípio é satisfatório, se realmente não tem nenhum caso é satisfatório. Será que não tem um caso lá escondido que a gente não buscou, que a gente não conseguiu detectar, que a gente não conseguiu colocar em evidência, a gente torce, é lógico, para que os dados sejam reais, realmente. Vou te dizer que a gente talvez esteja um pouco despreparado na questão específica da hanseníase. (G₁)

O que dificulta o trabalho [...] [pausa] [...] eu acho que é realmente essa sensibilização porque como não tem caso, o município não despertou pra isso. Então eu acho que justamente é o que está faltando, é essa sensibilização mesmo, é o interesse mesmo da administração porque é aquela questão um trabalho pra você fazer uma sensibilização, precisa de uma equipe que esteja interessada, um profissional só não consegue e pra fazer esse tipo de sensibilização precisaria de uma capacitação. Eu acho que esse é o maior empecilho pra fazer um trabalho bom, pra detectar, pra fazer essa busca ativa no município precisaria primeiro começar pelos profissionais e eu vejo que essa é a maior necessidade no momento. (ENF₁)

Os gestores, juntamente com os profissionais de saúde e a própria comunidade devem se responsabilizar pelo controle da hanseníase como um problema de Saúde Pública (ANDRADE, 2000). Como exemplo, em um município deste estudo, os profissionais foram capacitados, vestiram a camisa da hanseníase, o gestor apoiou o trabalho das equipes, e o programa de hanseníase decolou, com vários casos diagnosticados (ENF₈).

Para FUZIKAWA (2007, p. 67), "a disponibilidade para trabalhar ou não com a hanseníase seria inerente ao profissional, parte de um perfil". Sabemos que existem profissionais que não possuem esse perfil e por isso encontramos equipes mais engajadas e outras menos na implementação dessas ações. Discutiremos a seguir como os recursos humanos influenciam o acesso da população nas ACH.

4.4 O acesso na dimensão dos recursos humanos

A oferta das ações de prevenção e controle da hanseníase pelas UBS também são influenciados pela presença de profissionais tecnicamente capacitados e comprometidos com a doença. Experiências de outros países revelaram que um

importante elemento para o sucesso da integração das ações de prevenção e controle da hanseníase na Atenção Primária consiste no treinamento e motivação desses profissionais de saúde para aceitarem as novas responsabilidades com a descentralização da atenção da hanseníase (RAO *et al.*, 2002). Os discursos evidenciaram que há uma grande desigualdade no perfil dos profissionais sendo que alguns municípios possuem equipes de PSF bem comprometidas com a hanseníase (G₅, G₆, G₁₁, MED₈):

Facilita aqui eu acho que é a questão, primeiro da questão profissional, acho que os profissionais aqui abraçaram a causa mesmo, sabe? Gostam do que tão fazendo, então correm atrás pra que o trabalho seja bem desenvolvido. (G₉)

A gente tem todo mundo voltado pro problema, tipo assim: se eu preciso de um apoio eu procuro o meu colega, e que eu tenha que trabalhar junto, os agentes de saúde quando a gente senta pra discutir, todos participam, então é a participação de todos os profissionais. (ENF₁₀)

Esse comprometimento dos profissionais com a hanseníase pode explicar não só as altas taxas de detecção, mas também a precocidade do diagnóstico ao analisar o percentual de casos diagnosticados com grau I e II de incapacidade física. Como exemplo, dois municípios hiperendêmicos e prioritários para o controle da doença no Estado de Minas Gerais apresentaram os menores percentuais de casos diagnosticados com grau de incapacidade física I e II entre os municípios deste estudo. Palmópolis registrou 19,6% (n = 9) do total de casos diagnosticados no período de 1998 a 2006 (n = 46) com grau I de incapacidade física e não foi registrado nenhum caso com grau II. O município de Santa Maria do Salto teve o percentual de 30,6%, sendo 23 casos com grau I e três casos com grau II de incapacidade física (AMARAL, 2008).

Nem sempre os municípios possuem profissionais, principalmente de nível superior, comprometidos com a hanseníase. Normalmente, eles não querem atender esses pacientes na Atenção Básica e resolvem o problema através do encaminhamento do paciente para um centro de referência (G₁₁, G₁₂). O estudo de Moreno, Enders e Simpson (2008) evidenciou que existe a falta de compromisso dos profissionais, principalmente do médico, na realização das ACH e por isso há uma grande dependência dos hospitais de referência. Para Fuzikawa (2007), o grande dificultador do processo de descentralização das ACH no município de Betim, Minas

Gerais, é a manutenção da "idéia de que o diagnóstico e o tratamento da hanseníase devem ser conduzidos por especialistas (dermatologistas ou hansenólogos)" (p. 71).

Moreira (2002, p. 136) corrobora que no município de Nova Iguaçu (Rio de Janeiro),

a demora da implantação das ações de hanseníase foi em grande parte decorrente da resistência do profissional médico em assumir o atendimento aos portadores da doença. A justificativa fundamentou-se no fato de que as ações de hanseníase devem ser executadas por um especialista. Essa é uma afirmativa não mais aceitável, uma vez que o diagnóstico de doença é uma competência médica, devendo os médicos generalistas diagnosticar e tratar casos com hanseníase.

Esses profissionais às vezes esquecem que é direito do paciente realizar o tratamento na unidade mais próxima de sua residência e muito menos avaliam os custos que esse paciente terá para deslocar até a unidade de referência. Existem também aqueles profissionais que não possuem perfil para atender no PSF, uma vez que não se preocupam em se integrar com a equipe (G₁₂, MED₉), em realizar ações educativas com a comunidade e educação continuada com os membros da equipe (ACS₇).

O nosso médico ele não está interessado em participar, em fazer palestras com os pacientes e com os agentes de saúde não. (ACS₇)

Tanto a enfermeira quanto eu temos vontade e gostamos de PSF mas a gente tem uma certa dificuldade de engrenagem, sabe como? É como se ela girasse para um lado e eu pro outro. Então a gente tem essa dificuldade no dia-a-dia. A gente tem dificuldade de sentar igual a gente tá aqui. [...] às vezes sente falta de sintonia por algum motivo. Aliás, eu acho que esse motivo é qual, é porque na verdade nós duas nunca conseguimos trabalhar com PSF [...]. Eu te confesso, não que eu tenha tipo assim preconceito de tratar o hanseniano, eu me sinto de pés e mãos atadas e te confesso que não consegue vir em minha mente, pode ser até uma limitação minha, uma estratégia de estar contornando essa situação, seja através do agente de saúde, seja através de publicidade, seja através da rádio, não sei, tipo assim eu não consigo parar pra pensar em hanseníase, como eu paro para pensar em tuberculose, diabetes, eu não consigo chegar em uma solução plausível que eu possa tentar usar para estar atraindo e abordando esses pacientes. (MED₉)

Entende-se que os profissionais que atuam no PSF devem realizar ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes.

Você tem uma idéia de como que pode assim as pessoas que são voluntárias dão certo, hoje no Dia da Mancha um fisioterapeuta que nunca se envolveu com a hanseníase falou assim: "eu trabalho nesse posto às quintas-feiras, eu faço a fisio na Atenção Primária, faço umas visitas, o que você acha de eu estar também visitando todos pacientes com hanseníase, que é mais um conferindo se eles estão tomando direitinho o medicamento, eu gosto de exames a cada dois, três meses de tratamento pra ver se tem algum efeito adverso e pra gente dar uma olhadinha também nos contatos, ver se realmente mesmo o PSF avaliou, posso ajudar vocês a fazerem esse serviço de vigilância?", eu falei: "você está precisando perguntar?". Esse tipo de voluntariado que a gente quer, porque há muitas falhas ainda, eu pego pacientes aí que o contato ainda não foi avaliado, a gente tem que melhorar muito, só que tem que ser um trabalho de todos, porque se todo mundo tiver essa vontade não vai. (MED₁₀)

Por exemplo, no município de Almenara, a contratação de profissionais que não têm compromisso com a hanseníase refletiu negativamente no processo de descentralização das ações de controle para as unidades básicas e derrubou todo o trabalho realizado na conscientização da comunidade:

Eu acho que a questão maior é do profissional, porque nós já conseguimos conscientizar a população de que a hanseníase é uma mancha que não dói, que não tem que ter medo, que não tem que achar que tem hanseníase vai ser discriminado, hoje a conscientização ela cresceu muito, as pessoas estão muito interadas desse processo, eu acho que às vezes a pessoa vai na unidade e está com uma manchinha e o profissional não dá aquele cuidado, então às vezes ela volta pra casa achando que realmente está errada. Entendo que o problema maior mesmo seja esse, em função do próprio profissional de saúde que está lá trabalhando. (G₁₁)

Essas pessoas muitas vezes são contratadas por falta de escolha, a vaga está em aberto e necessita ser preenchido o mais rápido possível para não causar transtornos maiores à saúde do município e por isso às vezes não há processo seletivo (ENF₉) e o recrutamento pode ocorrer até mesmo através de indicações políticas (MED₆). A dificuldade de lotação principalmente do profissional médico influencia diretamente no desenvolvimento das ações de prevenção e controle da hanseníase na Atenção Básica (BRANDÃO, 2008) e o resultado disso pode ser exemplificado com os dados epidemiológicos. Em Salto da Divisa, nenhum caso diagnosticado entre 1998 a 2006 encontrava-se na forma inicial da doença, a forma indeterminada, e 65,5% (n = 19) do total de casos diagnosticados nesse período já estavam com grau I e II de incapacidade física (AMARAL, 2008), dados que apontam que o diagnóstico está sendo realizado tardiamente.

Os discursos revelam ainda que os profissionais médicos possuem dificuldades em reconhecer que a hanseníase é um agravo prioritário na região (G₆, G₁₁, G₁₂), mas espera-se que o médico que atua no PSF no Vale do Jequitinhonha tenha, no mínimo, uma responsabilidade social com esse problema de Saúde Pública (MED₆) e que essa responsabilidade seja realmente cobrada pelos gestores, Conselho de Saúde e também pela própria população.

Nós temos aqui duas unidades hoje que são juntas, uma faz divisa com a outra, estão no mesmo prédio, mas uma faz divisa com a outra em termo de território, uma faz muito diagnóstico e a outra não faz quase nada, entendeu? Então a gente vê assim, às vezes tem um médico que está mais interessado, uma equipe trabalha melhor e a outra não dá muita importância à questão da hanseníase, às vezes é uma manchinha, mas acaba passando sem ter aquela consideração devida pelos profissionais. (G₁₁)

A medicina precisa rever certos conceitos, às vezes o profissional tem outra especialidade, não quer lidar com hanseníase. Não me interessa, se ele está atuando na Atenção Primária, existem ações básicas que é obrigação dele, a gente tem que parar com esse paternalismo também e ficar passando a mão na cabeça das pessoas. Os médicos têm que parar pra estudar hanseníase, tuberculose, as doenças endêmicas básicas. [...]. Eu acho que as pessoas não estão se comprometendo tanto, eu acho que às vezes o PSF vira cabide de emprego, o médico faz uma consulta ligeira, não se compromete direitinho, eu gosto de frisar muito sem ter essa soberba da medicina porque eu reparo isso sabe, a consulta da Atenção Primária tem que ser uma consulta com mais calma, mesmo que a queixa seja outra, perguntar sempre a questão da tuberculose, da hanseníase, tem alguma mancha dormente, tem alguma dormência nos braços ou nas pernas, tem uma tosse aí de mais de três semanas, três meses, o quê que custa? Não importa se ele foi lá apenas por outra queixa, entendeu? (MED₁₀)

O atendimento médico não deve valorizar a queixa do cliente, esse deve ser visto na sua integralidade, e no Vale do Jequitinhonha, deve-se pesquisar não só hanseníase, tuberculose, mas também as outras doenças de destaque epidemiológico como as verminoses e desnutrição. O MS recomenda que

os profissionais de saúde precisam estar motivados para lembrar de observar a pele em qualquer assistência prestada e precisam ser treinados para pensar em hanseníase sempre que observarem uma pessoa com mancha (ou mais de uma) esbranquiçada e dormente (BRASIL, 1999a, p. 10).

Kasturiaratchi, Settinayake e Grewal (2002) já consideram difícil encorajar os médicos a pensarem hanseníase durante o atendimento de pessoas com queixas dermatológicas. O despreparo médico para atender hanseníase é um discurso que foi muito evidente tanto nas falas dos próprios médicos quanto no discurso dos

gestores. Moreno, Enders e Simpson (2008) também encontraram em seu estudo, depoimentos de profissionais que afirmaram não serem capazes de realizar as ACH, devido ao conhecimento insuficiente que têm sobre a doença. E esse despreparo tem suas origens na formação médica e de enfermagem, que é ainda muito incipiente em relação à hanseníase (G₁₁, G₁₂, MED₁₀) e outras endemias existentes no Brasil. A inclusão da hanseníase como um conteúdo obrigatório nos cursos de graduação da área de saúde é uma recomendação mundial para sustentar a integração das atividades de prevenção e controle da doença na Atenção Primária à Saúde (SAMY, 2007). Brandão (2008) completa que também deverá ocorrer a inserção da hanseníase nos currículos do ensino médio e formação técnica em saúde.

Nós temos um profissional médico que tem residência em saúde da família, trabalha conosco, mas o conhecimento dele é mínimo em hansen, entendeu? (G₁₁)

Eu acho que o médico que saiu da faculdade sem saber tratar da hanseníase é complicado, então eu fico pensando o mais complicado, como é que é, não que a hanseníase seja uma coisa simples de tratar, mas é uma coisa que o Brasil todo tem, né? Não é uma coisa que vai acontecer sempre um caso ou outro, você vai ver um caso de malária? Nunca você vai ver então você acha até difícil de ser suspeitada porque você não vai ver, mas hanseníase não. (G₁₂)

A capacitação dos profissionais de saúde é um dos pilares que influenciam diretamente na programação das ações de prevenção e controle da hanseníase e no acesso da população a essas ações e por isso é essencial no controle da hanseníase como problema de Saúde Pública. Os profissionais entrevistados neste estudo reconhecem essa ligação:

Tudo precisava ser estruturado desde o começo, tudo, os médicos pra fazer diagnósticos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, não havia aquela preocupação, aquele conhecimento. Você tem que ser capacitado pra saber o que você está procurando entendeu? A hanseníase está pulando. Aí a gente começou que foram cinco equipes que estabeleceram aqui. E uma comunidade aconteceu exatamente como aconteceu lá no sul de Minas, veio uma enfermeira, havia um profissional médico e a equipe começou a verificar aqueles casos, começou a se interessar por aqueles casos que foi no curso de capacitação, então os casos começaram a pular. (MED₁₀)

O funcionamento dos programas é ineficiente, os nossos agentes agora que começaram a se preparar, os nossos médicos que chegam pra atender hanseníase eles não tem preparo. (MED₆)

Como exemplo, o município de Monte Formoso não possui nenhum caso de hanseníase notificado entre 1998 a 2006 e o gestor afirma que a dificuldade para a

implantação das atividades de hanseníase no município é justamente a falta de capacitação dos profissionais. Em 2007 houve a contratação de um médico que possui várias capacitações em hanseníase para atuar no PSF. Mas os dados epidemiológicos referentes ao ano de 2007 revelaram que esse município ainda continua silencioso, ou seja, não diagnosticou nenhum caso de hanseníase (MINAS GERAIS, 2008). O pouco conhecimento dos profissionais em hanseníase dificulta a organização de um programa municipal de controle da hanseníase, o que pode sugerir que há uma expressiva prevalência oculta da hanseníase nessas regiões devido ao diagnóstico ser tardio e com incapacidades físicas já instaladas e até mesmo a nulidade de casos em um município. O estudo de Amaral (2008) revelou a existência de um *cluster* que apresenta coeficientes de detecção abaixo do esperado, região formada por Monte Formoso e parte dos municípios de Joáima e Jequitinhonha. E essa baixa detecção pode ser explicada pela fraca integração das ações de controle da doença nos serviços da Atenção Primária à Saúde, pela ausência de profissionais capacitados (PANDEY; PATEL; UDDIN, 2006) e pela falta de engajamento dos gestores na programação e no oferecimento de cursos de capacitação em ações de prevenção e controle da hanseníase para os profissionais da Atenção Básica.

Eu acho que o programa está pegando aí, ele não é estruturado porque nós não temos pessoas capacitadas pra estruturar o programa de hanseníase aqui. Nós não temos um treinamento porque há oito anos atrás se teve um treinamento depois nunca mais eu vi nada disso, só pelo aquele conhecimento que você tem, você nunca mais treinou, a não ser um caso ou outro que aparece por demanda espontânea, mais nada. (MED₃)

Em outros municípios ocorreu o aumento do número de casos após a capacitação das equipes de PSF (MED₄, G₁₁). Jacinto, Salto da Divisa e Palmópolis tiveram, em 2006, uma elevação significativa da taxa de detecção de hanseníase¹⁷ (AMARAL, 2008), reflexo de toda a movimentação das unidades de saúde da família ocorrida no ano de 2005 com o curso de capacitação em ações de prevenção e controle da doença. Essa positiva correlação entre o treinamento de profissionais de saúde e o aumento da taxa de detecção de hanseníase também foi observado em

¹⁷ Taxa de detecção de hanseníase no ano 2005 (casos / 10.000 habitantes): Jacinto - 2,5. Salto da Divisa - 1,6. Palmópolis - 7,0.

outro estudo (BYAMUNGU; OGBEIWI, 2003).

Analisando em especial o profissional médico, todos eles relataram que já fizeram pelo menos um curso de capacitação em ações de prevenção e controle da hanseníase, mas para se sentirem seguros para a realização dessas ações seria necessária a participação de mais de um treinamento. Essa insegurança dos profissionais para realizar as atividades de hanseníase, mesmo após o treinamento, é relatada em outros estudos (FUZIKAWA, 2007; MORENO; ENDERS; SIMPSON, 2008). Muitos chegam a fazer três, quatro até cinco treinamentos e ainda expressam que não estão preparados para atender a hanseníase (G₁₁). Esses profissionais deveriam ser questionados pelo real motivo que não atendem hanseníase uma vez que não houve carência de treinamentos: Não seria um preconceito? Será realmente uma falta de capacidade técnica? Será mais cômodo encaminhar os pacientes hansenianos para a referência?

Tenho uns 10 diplomas de hanseníase e tuberculose. Todo curso que tem na Secretaria de Saúde eu faço. Mas nunca fiz diagnóstico [risos], nunca. Te falo sobre a hanseníase do começo ao fim, mas eu nunca fiz diagnóstico de hanseníase, nunca fiz, e atendo sempre e atendi na roça, no interior, sempre. (MED₁)

Eu não me considero um camarada bem treinado nesse setor de hanseníase, eu acho que meu conhecimento é muito pouco, muito pouco pra mim, pra gente poder organizar um trabalho (...). Nesses dias mesmo nós tivemos um caso suspeito aqui, eu tive que mandar pra Almenara. (MED₃)

Inclusive a GRS de Pedra Azul também questiona por qual motivo os profissionais que já estão treinados não fazem as ações de hanseníase. O estudo de Moreno, Enders e Simpson (2008) revelou que 90,8% dos profissionais de saúde que fizeram treinamento em ações de prevenção e controle da hanseníase se sentiram capazes de desenvolver as atividades de controle da hanseníase depois da participação dessa capacitação. Para tentar solucionar esse problema, a GRS planeja montar equipes de monitores que farão acompanhamento dos médicos e enfermeiros em serviço, na realização das atividades de prevenção e controle da hanseníase (G₁₃).

Mesmo nos municípios em que o programa de hanseníase está mais organizado, os profissionais também reivindicaram mais treinamentos (G₆, MED₂, ENF₂, ENF₄, ENF₅). Parte-se do princípio que, se os profissionais estão diagnosticando os casos, eles sabem atender hanseníase e conseqüentemente estão

capacitados para exercer tal atividade na Atenção Básica. E quanto mais realiza diagnósticos, mais experiência vão adquirindo no atendimento aos hansenianos. Saunderson e Ross (2002) sugerem que treinamentos adicionais são necessários para desenvolver ou manter a qualidade da atenção à hanseníase, já Mallick (2003) recomenda aos profissionais passarem um dia a cada três meses em um centro de referência para se submeterem a uma reciclagem do atendimento da hanseníase. Nos municípios do Vale do Jequitinhonha onde o centro de referência é distante (no município de Governador Valadares), essa estratégia torna-se inviável. Uma alternativa para os municípios sustentarem o treinamento nas ações de prevenção e controle da hanseníase é montar uma equipe de supervisão com os profissionais mais experientes no manejo da doença, para ajudar a solucionar as dúvidas dos profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica (SAUNDERSON; ROSS, 2002; SAUNDERSON, 2005).

É interessante a experiência de Rubim e Jacinto que realizam reuniões para discussões de casos com o intuito de manter a equipe sempre mobilizada para a doença e também para resolver as dúvidas dos profissionais na condução de um caso. As reuniões clínicas, para Fuzikawa (2007), é uma estratégia de educação continuada porque durante as discussões há aquisição de conhecimento técnico. Essas iniciativas revelam a preocupação dos gestores para manter a capacitação dos profissionais de saúde no que diz respeito às ações de diagnóstico e tratamento de hanseníase (MOREIRA, 2002).

A primeira experiência ocorreu em Rubim que, após a capacitação de todos os profissionais da Atenção Básica, o município optou pela descentralização das ações de controle da doença para as unidades de PSF. O diagnóstico é confirmado em uma consulta realizada por um grupo de profissionais, não por causa da falta de capacidade técnica dos profissionais, mas essa consulta tornou-se um momento para aumentar a experiência desses com a hanseníase e também para reforçar o aprendizado teórico.

Depois que foi feito todos os treinamentos, que a gente pegou um pouco mais de manuseio da questão da hanseníase, a gente reuniu e, achou que era uma boa idéia pra gente estar discutindo o caso de não ficar aquela questão de ficar é, eu aprender sozinho sem muita experiência ficar na dúvida, o outro colega atender sozinho sem muita experiência ficar na dúvida. A gente montou um grupo que às sextas-feiras à tarde a gente traz os casos de cada área e faz um atendimento em conjunto, dentro da sala

vai estar presente às vezes dois, às vezes três médicos, uma enfermeira, duas enfermeiras fazendo o exame completo do paciente. (MED₄)

A discussão de casos com profissionais mais experientes é, para Mendes-Gonçalves (1994), além de ser uma atividade de treinamento de pessoal, é uma oportunidade para obter melhor qualidade do trabalho em hanseníase. Jacinto também possui um grupo de apoio responsável pela atualização da equipe através de discussão de casos, para que os profissionais sempre estejam mobilizados para o problema:

E de tempo em tempo a gente retoma a questão de capacitação, agora não é nem mais capacitação, a gente entra mais no debate dos PSF's, de cada PSF, de cada equipe com seus agentes pra estar participando de um debate porque capacitar, já foi feito essa capacitação, então agora é mais um debate. (G₉)

As ações de hanseníase então basicamente é isso, basicamente a gente está muito na parte ainda da capacitação, muita dúvida existe, os pacientes aqui são pacientes que infelizmente não são pacientes que chegam na fase inicial, então lidar com reação hansênica é muito complicado, lidar com essas drogas talidomida, prednisona são coisas que já são complicadas pra gente querer exigir isso derrepente do generalista da unidade básica, então a gente está fazendo muito no intuito de capacitar. (MED₁₀)

Nesse mesmo município há uma política de sempre que ocorre uma contratação de um profissional não-capacitado, o grupo de apoio programa e realiza o treinamento para esse profissional também se integre e atue nas ações de controle da hanseníase (G₁₃). Saunderson (2005) sugere que as equipes de supervisão podem assumir a responsabilidade de promoverem treinamentos locais e através dessa iniciativa, o município mantém o padrão da atenção à hanseníase no município. Não se justifica a ausência ou o declínio das ações de controle devido à falta de treinamentos promovidos pela GRS. Outra atuação interessante de Jacinto é a parceria com os odontólogos para realizarem suspeita diagnóstica de hanseníase, pois "a lesão oral é mais comum à medida que se caminha para o pólo virchowiano e tem importância no diagnóstico e classificação da doença" (D'ABREU *et al.*, 2000, p. 340):

Às vezes, ficavam os dentistas assim nas capacitações, o que é que eu estou fazendo aqui? Aí a gente começou a fazer uma palestra só sobre afecções de cavidade oral, afecções dermatológicas de cavidade oral, bom têm uma série de afecções, derrepente a gente pode pegar e mostrar quais são as que o virchowiano pode ter de cavidade oral, que pode ter de cavidade nasal, aí já ficaram assim, ah legal, então eu também faço parte. (MED₁₀)

Esse treinamento proporcionou a sensibilização desses profissionais, estimulou um novo olhar dos odontólogos sobre a doença e assim tornaram-se parceiros na responsabilização do controle epidemiológico da hanseníase na região (MORENO; ENDERS; SIMPSON, 2008).

Um profissional importantíssimo na realização de suspeita de hanseníase é o ACS, pois é aquela pessoa que está em contato direto com as famílias. Nos municípios mais acanhados nas ações de controle, os ACS não são capacitados para a hanseníase (MED₁, ENF₁) e por isso confundem os sinais e sintomas da hanseníase com outras doenças, prejudicando as orientações nas visitas domiciliares e a busca ativa de suspeitos de hanseníase. As informações equivocadas prestadas por profissionais de saúde que desconhecem sobre a hanseníase podem inclusive interferir no tratamento da doença (FUZIKAWA, 2007).

Especificamente para a hanseníase ainda não, especificamente não. Deixar o tempo só pra a hanseníase não, mas eles tiveram a capacitação que eles fizeram tem pouco tempo que foi abordado todos os assuntos, todos os programas de saúde [...] que foi falado da hanseníase, mais não de uma forma tão profunda pra capacitar, ter a capacitação mesmo não. (ENF₁)

Pra mim, hanseníase assim é uma ferida, que ao decorrer do tempo, ela vai, se não tiver o tratamento, vai formando, vai aprofundando mais, e também a gente pede pro pessoal pra não ficar assim indo muito em casa de cachorro, essas coisas, pra livrar da picada do mosquito. (ACS₁)

Uns carocinhos com umas manchas brancas, né? Que aparece no corpo coça bastante, né? (ACS₃)

Nos municípios mais engajados com a hanseníase, os ACS participam ativamente das atividades de controle da hanseníase: fazem suspeita diagnóstica durante a visita domiciliar (eles reconhecem se a mancha não tem sensibilidade ao tocá-la com a ponta da caneta), encaminham o paciente em caso de reações, buscam os contatos e os faltosos, e, em situações especiais, supervisionam o tratamento. O profissional enfermeiro tem um papel essencial na formação dos ACS para o desenvolvimento das ações de controle da hanseníase (ENF₃, ENF₄, ENF₆, ENF₁₀) e dois médicos relataram participar dessas capacitações dos ACS (MED₄, MED₁₀):

Aqui na unidade também foi feito a capacitação pela enfermeira para os agentes, né? Esclarecimento de mancha, como é o tratamento, que é uma doença que tem cura, que passa dos contatos íntimos, que não pega pelo beijo, que não pega realmente pelos contatos provisórios que tem de uma

conversa, né? Isso que foi esclarecido pra eles, né? Para eles passarem, né? Durante as visitas que eles fazem nas casas. (MED₂)

Separo um dia pra gente está na reunião sobre alguma doença e explico pra eles o quê assim tem que ser observado, né? O que é a hanseníase, os cuidados que tem que ter, né? As queixas também, né? [...] tá sempre observando e orientando pra qualquer queixa que ele tiver pra procurar a gente. (ENF₄)

A gente tava sempre tentando dar bastante informação aos agentes pra que ele pudesse estar nessa busca ativa participando de uma forma bastante cooperativa e inteligente, né? Indo buscar realmente o caso [...] paciente que aparece com mancha, com perda de sensibilidade, né? [...] No primeiro momento a gente vai falar, traz para cá, traz o paciente para o posto para ele estar fazendo essa avaliação e ver como é que a gente vai estar conduzindo isso aí. (MED₄)

É de fundamental importância a cobrança realizada pelos gestores para a realização de oficinas de sensibilização dos ACS para a hanseníase. Em muitos municípios essa sensibilização só ocorreu após uma cobrança da GRS de Pedra Azul (ENF₉). Para Fuzikawa (2007, p. 72), a atuação dos gestores "é essencial para a implantação das ações de controle da hanseníase em uma unidade de saúde. Os profissionais podem não assumir as ACH sem um trabalho de 'convencimento' ou de responsabilização feito pelo gerente". Em Salto da Divisa, mesmo com essa cobrança da GRS e mesmo sabendo que o atual quadro de ACS não possui conhecimento das doenças, inclusive da hanseníase, os profissionais de saúde ainda não programaram a capacitação para os ACS (ENF₁₁). Em Almenara, o gestor dedicou 20 horas do Curso Técnico de ACS para aulas práticas de hanseníase (G₁₁):

Ficou 20 horas pra gente trabalhar hanseníase, a gente vai fazer palestras e sala de espera, que a gente quer que seja rotina da unidade, não vai ser só como projeto, a gente vai cumprir a carga horária mas vai continuar, né? Vai dar continuidade as salas de espera. Enquanto o paciente espera pra ser consultado o agente vai lá com um mural com as fotos, as imagens de uma mancha de hanseníase, vai dar a palestra pras pessoas que estão esperando a consulta. (ENF₆)

O que dificulta a continuidade das ACH em todos os municípios deste estudo que possuem essas ações implantadas é a rotatividade dos profissionais (G₁₀, G₁₁). Moreno, Enders e Simpson (2008) não encontraram, nos municípios de seu estudo, a totalidade dos profissionais de saúde treinados em ações de prevenção e controle da hanseníase devido à grande rotatividade dos profissionais dos PSF. Sabemos que os profissionais de saúde que estão no mercado de trabalho pouco sabem sobre a

hanseníase, um dos motivos é a ausência desse conteúdo na grade curricular dos cursos superiores. Cada membro da equipe de PSF possui uma atribuição fundamental para o bom andamento do programa de controle da hanseníase, mas se o profissional recém-contratado não é capacitado, a equipe terá dificuldades em manter a qualidade desse programa.

Um problema que eu acho é rotatividade de profissional, agora mesmo nós estamos com três profissionais que chegaram agora recentemente, que ainda não foi capacitado pra questão de hanseníase e também isso dificulta o trabalho, então agora a gente tem que parar um pouquinho pra capacitar eles comecem a andar junto com os que já estão desenvolvendo o trabalho, então se a gente conseguir manter essas equipes aqui, eu acho que o trem ia fluir bem, sabe? A questão da rotatividade, que eu acho que está dificultando um pouquinho esse trabalho andar mais ainda. (G₉)

Em 2006 nós tivemos uma queda [do número de casos novos], porque nós tivemos um período de turbulência, saiu vários profissionais da rede, enfermeiros e médicos, entraram muitos novos, então isso deu uma queda, deu uma esfriada ao processo de descentralização. (G₁₁)

Eu acho que, é falta de, de informação, assim no caso pra, não falando pra mim só, pra nossa equipe em geral aqui, porque são todos, como todo mundo entrou agora também, né? Nesse processo seletivo então assim não teve ainda uma capacitação pra essa equipe. (ACS₅)

A rotatividade de profissionais no Vale do Jequitinhonha é uma dificuldade que os municípios enfrentam, muitas vezes por questões políticas porque a cada mandato de prefeito ocorre a renovação dos profissionais (G₁₃, MED₁₀, ENF₅). Essas novas equipes de saúde, até engrenar as suas atividades e adquirir experiência, estão novamente em um novo período eleitoral, “é hora de mudar o prefeito de novo, aí vem outra equipe, então não se cria vínculo, não se faz estratégia” (MED₆). Outras vezes esse rodízio é também causado por uma melhor proposta financeira (MED₆), “alguns procuram locais que oferecem melhores condições de trabalho e melhores salários” (MORENO; ENDERS; SIMPSON, 2008, p. 673). E a manutenção dos altos salários, principalmente para o profissional médico, como forma de mantê-lo fixo em um município está sendo uma estratégia que está sugando todo o incentivo do PSF que os municípios recebem do MS:

O dinheiro que nós recebemos de PSF aqui hoje não paga nem o profissional médico, para dizer nós temos problemas nessas questões financeiras, ainda precisa se avançar muito nessas questões [...]. Hoje nós vivemos uma situação que o salário do profissional médico leva todo o incentivo e o município ainda tem que complementar. Os médicos me detestam porque eu falo isso: eles são as vedetes do sistema, é claro tem toda a sua importância de trabalho, da própria necessidade na área clínica do profissional, mas eles são as vedetes e cada dia querem mais, mais e mais.

E falta também a questão do comprometimento né, que nem todo mundo que veio tem comprometimento, tem perfil pra fazer PSF. (G₇)

Franco e Merhy (1999) afirmam que

o PSF trabalha com a idéia de que altos salários garantem bons atendimentos, viabilizando o trabalho diferenciado do médico e permitindo a sua "interiorização". Sem desconsiderar a importância de remuneração satisfatória dos profissionais de saúde, é um equívoco pensar que isto por si só, como muitas vezes esta diretriz tem sido assimilada, garante um atendimento acolhedor, com compromisso dos profissionais na resolução dos problemas de saúde dos usuários.

Outros motivos descritos na literatura que provocam a rotatividade dos profissionais são as precárias condições de trabalho, a ausência da garantia dos direitos trabalhistas e a incerteza do vínculo empregatício (BORRELLI, 2004; BRANDÃO, 2008; GIL, 2005). Vincular o profissional no município poderá acontecer a partir do momento em que as contratações deixem de ser movidas por questões políticas, que realizem contratações favorecendo apadrinhamentos. O ideal é fazerem o recrutamento através de concurso público (BRASIL, 2003) a fim dos municípios estabilizarem os seus profissionais e permitir a permanência desses nos locais de trabalho, pois na Atenção Básica, os resultados do trabalho de uma equipe na melhoria dos indicadores de saúde são colhidos a longo prazo.

Outra ação é a gente deixar bem claro para o município a importância de criar vínculos dos profissionais com os municípios, o que é enfermeiro da família? O que é médico da família? É um profissional que trabalha dois meses e vai embora? É esse pula-pula de profissionais? Então assim se a gente não começar a nível de Atenção Primária vincular os profissionais, as suas unidades básicas para que ali desenvolvam um trabalho é difícil a gente querer, deixa eu te dar um exemplo: a gente tinha feito uma mega capacitação, depois dessa mega capacitação que foi há poucos meses, hoje a coordenadora da Atenção Básica veio me procurar pra gente capacitar três novos funcionários que entraram no lugar de antigos, eu falei com o maior prazer, mas no fundo do meu coração eu fico um pouco chateado, caramba PSF às vezes é um rodízio tão grande que as pessoas nem se comprometem, então uma das ações é isso, mostrar a importância da hanseníase! (MED₁₀)

A rotatividade é o grande inimigo das ações de controle da hanseníase (MED₁₀) e inclusive torna-se uma ameaça ao desenvolvimento de atividades de outros programas (KALK; FLEISCHER, 2004), como HIPERDIA e SISPRENATAL. Borrelli (2004) corrobora que a alta rotatividade reflete negativamente na condição de saúde da população. Muitas vezes, por causa da rotatividade, é difícil dar

continuidade a um trabalho, pode ocorrer a contratação de profissionais que não têm perfil (G₇, MED₆), que não dá continuidade aos programas já implantados na unidade básica, que prioriza um agravo e às vezes esquece os outros e assim o programa de controle da hanseníase fica prejudicado (ENF₁).

Esses médicos têm feito muito rodízio, tem rodado muito, e o sistema investe e olha que o município tem trabalhado, a gente tem feito reuniões com o pessoal, às vezes palestra, traz os pacientes pra cá, tá certo? Então não se cria responsabilidade, PSF virou um bico de luxo, está certo? (MED₆)

Dias e Pedrazzani (2008, p. 754) retratam essas dificuldades enfrentadas pelos pequenos municípios:

As mudanças políticas locais e a constante inversão de prioridades a cada novo governo têm como consequência a desestruturação de alguns serviços e programas de saúde; aliado a isso está a falta de profissionais qualificados. Neste contexto, a manutenção dos serviços de hanseníase, assim como de outros programas de saúde, requer um esforço contínuo de todos os profissionais envolvidos.

Municípios como Almenara e Jacinto nem aguardam o treinamento da GRS, eles próprios realizam cursos, palestras e reuniões para capacitar os novos profissionais. Os treinamentos para médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e bioquímicos são promovidos pela GRS de Pedra Azul, mas a própria GRS também encontra dificuldades para repor o treinamento para as equipes:

Ano passado eu não consegui fazer curso aqui porque a gente faz um curso daí a pouco, daí três meses, não sei quantas pessoas que já treinaram já foram embora e eu não tenho como repor esse treinamento, eu tenho dificuldade. (G₁₃)

É evidente que os cursos de capacitação não conseguem acompanhar a rotatividade dos profissionais (BRANDÃO, 2008). Por outro lado, esse profissional capacitado que saiu de um município, vai ser contratado por outro. O novo município o recebe sensibilizado para a hanseníase, e se esse profissional tem responsabilidade social com os agravos que acometem uma população, independente de qual for o município, espera-se que ele dará uma resposta a essa necessidade, implantando ou implementando as ações de prevenção e controle da hanseníase.

Outro recurso seria o treinamento em serviço, ou seja, o profissional recém-contratado seria capacitado por outro já experiente em hanseníase, durante os atendimentos destinados às ações de controle da doença. Inclusive o Guia Técnico

da ILEP recomenda esse tipo de treinamento em serviço, desde que ele seja bem estruturado e que contemple as principais ações do programa de controle da hanseníase (ILEP, 2003). Mesmo sendo uma estratégia menos dispendiosa do que um seminário formal destinado para a capacitação, essa proposta, a princípio, poder-se-ia dizer que é inviável em alguns municípios da microrregião de Almenara, pois a maioria deles possui uma população menor do que 20 mil habitantes, conseqüentemente possuem poucas equipes de PSF. Para esse treinamento ser em serviço é necessário haver um profissional de saúde experiente e capaz de repassar os conhecimentos técnicos e pelo o que já foi exposto, poucos municípios se destacam na atuação das ações de prevenção e controle da doença. Já no município de Betim, Minas Gerais, que possui uma boa estrutura de unidades de saúde que realizam as ACH é comum a prática de treinamentos em serviço. Os profissionais são “formados no trabalho, capacitados primeiro para depois começar a trabalhar” (FUZIKAWA, 2007, p. 72).

Um recurso tecnológico que pode ser utilizado para sensibilizar os profissionais para as ações de prevenção e controle da hanseníase são as aulas à distância, como as que são promovidas pelo Projeto Nacional de Telessaúde, que qualificam as equipes de PSF através da difusão de conhecimentos técnicos pela *Internet*.

A GRS de Pedra Azul tem que estar planejando atualizações constantes das equipes da microrregião, para manter acesa a chama da hanseníase, que ainda está muito longe de alcançar o controle da endemia, pois as dificuldades operacionais do programa de controle da doença estão basicamente relacionadas à ausência de profissionais treinados e comprometidos com a hanseníase. Brandão (2008, p. 782) afirma que “a necessidade de investimento em educação permanente não deve estar apenas em idéias ou planos de alguns seguimentos, mas devem ser garantidos nos Planos Diretores Municipais”. A manutenção de um número apropriado de profissionais de saúde capacitados e qualificados para desempenhar as ACH é hoje a luta dos municípios de regiões endêmicas e consiste no principal pilar em prol do controle epidemiológico da doença e da sustentação das ações do programa de hanseníase na Atenção Primária à Saúde (SAUNDERSON, 2005).

4.5 O acesso na dimensão dos recursos tecnológicos

As tecnologias necessárias para realizar um atendimento em hanseníase são as “tecnologias não-materiais”, que é o conhecimento técnico e as “tecnologias materiais” que são as máquinas e instrumentos necessários para operar o processo de trabalho em hanseníase (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Quando uma pessoa apresenta manchas e alterações de sensibilidade, esse suspeito é encaminhado para unidade de saúde para receber atendimento. Essa pessoa, ao procurar a UBS, deseja ser acolhida, ser compreendida em suas necessidades, ser atendida por profissionais de saúde e sentir-se confiante da atenção e responsabilização dos profissionais em manter, recuperar ou restabelecer sua saúde (MERHY, 1998). Na hanseníase, segundo o protocolo da SES/MG (MINAS GERAIS, 2007b), o profissional enfermeiro é o responsável por realizar o primeiro atendimento a esse cliente, assim ele tem um papel importantíssimo na escuta, na valorização das queixas e na educação em saúde:

Eu recebo o paciente e explico pra ele, primeira coisa que eu faço, o primeiro instrumento que eu acho é a palavra, que a gente usa pra está explicando pro paciente sobre tudo sobre a doença, inclusive forma de tratamento e o que ela pode causar no organismo, as consequências de não tratar, tudo isso. Pra depois partir pro exame físico. (ENF₁₀)

Para a realização do exame dermatoneurológico os profissionais necessitam do conhecimento técnico da hanseníase e dos instrumentos necessários para a realização do exame físico, portanto as tecnologias não-materiais e materiais estão presentes no processo de trabalho em hanseníase.

Em relação aos instrumentos, na maioria dos municípios desse estudo, as equipes de PSF possuem um kit específico para o atendimento da hanseníase que contém: estesiômetro (para avaliação de sensibilidade), lanterna (para inspeção da cavidade nasal), lupa (para visualização de manchas na pele), fio dental (para verificar a sensibilidade da córnea), régua, escala de Snell (para a avaliação da acuidade visual), pincéis coloridos (para marcar no prontuário as áreas das mãos e pés de acordo com a avaliação do grau de incapacidade) (G₄, G₉, G₁₁, MED₂, MED₄, ENF₈, ENF₉, ENF₁₁). Algumas enfermeiras relatam que utilizam um tapa-olho para fazer a avaliação dermatoneurológica (ENF₁₀, ENF₁₁). Em Jequitinhonha, o

estesiômetro está disponível para as equipes, mas os profissionais relataram dificuldades em seu manuseio devido à falta de conhecimento técnico para utilizá-lo. Os profissionais então utilizam a clínica para confirmar um diagnóstico de hanseníase, principalmente em Monte Formoso, que nem há estesiômetro na UBS (MED₁, MED₃, ENF₃).

A falta de estesiômetros revela o descaso das prefeituras em relação ao programa de controle e prevenção da hanseníase, pois é um instrumento que é utilizado para avaliação da sensibilidade das manchas e da sensibilidade periférica (das mãos e pés) e a ausência desse prejudica a confiabilidade do exame físico e da avaliação do grau de incapacidade física:

A gente não tem incentivo aqui, o incentivo que tem aqui é muito pouco, pra você ter uma idéia o estesiômetro foi chegar pra gente aqui no início do ano [2007], tem mais de oito meses que eu pedi os carimbos dos pezinhos pra gente estar facilitando no prontuário do paciente, fazendo a evolução bonitinha, até hoje não ficou pronto, desde o início do ano que eu passei, até hoje não ficou pronto, então eu acho que falta mais incentivo. (ENF₁₁)

Alguns profissionais relataram que só após a sensibilização dos gestores que a prefeitura adquiriu os materiais para o atendimento da hanseníase:

Antes tinha só um estesiômetro, a gente só tinha um, só tinha aqui no meu posto, e quando o PSF precisava, pegava e levava. Agora já adquiriu os cinco estesiômetros, cada posto tem o seu. Os kits vêm com recurso da prefeitura. (ENF₁₀)

O exame laboratorial, o BAAR, é utilizado como apoio diagnóstico. Esse exame quantifica a presença do *Mycobacterium leprae* nos esfregaços de raspados de lóbulos auriculares, cotovelos e de lesão hansênica, quando houver, e por isso pode auxiliar os profissionais na classificação operacional do caso e, conseqüentemente, na prescrição do esquema terapêutico. Dos 889 casos de hanseníase diagnosticados na microrregião de Almenara entre 1998 e 2006, 83,9% (n = 746) realizaram a baciloscopia, dados que demonstram uma boa cobertura desse exame (AMARAL, 2008).

Os municípios de Jequitinhonha, Rubim e Palmópolis são os únicos municípios desse estudo que não possuem bioquímicos capacitados, portanto, precisam encaminhar os pacientes para municípios vizinhos para realizar a baciloscopia. O acesso a esse exame fica condicionado à liberação de transporte pelas prefeituras. A conclusão do resultado demora em média 30 dias e mesmo

assim alguns profissionais que não tem muita experiência no manejo da hanseníase preferem aguardar o resultado da baciloscopia para instituir o tratamento poliquimioterápico, mesmo sabendo que o diagnóstico da hanseníase é exclusivamente clínico. Enquanto isso, se o paciente for multibacilar, ele continua mantendo a cadeia de transmissão da doença.

Quando surti um caso assim suspeito a enfermeira faz um teste de estesiometria, aí pedimos a bacteriologia pra hanseníase, e depois dos resultados a gente analisa qual tipo de hanseníase e manda a medicação, certo? (MED₅)

O treinamento de bioquímicos e a oferta desse serviço no próprio município poderão contribuir não só para a redução de custos no transporte desses pacientes para outros municípios, mas principalmente para o aumento da cobertura de exames baciloscópicos, mas os médicos deverão ter consciência de que não é necessário aguardar resultado de baciloscopia para concluir o diagnóstico de hanseníase.

Fazer o treinamento com o bioquímico da baciloscopia já melhoraria pra gente bastante porque a gente não precisará deslocar o paciente daqui pra Felisburgo, pra está fazendo essa baciloscopia porque se torna um pouco cansativo e financeiramente também gera custo, se fizesse aqui já seria bom. (G₅)

A divulgação dos sinais e sintomas da hanseníase é uma estratégia que conscientiza e alerta a comunidade para o diagnóstico precoce, “a população esclarecida ela ajuda a estar trazendo os casos” (ENF₁₀) e, conseqüentemente, melhora o acesso aos serviços de saúde. As atividades educativas realizadas pelos profissionais de saúde devem se tornar rotina em um serviço, principalmente em municípios endêmicos, para disseminar informações apropriadas e sustentar o conhecimento da população sobre a hanseníase (KRISHNAMURTHY, 2004). A descentralização da atenção à hanseníase para a Atenção Básica é primordial para incrementar o trabalho de educação em saúde para a comunidade (SOUTAR, 2002). Por outro lado, os municípios que não realizam a divulgação da hanseníase para a comunidade são aqueles que diagnosticam os casos tardiamente, com formas clínicas multibacilares e até com incapacidade física já instalada, como é o caso dos municípios de Jequitinhonha e Salto da Divisa. A realização de ações educativas é uma estratégia que pode ser utilizada para mobilizar a população e diagnosticar casos ocultos:

Nós fizemos a divulgação na escola, na feira de cultura, então aí o número de casos foi lá em cima de novo. (ENF₅)

Nós estamos com os panfletos para serem distribuídos pra população logo depois do carnaval. Como os nossos casos estão diminuindo, esse ano nós tivemos só três casos novos, então aí a gente vai dar uma sacudida assim pra ver se aparece mais algum caso. (ENF₅)

O acesso da população às informações da doença é influenciado pelas estratégias que os municípios utilizam para divulgar os sinais e sintomas da hanseníase. Algumas estratégias são capazes de alcançar uma boa parte da população como divulgação nas rádios e em carro de som, distribuição de panfletos na conta da Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA), faixas espalhadas pelas ruas da cidade e também orientações realizadas pelos ACS durante as visitas domiciliares. O trabalho dos agentes comunitários durante as visitas domiciliares é de suma importância na efetivação das ACH devido a sua proximidade com a população (MOREIRA, 2002) e, durante essas visitas, os ACS podem identificar e encaminhar os suspeitos para as unidades de saúde (KRISHNAMURTHY, 2004).

Se tiver alguma suspeita, alguma mancha, é pra estar procurando a gente na unidade de saúde para estar avaliando os casos. (G₅)

A nossa divulgação também facilita porque a pessoa se sente, quando a pessoa está informada, ela já traz pra gente o problema, né? Isso facilita também. (ENF₂)

Para a realização das ações educativas, alguns ACS utilizam panfletos de divulgação da hanseníase e até mesmo gravuras para fazerem as orientações durante as visitas domiciliares (ACS₈, ACS₉). Mas nem todos os municípios utilizam essa estratégia, que do ponto de vista dos ACS, facilitaria o contato com as famílias (ACS₅):

Olha, nós usamos aquilo que a unidade de saúde nos fornece que são aqueles panfletinhos, né? A gente vai para a casa das pessoas todos os dias, você chega lá na hora da orientação se você vê, se você suspeitar que possa ser você já começa a falar para ele, olha vou te explicar o que é a hanseníase, você vai lá, pega o folheto. (ACS₉)

Os municípios nem sempre têm a quantidade suficiente de panfletos para realizar a divulgação para toda a comunidade, vídeos para apresentação em palestras. A distribuição de panfletos é realizada pela GRS de Pedra Azul e a mesma

alega que não tem quantidade suficiente de panfletos para alcançar toda a população da microrregião e a maioria dos municípios não têm condições financeiras para investir em campanhas educativas. Os municípios de Almenara, Rubim e Santa Maria do Salto confeccionaram suas próprias peças publicitárias para a hanseníase (G₁₃).

A parte de assistência da regional, disponibilizar mais recurso material que a gente não tem material, a gente prepara, o material que a gente tem é preparado por a gente, os folhetos que tem são poucos, então tudo depende do município, se o município não meter a mão no bolso e preparar e dispor de recursos, acabou! A gente não pode ficar esperando da Regional nada, se não você não faz nada [...] se a gente tivesse mais recursos disponíveis para trabalhar no município eu tenho certeza que fluía melhor, que você teria material para trabalhar que o pessoal já sabe o que fazer, a gente poderia distribuir. Quando manda, manda pouco, manda uma vez ou outra, entendeu? (ENF₈)

Às vezes a questão financeira dificulta, porque a questão da divulgação da hanseníase a gente tem, o Estado manda panfleto e tal, mas às vezes não é o suficiente pra estar conseguindo atingir todo mundo, sabe? Então se a gente tivesse, o município pudesse estar entrando com contrapartida maior na parte financeira, a questão de sensibilizar com camiseta, sensibilizar com mais faixas nas ruas, sabe? Acho que a questão financeira impede um pouco o deslanchar deste trabalho. (G₉)

Outras estratégias possuem um público mais específico como palestras nas escolas, na sala de espera da UBS, nos grupos operativos de hipertensos, diabéticos e gestantes, na Igreja Católica, divulgação na feira de cultura, entre outros. Não é porque o alcance da informação é específico para um grupo que não devem ser feitos estas ações educativas. As pessoas sensibilizadas nessas ocasiões podem repassar as informações para a família e vizinhos. Mas os municípios que só realizam a divulgação da hanseníase na própria UBS precisam organizar uma estratégia para mobilizar toda a comunidade do município.

Eu acho que pra melhorar, eu acho que a gente deveria fazer mais assim, não só palestras nas reuniões, porque não são todas as pessoas que participam porque a gente faz mais nas reuniões de hipertensos e diabetes, né? Então eu acho que deveria assim no caso ter um momento que as pessoas poderiam estar vindo, a gente esclarecendo, e palestras pra essas pessoas também da comunidade que não participam dessas outras reuniões. (ACS₃)

Mesmo os municípios investindo em campanhas educativas, distribuição de panfletos, palestras para a comunidade, os profissionais relatam que ainda existe preconceito da população em relação à doença (MED₄). A falta desses recursos

tecnológicos para a realização de ações educativas pode ajudar a manter o desconhecimento da população sobre os sinais e sintomas da hanseníase, sustentar o estigma que ainda está muito presente na região do Vale do Jequitinhonha e prejudicar o acesso precoce às unidades de saúde para confirmação do diagnóstico.

4.6 O acesso na dimensão do estigma

O estigma pode afetar inclusive o acesso da população aos serviços de prevenção e controle da hanseníase oferecidas na Atenção Básica dos municípios. Ainda no século XXI persistem nas comunidades as percepções negativas tradicionalmente associadas à doença devido à falta de informações e esse estigma pode ser responsável pela procura tardia dos serviços de saúde para o diagnóstico e tratamento uma vez que os pacientes temem ser marginalizados por sua comunidade após confirmação do diagnóstico de hanseníase (DIAS; PEDRAZZANI, 2008; LOCKWOOD; SUNEETHA, 2005; RINALDI, 2005; WHO, 2004). No estudo de Pereira *et al.* (2008, p. 724),

os profissionais dos serviços de saúde estudados relataram que o estigma se trata ainda da principal característica responsável pelo preconceito e pelo isolamento social enfrentado pelos doentes de hanseníase.

Sabemos que 2,4% dos casos de hanseníase diagnosticados entre 1998 a 2006 foram notificados em outro município (AMARAL, 2008). Uma das explicações se deve à presença de barreiras geográficas na região do Vale do Jequitinhonha, mas a população também pode estar deslocando para outro município para ser diagnosticada com a finalidade de esconder a doença da sua comunidade (ENF₁₁).

A gente tem muita resistência também, a gente tem algumas famílias que tem muita resistência, então, eu tenho família que não trata aqui, tem um pessoal que tratou em Belo Horizonte, então assim é, tem pessoal que é difícil. (ENF₅)

Em Almenara, há relatos de que algumas pessoas procuram o atendimento diretamente no centro de referência como uma alternativa de manter a doença em sigilo e evitar a discriminação da população do bairro.

Pelo que eu vejo nos outros PSF's, o pessoal procura mais lá do que o PSF, essas pessoas procuram diretamente por lá ser referência, né? Tem a questão que a gente vê, que é a questão do preconceito e lá por ser mais restrito, aqui no bairro, no posto tem muito movimento, então eles

conhecem, a população se conhece, eu acho que eles têm medo de vir até aqui no bairro mesmo. Porque um pergunta pro outro o quê está sentindo, o quê que tem, né? Eu acho que isso justifica mais a procura no centro de especialidades. (ENF₇)

Por outro lado, esperaríamos que a descentralização das ações de controle da hanseníase para as unidades de PSF permitisse que essa doença fosse considerada pela população como qualquer outra que também pode ser tratada na unidade de saúde mais próxima da sua residência, não necessitando mais de uma unidade específica para o atendimento de hansenianos. Fuzikawa (2007) corrobora que a descentralização das ACH é um importante fator para a redução do estigma já que o acesso da população ao diagnóstico e tratamento foi facilitado, mas “o estigma em relação à hanseníase e o preconceito contra a pessoa com hanseníase ainda são prevalentes no município (Betim, Minas Gerais) a ponto de interferirem na descentralização da assistência” (p. 69). Em outros países onde o atendimento da hanseníase foi integrado na Atenção Primária, há relatos de que os próprios pacientes hansenianos comumente se sentiram excluídos do novo modelo de atenção à hanseníase por causa do preconceito que ainda se encontrava arraigado na população (SAUNDERSON; ROSS, 2002).

No estudo de Moreira (2002), o estigma não foi um fator impeditivo do processo de descentralização: os pacientes de hanseníase aceitaram fazer o tratamento mensal nas unidades de saúde próximas do domicílio e não foi evidenciada na fala dos entrevistados a hipótese de não querer ser rotulado como um doente de hanseníase pelos seus conhecidos locais. Experiências em outros municípios revelaram que a participação da comunidade no processo de integração das ações de hanseníase na Atenção Básica permitiu a boa aceitação da incorporação das novas atividades tanto pela vizinhança quanto pelos próprios pacientes hansenianos (KALK; FLEISCHER, 2004) e Pereira *et al.* (2008, p. 725) destaca

a importância de executar constantemente as ações de educação em saúde como prática que otimiza a adesão ao tratamento e a emancipação do sujeito com hanseníase, devido à superação de limitações provocadas pela doença.

Os principais motivos para a discriminação é a falta de informação sobre a doença e para que a sociedade esqueça a antiga representação da hanseníase, campanhas de mobilização da comunidade devem ser realizadas para divulgar não só

os sinais e sintomas da doença (DIAS; PEDRAZZANI, 2008; KASTURIARATCHI; SETTINAYAKE; GREWAL, 2002), mas principalmente que a hanseníase tem cura, o tratamento é disponibilizado gratuitamente para todos os pacientes nas UBS e que atualmente os pacientes não são mais discriminados (ANDRADE, 2000; WHO, 2004). Assim, essas ações facilitam a desmistificação da doença e fortalece a integração das ações de controle da hanseníase na Atenção Básica (GROSSI, 2008).

Na nossa área, no nosso PSF a gente faz palestra, convida o pessoal da área para fazer palestra explicando que não precisa ter medo, não precisa ter vergonha, que muita gente tem preconceito e hoje não tem mais, já tem cura, antigamente o pessoal tinha um medo porque não tinha cura e hoje a gente explica nas palestras, fazemos peças teatrais em relação à hanseníase. (ACS₈)

Mas para isto é necessário que a divulgação dos sinais e sintomas da doença seja constante para atingir toda a comunidade do município. No caso da microrregião de Almenara, por exemplo, em que o acesso da população à informação da doença é precário, o estigma desfavorece, segundo Fine (2006), a procura espontânea e precoce de uma unidade de saúde, promovendo o diagnóstico tardio. O tempo entre o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas e o diagnóstico possui um importante papel no desenvolvimento dos danos neurais e das incapacidades físicas, pois um dos motivos de discriminação são as incapacidades físicas e as deformidades causadas pelo comprometimento dos nervos periféricos (DIAS; PEDRAZZANI, 2008; VAN VEEN; MEIMA; RICHARDUS, 2006). Portanto, o diagnóstico precoce, o tratamento adequado e a prevenção de incapacidades são medidas essenciais para a redução do estigma na sociedade.

A maioria não sabe muito bem, como que é, o quê que é, às vezes tem a questão do preconceito, tem o problema e fica lá guardando com ele, com medo de ir a unidade, e depois descobrir que tem hanseníase, já tem aquele preconceito da doença de muitos anos que a gente sabe. (ENF₁₀)

A questão socioeconômica e cultural dificulta bastante e às vezes o paciente demora a procurar o serviço médico por uma coisa que para nós é lógico, quando a gente olha fica evidente, mas para ele não é evidente: aquela mancha que não desaparece, o nervo está endurecido, há falta de sensibilidade. Às vezes demora a procurar o serviço, o posto de saúde, isso é um problema que às vezes a gente encara aqui sim. (MED₄)

Os municípios utilizam várias estratégias para divulgarem a hanseníase para a população: realização de palestras na sala de espera enquanto o cliente aguarda atendimento na UBS (G₂, ENF₇); distribuição de folders pelos ACS durante as visitas

domiciliares (G₄, G₅, G₁₁, ACS₂, ACS₈); palestras nas escolas (G₆, ENF₂, ENF₃, ENF₈, ENF₉); palestras em grupos operativos de gestantes, hipertensos e diabéticos (G₆, MED₂, ENF₂, ENF₉, ACS₂, ACS₃); entrevistas na rádio (G₆, G₁₁, MED₂, MED₁₁, ENF₂, ENF₁₀); distribuição de panfletos junto com a conta da COPASA (G₁₁, ENF₉); palestras em Igrejas Católicas (MED₁₁, ENF₃); peças teatrais (ACS₈); divulgação na Feira de Cultura (ENF₅) entre outras. Essas estratégias podem refletir diretamente na procura precoce da UBS para o diagnóstico e o tratamento, facilita a realização de busca ativa e busca dos contatos, e fortalece assim o programa de controle da hanseníase de um município.

Eu acho que a partir do momento que eles tiverem essa consciência da doença, que tem cura, o tratamento é gratuito, eu acho que vai ser mais fácil pra nós na procura dos casos aqui porque muitos mascaram, eles falam que não tem. (ENF₇)

A gente faz campanhas de orientação à população tipo, se você tem uma mancha, olha se você tem sensibilidade ou se não tem, se achar que não tem você procura o seu posto de saúde pro médico estar olhando. Mais na parte de orientação da população sobre a hanseníase. (G₄)

No Sri Lanka foram realizadas extensas campanhas educativas nas rádios, televisão e em pontos de embarque de ônibus para superar os resquícios do estigma ainda existentes na sociedade bem como para fortalecer a integração do programa de hanseníase na Atenção Primária à Saúde ao divulgar que na UBS realizam diagnóstico e tratamento (KASTURIARATCHI; SETTINAYAKE; GREWAL, 2002). Só assim a sociedade estará mobilizada para reconhecer os sinais e sintomas da doença, procurar a unidade de saúde mais próxima da residência se estiver com manchas suspeitas para que seja diagnosticada e tratada e compreenderá que a hanseníase é uma doença que tem cura e que não é mais necessário o isolamento na sociedade (INNIS, 2005; VISSCHEDIJK *et al.*, 2003). Portanto, a abordagem do estigma é de fundamental importância para a desvinculação do termo lepra e hanseníase (MINAS GERAIS, 2007b).

A OMS enfatiza a necessidade de assegurar serviços de alta qualidade para diagnóstico e tratamento da hanseníase, equitavelmente distribuídos e facilmente acessíveis para sustentar as atividades de controle da doença (OMS, 2000). O estudo de Amaral (2008) evidenciou que a hanseníase distribui-se desigualmente no espaço, concentrando-se na porção central e leste da microrregião (FIG. 3) e esse

comportamento epidemiológico da doença na microrregião pode estar sendo influenciado pela organização dos serviços de saúde.

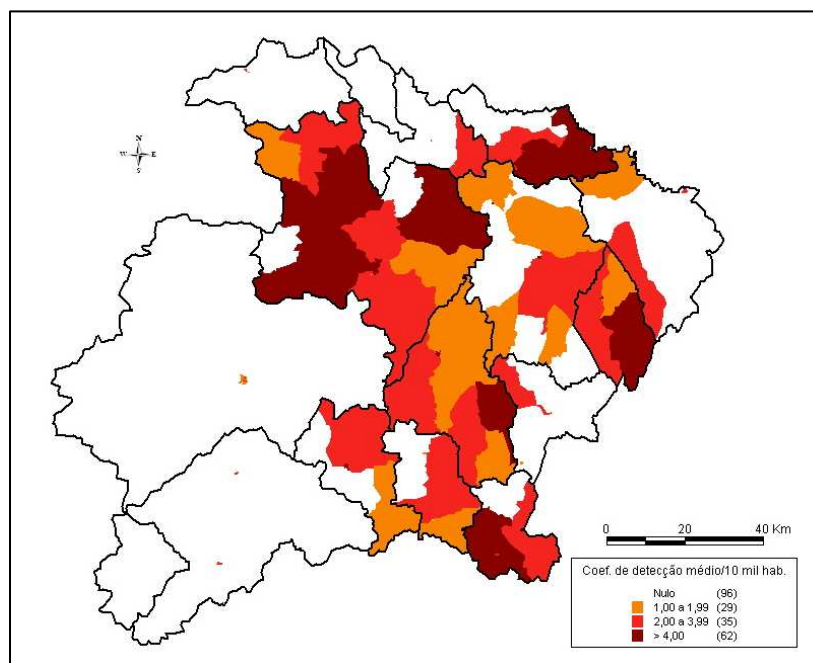


FIGURA 3 - Mapa dos coeficientes de detecção médios da hanseníase dos setores censitários da microrregião de Almenara, 1998-2006

Fonte: AMARAL, 2008, p. 71.

Vimos que para o município ter um programa de controle da hanseníase estruturado não é necessário ter 100,0% da população coberta pelo PSF, uma vez que é um programa que está vinculado às ações das Unidades Básicas de Saúde. O acesso é determinado primeiramente pela priorização desse agravo na política municipal de saúde, pela presença de profissionais de saúde capacitados e comprometidos na realização das ações de controle da doença, pela disponibilização de instrumentos para a realização do exame dermatoneurológico, pelo oferecimento do exame baciloscópico e pela disponibilização de recursos para a divulgação dos sinais e sintomas da hanseníase para a população.

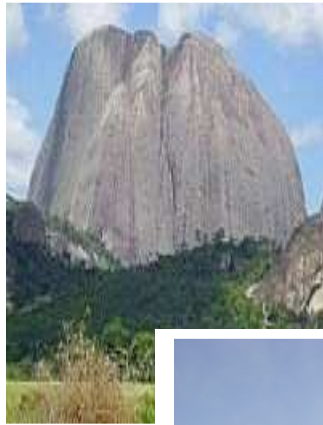
A gente sabe que a distribuição da hanseníase não é homogênea, mas o que eu coloco pros municípios, que eles é que tem que provar isso, tá certo? Então no momento em que ele tem equipes da Atenção Básica todas treinadas pra fazer diagnóstico, tratamento, prevenção de incapacidades, que ele faça divulgação de sinais e sintomas, porque além dele poder fazer diagnóstico e estar curando o paciente, o paciente têm que reconhecer os sinais e sintomas pra ele buscar o diagnóstico. Então, na verdade, enquanto ele não tiver com isso bem organizado, aí eu costumo dizer pros municípios

que o dia quando eles tiverem todas as equipes treinadas, fazendo campanhas de divulgação de sinais e sintomas urbana e rural, utilizando escolas, todos os parceiros, escolas, associações, creches, à medida que eles fizerem essa divulgação ampla por três, quatro anos e tendo as equipes treinadas e que fazem diagnósticos e tendo esse agravo como agravo de relevância local, aí sim, aí é que nós vamos saber quem é quem realmente, se realmente aquele município é um município de poucos casos, ou se realmente aqueles casos, ou seja, existia ali uma prevalência oculta por desconhecimento da população. (G₁₃)

Apesar da diversidade das experiências dos municípios da microrregião de Almenara, a maioria deles mostrou que o processo de descentralização das ações de controle da hanseníase para a Atenção Básica é viável e depende da especificidade de cada local, do engajamento dos gestores e dos profissionais, da disponibilidade dos recursos diagnósticos e terapêuticos.

No próximo capítulo abordaremos a organização tecnológica do processo de trabalho nas ações de prevenção e controle da hanseníase nesses municípios da microrregião de Almenara.

*Organização tecnológica do processo de trabalho
em hanseníase na microrregião de Almenara*



5 ORGANIZAÇÃO TECNOLÓGICA DO PROCESSO DE TRABALHO EM HANSENÍASE NA MICRORREGIÃO DE ALMENARA

Mendes-Gonçalves (1994) conceitua tecnologia como algo que se constitui dentro dos processos de trabalho, considerando as suas dimensões técnicas e sociais e adota duas terminologias para determinar como se articulam os saberes e os equipamentos no processo de trabalho: denomina “tecnologias materiais” para máquinas e instrumentos e “tecnologias não-materiais” para o conhecimento técnico.

Considerando que o PSF configura-se como a principal proposta do Ministério da Saúde para reorganizar a Atenção Básica de acordo com os preceitos do SUS, e para garantir os princípios de promoção e proteção da saúde; prevenção de agravos; diagnóstico; tratamento; reabilitação e manutenção da saúde, essa estratégia possui um caráter substitutivo na organização da assistência em relação à rede de Atenção Básica tradicional, que tem como centro o saber médico e uma clínica baseada no biológico (BRASIL, 2006c). Para alcançar os princípios do PSF foi necessária a formulação de novos arranjos na organização da assistência à saúde e uma mudança no processo de trabalho, que agora conta com uma equipe multiprofissional que trabalha com o conhecimento da vigilância à saúde, instrumentalizado pela epidemiologia e têm suas práticas

dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária [...]. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território (BRASIL, 2006c, p. 2).

Freitas (2007, p. 69) complementa que “o processo de trabalho de assistência à saúde deve ser o de reconhecimento e acompanhamento dos perfis epidemiológicos de cada grupo social homogêneo evidenciado no território”. Como a tecnologia, para Mendes-Gonçalves (1994, p. 18) “refere-se aos nexos técnicos estabelecidos no interior do processo de trabalho entre a atividade operante e os objetos de trabalho, através dos instrumentos”, para analisar o processo de trabalho é preciso determinar as características do objeto de trabalho, as finalidades do

trabalho e a articulação de instrumentos e ações do trabalho sobre o objeto, que conduz ao alcance das finalidades pretendidas.

No trabalho em saúde tem-se como objeto de trabalho indivíduos ou grupos que podem estar doentes, sadios ou expostos a riscos, ou seja, o objeto desse processo está baseado nos perfis epidemiológicos da população; os meios de trabalho correspondem aos saberes e instrumentos utilizados pelos profissionais e a finalidade é a assistência à saúde cujas ações devem incidir sobre as necessidades evidenciadas pelo objeto de trabalho (LEITE¹⁸, 2001; MALTA¹⁹, 2001 apud MALTA; MERHY, 2003; QUEIROZ; SALUM²⁰, 1997 apud FREITAS, 2007).

Na microrregião de Almenara, devido a sua endemicidade, a hanseníase configura-se como um objeto do trabalho em saúde. Neste capítulo analisaremos como os profissionais de saúde e gestores “recortam e transformam” o objeto, definem o modelo assistencial, quais são os meios de trabalho utilizados para alcançar a finalidade, que é a realização das ações de prevenção e controle da doença preconizadas pelo Ministério da Saúde²¹.

5.1 Modelo assistencial na atenção à hanseníase

Modelos assistenciais ou modelos de atenção podem ser definidos, segundo Paim (2004), como combinações de técnicas e tecnologias utilizadas para organização dos serviços de saúde para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas que compõem o perfil epidemiológico de uma dada população.

¹⁸ LEITE, J. C. A. **O trabalho da enfermeira na equipe de Saúde da Família em busca da interdisciplinariedade**. 2001. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da UFMG, Belo Horizonte, 2001.

¹⁹ MALTA, D. C. **Buscando novas modelagens em saúde, as contribuições do Projeto Vida e Acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996**. 2001. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2001.

²⁰ QUEIROZ, V. M.; SALUM, M. J. L. Globalização econômica e a apartação na saúde: reflexão crítica para o pensar/fazer na enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 48., 1997, São Paulo. **Anais...** São Paulo: ABEn-Seção SP, 1997, p. 190-207.

²¹ São considerados ações de controle da hanseníase: divulgação, suspeita diagnóstica, encaminhamento para confirmação diagnóstica, diagnóstico, tratamento, vigilância de contatos, tratamento de reações e neurites, prevenção e tratamento de incapacidades, esquemas alternativos e reabilitação.

Na microrregião de Almenara, a hanseníase é endêmica e configura-se como um problema de Saúde Pública. O estudo de Amaral (2008), ao analisar a distribuição espacial dos casos de hanseníase da microrregião de Almenara notificados entre 1998 a 2006, foi identificada a presença de dois *clusters*, conforme pode ser verificado na FIG. 4, um *cluster* com casos acima do esperado, que engloba os municípios de Jacinto e parte dos municípios de Almenara, Jequitinhonha, Rubim e Santo Antônio do Jacinto e Santa Maria do Salto e outro conglomerado com coeficientes abaixo do esperado, formado por Monte Formoso e parte dos municípios de Joáima e Jequitinhonha.

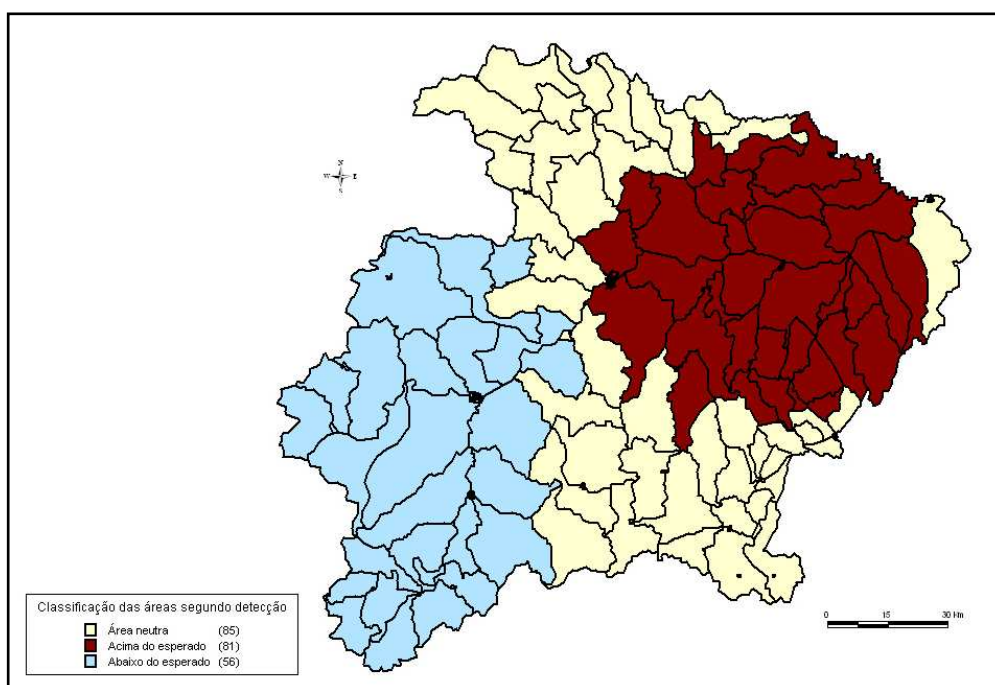


FIGURA 4 - Distribuição dos setores censitários da microrregião de Almenara segundo aglomerados de detecção da hanseníase

Fonte: AMARAL, 2008, p. 75.

Esse autor sugere que existe uma relação entre a força de transmissão da doença com a organização dos serviços de saúde. Inclusive um profissional de um município hiperendêmico também faz a seguinte relação:

A região não é endêmica? Os casos não existem? Onde não tem casos, não é porque não existe, é porque não está sendo feito o diagnóstico, o raciocínio é lógico entendeu? (MED₁₀)

Desse modo, os municípios que se enquadram no *cluster* “acima do esperado” podemos inferir que possuem serviços de saúde mais eficientes nas ACH. Segundo Paim (200-?), a configuração dos modelos de atenção ou de intervenção das necessidades de saúde de uma população depende do contexto histórico e da combinação de tecnologias que organizam os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas em saúde.

A integração das ações de prevenção e controle da hanseníase na Atenção Primária à Saúde é a melhor estratégia para alcançar o controle da doença em áreas endêmicas uma vez que o processo de integração está ancorado nos princípios da equidade e da acessibilidade: as atividades de diagnóstico e tratamento estão próximas à comunidade, sendo ofertadas juntamente com os demais programas realizados pelos serviços de saúde, disponíveis em todos os dias de funcionamento das unidades de saúde, tornando-se assim uma doença que não necessita de serviços oferecidos por centros de referência (FEENSTRA; VISSCHEDIJK, 2002; SOUTAR, 2002; VISSCHEDIJK *et al.*, 2003). De acordo com Grossi (2008, p. 781),

o principal aspecto que tem facilitado a integração das ACH na Atenção Básica, sem dúvida, é a implantação da Estratégia do Programa de Saúde da Família que aproximou, também, a pessoa com hanseníase da assistência necessária.

O processo de integração das ações de prevenção e controle da hanseníase na Atenção Básica requer uma preparação e planejamento apropriados para o contexto local (VISSCHEDIJK *et al.*, 2003). Devido o processo de descentralização das ACH ocorrer de forma distinta de acordo com o local e o momento histórico (FUZIKAWA, 2007), encontramos na microrregião de Almenara, “municípios que estão mais avançados, tem municípios intermediários e tem municípios que ainda estão muito acanhados” (G₁₃).

Poderíamos dizer que entram no grupo dos “municípios avançados” Jacinto, Jordânia, Santa Maria do Salto, Palmópolis e Rubim. Almenara, por ser o município que deteve 48,3% (n = 429) dos casos diagnosticados na microrregião no período de 1998 a 2006, realizaremos a discussão do modelo assistencial isoladamente.

Em todos esses municípios, exceto em Almenara, a atenção à hanseníase é descentralizada nas unidades de PSF e todos possuem uma cobertura de PSF de 100,0% da população, tanto urbana quanto rural. Para planejar essa

descentralização, os municípios contaram com o apoio da GRS de Pedra Azul, que forneceu a capacitação para os profissionais médicos e enfermeiros, pois em um serviço de hanseníase integrado na Atenção Básica as ações de prevenção e controle são desempenhadas por profissionais de saúde generalistas (VISSCHEDIJK *et al.*, 2003). Com esse treinamento, foi dada a largada rumo à descentralização. Para sustentar as atividades de controle da hanseníase em um modelo de atenção integrado às ações da Atenção Básica, preconiza-se que haja uma referência para prover suporte e supervisões às equipes da Atenção Básica como, por exemplo, conduzir os casos com complicações (SAMY, 2007; VISSCHEDIJK *et al.*, 2003).

O primeiro município a ter as ações de hanseníase descentralizadas na rede da Atenção Básica foi Rubim, no ano de 2005. Em 2006, os demais municípios iniciaram o processo de descentralização. Uma característica importante desse processo de descentralização foi que os municípios, exceto Palmópolis, mantiveram uma equipe de referência para dar apoio às equipes de PSF:

Depois com a vinda dos PSF's e com o treinamento do pessoal, então ficou mais fácil pra gente. Então todos os profissionais do PSF hoje, todos eles fizeram o curso, fizeram o treinamento de ações de controle. Então todos os médicos do PSF fazem diagnósticos e a gente acompanha e a gente se reuni toda sexta-feira à tarde, a gente se reuni quando tem caso, né? (ENF₅)

Em Rubim, a estratégia da referência funciona da seguinte maneira: as unidades de PSF realizam a suspeita diagnóstica e encaminha o cliente para um grupo de profissionais (inclusive o que fez a suspeita também participa desse grupo) que farão a confirmação do diagnóstico. Nesse grupo é feita a discussão do caso, os profissionais (médicos e enfermeiros) realizam, em conjunto, o exame dermatoneurológico, para que todos coloquem em prática todo o conhecimento técnico aprendido nos cursos de capacitação e assim, adquiram mais experiência no atendimento ao cliente hanseniano. Essa é a forma que os profissionais da Atenção Básica encontraram para adquirir confiança e experiência no manejo da hanseníase, ao passo que, se o atendimento fosse restrito em cada UBS, as dúvidas poderiam persistir e provavelmente os profissionais lidariam com muito menos casos de hanseníase ao longo da carreira. É comum essa articulação entre os profissionais da equipe durante os atendimentos "para trocar informações, visando, principalmente, ao esclarecimento de dúvidas" (SILVA; TRAD, 2005, p. 29).

A gente reuniu e achou que era uma boa idéia pra gente tá discutindo o caso, de não ficar aquela questão eu aprender sozinho sem muita experiência e ficar na dúvida, o outro colega atender sozinho sem muita experiência e também ficar na dúvida. (MED₄)

Anteriormente, inclusive os contatos dos casos confirmados eram encaminhados para esse grupo para serem submetidos ao exame dermatoneurológico. Agora, os profissionais de saúde já estão aptos e realizam o exame dos contatos e o seguimento do tratamento dos clientes nas suas unidades de PSF. Em caso de surto reacional que o cliente é novamente encaminhado para o grupo (G₃, MED₄, ENF₅):

Ainda é meio centralizado assim, na medida em que a gente se reuni para poder firmar diagnóstico, pra poder fazer exame de contato de alguns, mas agora já está bem descentralizado. No começo não, todos os pacientes, todos, inclusive os contatos, vinham pra cá pro grupo na sexta-feira. Agora só os pacientes em início de tratamento que vem pro grupo ou alguém que está tendo alguma reação, alguma coisa vem pro grupo, mas os contatos já não vem mais. Os contatos são examinados nas unidades. (ENF₅)

Depois que a gente formou o grupo é quando a gente está identificando um caso dentro do PSF, a gente está marcando esse paciente pra fazer uma avaliação com todo mundo, entendeu? Então eu achei que ficou mais seguro pra gente e pro paciente também. Aí o seguimento do paciente é feito em cada PSF, no primeiro momento. Se houver alguma intercorrência a gente o traz pro grupo novamente, né? Depois que ele sai daqui com o diagnóstico e determinou se é multi ou pauci, vai começar com o tratamento e começou a fazer medicação, depois as doses supervisionadas são feitas dentro de cada PSF, de cada área acompanhada pelo médico e enfermeiro da própria área, né? Com o conhecimento do agente de saúde, do auxiliar de enfermagem, toda equipe participando e em casos de alguma intercorrência a gente faz a avaliação, mas traz ele pro grupo de novo, pro grupo estar avaliando também. (MED₄)

Em Jordânia, cada unidade de saúde era responsável pela realização das ações de controle da hanseníase até que a GRS de Pedra Azul solicitou a indicação de um profissional médico e um enfermeiro para constituírem a referência do município para discussão clínica de casos e para tratamento de surtos reacionais. A partir de então, o caso que é detectado nas unidades de PSF, é encaminhado para a referência e esse cliente continua o tratamento nessa unidade de referência (G₈). Isso foi um retrocesso, pois o cliente deveria ser contra-referenciado para a unidade de saúde mais próxima da residência para dar seguimento ao tratamento.

Ficou assim: cada PSF ficou com a responsabilidade de diagnosticar, detectar os casos de hanseníase. Em algumas situações, dependendo do profissional, diante de alguma dúvida ele encaminha pra cá, pro nosso PSF.

Geralmente tem acontecido isso. Geralmente quando eles encaminham acabam tratando aqui. (ENF₉)

Da forma como o programa de hanseníase está atualmente estruturado, o município está desconsiderando a equidade, princípio doutrinário do SUS, que preconiza que os serviços de saúde sejam mais acessíveis e por isso as ações de controle da hanseníase devem ser descentralizadas para a Atenção Básica. E isso não significa que não são mais necessários os serviços de referência, pelo contrário, em um serviço de hanseníase integrado na Atenção Básica os profissionais mais experientes são fundamentais no processo de descentralização, principalmente para supervisionar o trabalho das equipes de PSF e conduzir os casos com complicações (FEENSTRA; VISSCHEDIJK, 2002).

Paciente tem que fazer o diagnóstico e tem que tratar próximo do domicílio dele, quer dizer, o serviço centralizado vai ser um serviço, como por exemplo, no caso das reações, das neurites, que seria nesse serviço onde os profissionais têm um maior conhecimento, né? Ou quando a equipe do PSF tem dificuldade em fechar um diagnóstico, derrepente, a equipe vai lá ao serviço centralizado pra poder levar o caso, discutir o caso. (G₁₃)

Esse é o modelo ideal para a referência de hanseníase e é o que foi implantado em Santa Maria do Salto. Anteriormente só havia uma unidade de saúde que realizava atendimento aos hansenianos, e, com o processo de descentralização, os profissionais dessa unidade foram indicados para ser a referência municipal da hanseníase, com a finalidade de discutir os casos junto aos profissionais do outro PSF, no entanto não houve a centralização do tratamento, ou seja, ao confirmar o diagnóstico de um caso na referência, o cliente é novamente encaminhado para a unidade de origem para completar o tratamento (ENF₈). Esse município também manteve uma unidade para a referência do PSF já que é um município prioritário para o controle da hanseníase e, historicamente, sempre teve muitos casos.

Então foi uma orientação da própria Regional, mas foi uma coisa que foi treinando cada um e aí a gente foi e descentralizou porque também a gente não soltou o pessoal assim, descentralizou, mas soltou não. (ENF₈)

E a organização dos serviços de saúde, em especial do programa de prevenção e controle da hanseníase, foi o responsável pelo aumento do número de casos em Jacinto, que inclusive foi considerado pela SES/MG prioritário para o controle da doença no Vale do Jequitinhonha. Mas o que foi feito nesse município

que fez surgir em tantos casos? Primeiramente, os profissionais de saúde foram sensibilizados em um curso de ações de prevenção e controle da hanseníase que teve no município de Almenara, em 2005. Esses profissionais “vestiram a camisa”, seguiram as orientações do curso, organizaram os serviços de saúde e descentralizaram a atenção à hanseníase para as unidades de PSF:

Cada PSF fazia suas ações independentes uma das outras, não era uma coisa organizada com fluxo, não tinha isso não, era independente, cada um ia lá diagnosticava, tratava e tal, não tinha uma organização não, era isolado, cada um fazia suas ações isoladas. (G₉)

Mas essa descentralização ocorreu de forma aleatória e não houve uma supervisão, por isso cada UBS realizava isoladamente as ações de hanseníase. Mendes-Gonçalves (1994) recomenda a necessidade de uma supervisão técnica de um processo de trabalho para obter a boa qualidade desse. No ano de 2007 o município de Jacinto iniciou o processo de organização da descentralização da hanseníase. Primeiramente, foi realizada a capacitação de todos os profissionais de saúde de nível superior (inclusive odontólogos) para depois partirem para a capacitação dos ACS, auxiliares e técnicos de enfermagem, profissionais da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), profissionais da limpeza e professores de Ensino Fundamental e Médio. Após todos os profissionais sensibilizados, o município partiu para a mobilização da comunidade. Foram utilizadas diversas estratégias como: entrevistas na rádio, palestras sobre hanseníase nos grupos de hipertensos e diabéticos, distribuição de panfletos e orientações dos ACS durante as visitas domiciliares (G₉).

Esse município adotou uma política de supervisão das ações de controle da hanseníase desempenhadas pelos profissionais da Atenção Básica (MOREIRA, 2002), como “a descentralização é o PSF correr atrás, só que o PSF não corre atrás sem estímulo” (MED₁₀), foi criada uma equipe municipal de referência para a hanseníase, que serve de apoio para os profissionais do PSF.

A partir agora de 2007 a gente organizou a referência e organizou realmente a descentralização, sendo que quando tem dúvida, que encaminha para a referência, a gente pega esse profissional, médico, enfermeiro também que está tendo a dúvida e vai avaliar o paciente junto na referência. Até pra ter uma discussão de caso, né? A gente faz dessa forma. (G₉)

Não precisou criar um centro de especialidade, nada disso, foi o PSF, só que aí eu depois vou chamar esse paciente num momento, vou sentar com ele, faço uma avaliação também completa de estesiometria, acuidade visual,

tudo. Não no sentido assim: Vamos conferir! Nada disso, todos sabem praticamente a mesma coisa de hanseníase, mas no sentido o seguinte: como estes profissionais derrepente têm lidado menos com hanseníase é uma questão de treinamento, palpação de nervos é uma coisa difícil, se achou que estava espessado, eu não achei. Então a gente está fazendo centralizando um pouquinho no sentido de estar sendo um pouco um tutor, ser um pouco assim uma referência, mas o trabalho é dos postos. (MED₁₀)

A fórmula do sucesso do programa de controle de hanseníase de Jacinto foi baseada em um modelo misto, que não é nem centralizado e nem descentralizado. Esse modelo tem quatro pilares: profissionais sensibilizados e comprometidos “olhos atentos, vigilância constante” (MED₁₀), equipes de PSF integradas, comunidade mobilizada e trabalho por resultados.

Eu acho que o segredo de hanseníase é isso: eu acho que as prefeituras e as secretarias tem que cobrar resultados dos profissionais, tem que capacitar esses profissionais e uma vez capacitados centralizar apenas no sentido assim de ter uma referência, só isso, o resultado é fantástico. (MED₁₀)

E são falhas nos pilares de sustentação do programa de hanseníase que caracterizam os serviços de saúde dos municípios que pertencem ao *cluster* de casos abaixo do esperado: Monte Formoso e Jequitinhonha.

Jequitinhonha é um município grande, que tem gente treinada, mas também não acha os casos. Aparece um, dois casos por ano e são casos assim com grau II. Então a gente vê que ele tem uma prevalência oculta, é um município que não decola também. (G₁₃)

O próprio discurso dos gestores e profissionais confirma que esses municípios estão despreparados para lidar com a hanseníase (G₁, G₂, MED₃):

Não tem trabalho estruturado não, nós não temos, é o que eu te falei, aqui é a demanda espontânea. Chegou o caso, a suspeita, a gente providencia, tenta esclarecer o diagnóstico como nossos casos aí todos surgiram de demanda espontânea, quer dizer, nós não temos aquela procura do problema. E o programa de hanseníase reza principalmente essa busca, essa procura desses pacientes que não são descobertos, né? E nós não temos esse programa aqui não. E te confesso, não há um acompanhamento, não há um serviço assim integrado de hanseníase, nem na nossa unidade, nem na região. (MED₃)

O trabalho da hanseníase, nós acreditamos nas equipes de PSF e deixamos que cada um fizesse o seu trabalho de descoberta de casos novos, de avaliação de contatos, de acompanhamento até das pessoas doentes em tratamento, mas nós chegamos numa conclusão de que infelizmente nem todos os profissionais das equipes de PSF estão capacitados, então eu vejo o nosso programa de hanseníase precisa de ser muito melhorado, porque nem todas as equipes estão preparadas pra o atendimento aos hansenianos. (G₂)

Os profissionais que atuam em Jequitinhonha e Monte Formoso apontam que não existe organização do serviço de saúde e nem capacitação dos profissionais para realizar as ACH. Nessas situações, torna-se necessário questionar sobre a real situação epidemiológica da doença (HELENE *et al.*, 2008), principalmente em Monte Formoso, município que nunca diagnosticou um caso da doença em sua comunidade.

A presença de equipes da Atenção Básica despreparadas para o controle da hanseníase explica os dados epidemiológicos de Jequitinhonha: foi responsável por 1,9% (n = 17) do total de casos diagnosticados na microrregião de Almenara entre 1998 a 2006, quatro casos foram diagnosticados com formas PB e 70,6% (n = 12) dos casos foram diagnosticados já com de incapacidade grau I e II (AMARAL, 2008). A alta proporção de incapacidades entre os casos novos indica que as atividades do programa de controle da hanseníase estão fracas e necessitam ser fortalecidas para promover o diagnóstico precoce e tratamento para todos os casos na comunidade (WHO, 2004).

Esses municípios poderiam se espelhar na experiência positiva de outros municípios da região: primeiramente realizar uma parceria com a GRS de Pedra Azul para capacitar os profissionais de saúde, formar uma equipe de referência para a hanseníase com o objetivo de integrar e apoiar o trabalho das unidades de PSF, discutir casos para esclarecer dúvidas quanto à realização do exame dermatoneurológico, sensibilizar os ACS, mobilizar a comunidade com palestras, orientações durante a visita domiciliar, entre outras estratégias.

Então, eu acho que se houver um interesse maior da autoridade competente a nível regional, já seria um começo muito grande pra que a gente fizesse isso, oferecendo pra gente treinamento pro pessoal, pra que a gente pudesse desenvolver esse trabalho porque eles não podem nem realmente cobrar um trabalho nessa área se nós não temos os elementos com capacidade pra fazer o trabalho. (MED₃)

Eu sentiria mais confortável se tivesse uma equipe multiprofissional no município pra gente tá buscando informações ou tá trabalhando esse assunto aí mais de uma forma mais efetiva, eu acho que falta isso. (ENF₃)

No município considerado "intermediário" no controle da hanseníase, Salto da Divisa, mesmo ocorrendo falhas na organização do programa de hanseníase, os profissionais estão diagnosticando os casos, porém em formas clínicas avançadas, com incapacidades físicas já instaladas. O diagnóstico precoce de casos é essencial para o sucesso do controle tanto da doença quanto de suas complicações

(BYAMUNGU; OGBEIWI, 2003). Amaral (2008) revelou que nesse município nenhum caso foi diagnosticado na forma indeterminada, que é a forma inicial da doença. Em Salto da Divisa os profissionais são capacitados, o atendimento da hanseníase é descentralizado nas unidades de PSF, mas não há integração entre as equipes, inclusive os profissionais da mesma equipe têm dificuldades de programar as atividades da unidade. Outro agravante é que os profissionais ainda não realizaram divulgação dos sinais e sintomas da doença para a comunidade e o desconhecimento da população é um dos fatores que impedem o diagnóstico precoce.

Salto da Divisa é um município que a gente sabe que têm casos, mas que o serviço não tem decolado, não tem buscado esses casos e a gente vê que é uma demanda espontânea muito acanhada, por falta de campanhas de divulgação de sinais e sintomas. Busca ativa mesmo não tem feito. (G₁₃)

O próprio gestor identifica problemas na integração das ACH na Atenção Básica e devido ao baixo envolvimento dos profissionais de saúde nesse programa, não há o desenvolvimento de ações, como a divulgação da hanseníase para a comunidade, que segundo Moreira (2002), essas atividades de sensibilização podem fortalecer as ACH no município.

Diante do que foi exposto, podemos afirmar que os municípios de Salto da Divisa e Jequitinhonha possuem uma concepção fragmentada da finalidade do processo de trabalho em hanseníase, ou seja, realizam ações pontuais de diagnóstico e tratamento, não contemplando todas as atividades de prevenção e controle da doença que são preconizadas pelo MS. Em contrapartida, Jacinto, Santa Maria do Salto, Rubim, Palmópolis e Jordânia conseguem enxergar que a finalidade do trabalho em hanseníase é o controle da doença, e, para alcançar esse fim, é necessário realizar, além do diagnóstico e tratamento, ações de educação da comunidade, busca dos contatos, prevenção e tratamento de incapacidades e manter uma equipe de referência municipal para discussão de casos e confirmação de diagnóstico.

Monte Formoso, por ser um município silencioso, a hanseníase não se constitui um objeto de trabalho em saúde, mas os pesquisadores, durante a visita ao município para a coleta de dados, conseguiram sensibilizar o gestor e os profissionais de saúde quanto à importância da doença na microrregião:

Eu queria agradecer porque eu acho que essa iniciativa, essa pesquisa vai mudar alguns olhares a partir de hoje. Gostei demais, demais mesmo da presença de vocês aqui, porque às vezes a gente tem um pensamento, mas precisa de que pessoas de fora venham pra sensibilizar. Então achei muito importante a presença suas aqui pra isso, quem sabe a partir de agora a gente tenha um olhar diferente pra esse agravo que tava realmente um pouco esquecido né, que a gente tenha capacitação de profissionais pra atualizar isso aí e leve o programa com maior seriedade né, atentando que o agravo existe, na realidade tá um pouquinho esquecido, né? (ENF₁)

Eu, no meu ponto de vista, como você hoje mesmo me pegou de surpresa sobre hanseníase, eu provavelmente a partir desse momento que eu sair dessa sala eu vou procurar minha enfermeira, vou tentar me informar mais e, a partir de hoje, é tentar, a partir de hoje não, que eu acho assim, que não deve ser somente hoje por causa dessa entrevista, mas sempre tentar melhorar o meu trabalho porque cada dia que passa é uma coisa nova no nosso trabalho. Então sempre tá empenhando pra aprender e pra também passar para população. E a partir desse momento que eu sair daqui, provavelmente vou procurar minha enfermeira chefe pra me informar mais sobre hanseníase, não por falta de informação, mas tentar aprender mais, que com certeza eu estou deixando escapar algumas coisinhas. Porque aqui, como eu te disse, eu não mexo muito com hanseníase, mas deveria porque é uma função minha, mas é porque pela minha área não ter, pelo menos assim, nos quatro anos que eu trabalho, eu não ter visto nenhum caso, às vezes a gente deixa assim um pouquinho de lado, mas tá precisando sim, com certeza, a partir desse momento vou me informar mais e agora prestar mais atenção. Chegar, pedir as pessoas, deixa eu olhar, tem alguma manchinha e tal. (ACS₁)

Assim, ao analisar a forma como os municípios organizam para a produção e distribuição do atendimento à saúde,

é fundamental que se tenha claro que este se dá e um determinado contexto social, onde as determinações de diferentes ordens (sociais, políticas, econômicas, técnicas) se fazem presentes, num jogo constante de forças, que encaminham a construção de determinada prática social, neste caso específico, a prática de saúde (MISHIMA *et al.*, 1997, p. 279).

5.1.1 Modelo assistencial na atenção à hanseníase no município de Almenara

Em Almenara, até o ano de 2005 a atenção à hanseníase era totalmente centralizada no Centro de Especialidades Médicas e essa centralização era responsável pelo desinteresse dos profissionais da Atenção Básica com a doença (G₁₁). Em 2005, a Secretaria Municipal de Saúde decidiu descentralizar as ACH e o processo foi iniciado com a capacitação dos profissionais das equipes de PSF: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ACS. Houve vários obstáculos durante o processo de descentralização porque os médicos das unidades básicas

estavam tendo dificuldades no manejo da hanseníase e outros até recusavam realizar este tipo de atendimento, por isso foram necessários mais treinamentos para que os profissionais se sentissem capazes das novas responsabilidades e assim permitir a implantação das ACH na Atenção Básica (G₁₂). VISSCHEDIJK *et al.* (2003) afirmam que o adequado treinamento dos profissionais de saúde é um dos fatores que influenciam diretamente no sucesso do processo de integração das ações de hanseníase na Atenção Básica. Depois de todos os profissionais capacitados, as equipes de PSF iniciaram a sensibilização da comunidade:

Nós começamos a fazer sensibilização por bairros, cada unidade de saúde da família fazia uma sensibilização, chamando as pessoas que tinham manchas e a partir começou mesmo o processo da descentralização e da realização de diagnóstico [...], nós conseguimos fazer uma mobilização muito grande na cidade, aquele período conseguimos descentralizar, tivemos vários casos novos diagnosticados, muito embora tivemos uma restrição, assim uma certa indisposição com médico que é da referência. (G₁₁)

Eu acho que com o processo da descentralização a gente levou mais conhecimento pra população de que realmente é a hanseníase, aquele que vai à unidade está vendo um cartaz ou tem um agente passando na casa e falando de hanseníase. (G₁₁)

E a partir desta intensificação dos treinamentos, os médicos do PSF começaram o atendimento à hanseníase, fizeram diagnósticos e acompanhamento do tratamento (G₁₂). Os investimentos na capacitação dos profissionais e na realização de campanhas educativas para a comunidade refletiram no aumento do número de casos diagnosticados no ano 2005 (57 casos novos) em relação ao ano anterior (47 casos diagnosticados no ano de 2004) (AMARAL, 2008, p. 58). Esses são os resultados que são esperados quando os profissionais de saúde são adequadamente treinados, pois eles se tornam capazes de realizar o diagnóstico e tratamento na Atenção Primária à Saúde (VISSCHEDIJK *et al.*, 2003). Mas em Almenara ainda são encontrados casos que poderiam ser resolvidos nas próprias unidades de PSF, mas são encaminhados para a referência devido ao despreparo médico.

Tem casos que aparecem aqui que já passou por vários médicos e não foi diagnosticado. Às vezes são manchas bem características, o paciente está queixando que não está tendo sensibilidade e às vezes parece que não teve assim aquele interesse, ninguém perguntou direitinho, examinou direitinho, sabe? Já chegou caso de paciente vir com uma sequela mesmo, já vir com aquela mão em garra, né? Ou aquele pé sem sensibilidade e que não foi

diagnosticado nas unidades. Passou pelos médicos das unidades da família, mas não foi diagnosticado. (ENF₁₂)

O que dificultou o fortalecimento da descentralização das ações de controle da hanseníase foi a resistência do médico da referência, que foi contra a descentralização por receio de como seria o acompanhamento do cliente na UBS, com medo do cliente evoluir para um surto reacional e os profissionais não saberem conduzir o caso. No processo de descentralização do município de Betim, Minas Gerais, também aconteceu a mesma situação: os profissionais do centro de referência tinham resistência em mandar os pacientes para as UBS por isso mantinham os pacientes em tratamento nesta unidade devido ao receio quanto ao preparo dos profissionais que estavam recém-capacitados (FUZIKAWA, 2007).

Além disso, alguns médicos da Atenção Básica ainda acreditam que a hanseníase deve ser atendida por especialistas (MED₅). De acordo com Moreira (2002, p. 43), a presença de um centro de referência em hanseníase, "onde o atendimento é centrado no profissional médico com especialidade em dermatologia tem levado os médicos generalistas à não assumirem o atendimento dos doentes de hanseníase na rede básica de saúde". Mas o ideal seria que os profissionais dos serviços verticais de atendimento da hanseníase fossem parceiros no processo de integração das ações na Atenção Primária e motivados o suficiente para minimizar as resistências dos demais profissionais a essa mudança (RAO *et al.*, 2002). Outros países também enfrentaram dificuldades no processo de integração do programa de hanseníase, principalmente com a resistência dos profissionais de saúde e até de gestores. Esses não admitiam que a doença fosse um problema básico de saúde e defendiam que a hanseníase que devia ser atendida em instituições especializadas (KASTURIARATCHI; SETTINAYAKE; GREWAL, 2002). Grossi (2008, p. 781) complementa:

Os fatores que têm dificultado esta integração são, dentre outros: [...] a visão antiga de que o controle dessa doença é de responsabilidade de centros especializados e não da Atenção Básica; a dificuldade do serviço de referência de entender e incorporar o seu novo papel de repassar experiência e apoiar a Atenção Básica, e não mais de assumir integralmente o tratamento; a formação dos profissionais de saúde voltada para a especialização e ainda, a falta de informação atualizada sobre a hanseníase mantendo, entre os profissionais de saúde, o preconceito contra o doente.

É evidente que os serviços centralizados não possuem a infra-estrutura necessária para realizar sozinho os atendimentos de hanseníase para toda a população de um país, estado ou município (MALLICK, 2003). No município de Almenara, inclusive foi necessária a intervenção da GRS de Pedra Azul para mostrar que a referência não tem capacidade operacional para atender toda a população do município (G₁₁, G₁₂). Na visão dos gestores desse município, o papel da referência em um modelo descentralizado da atenção à hanseníase seria:

Na minha expectativa eu queria que o paciente chegasse, desse entrada na unidade se o médico tivesse dificuldade com relação ao diagnóstico, né? Ele encaminharia pra referência, ou então intercorrência, qualquer coisa é que ele não tivesse, tivesse dificuldade e se reportasse ao médico de referência. (G₁₂)

A unidade de referência de hanseníase também é responsável pelo atendimento dos 35,0% da população que não é vinculada ao PSF. O restante da população é atendida nas Unidades Básicas de Saúde e o grande desafio do município de Almenara é a garantia do acesso às ACH de qualidade nas unidades de PSF.

Eu tenho hoje sete unidades básicas que fazem inclusive o trabalho da hanseníase, algumas mais desenvolvidas, outras sem aquele desempenho que a gente esperava no processo da descentralização. (G₁₁)

O centro de referência ele atende, os casos são referenciados por todas outras unidades básicas, da saúde da família, do PACS, que não dão conta de resolver o caso, que não dão conta de realizar o diagnóstico, que tem dúvidas são encaminhadas aqui pra referência, além de todos aqueles outros casos que não tem cobertura da Atenção Básica, entendeu? (G₁₁)

Na verdade, o município de Almenara possui dois modelos de atenção à hanseníase: um modelo descentralizado, que atende a população que é coberta pelas ações do PSF, e um modelo centralizado, que atende a população que não é cadastrada no PSF. A manutenção do modelo vertical de atendimento à hanseníase não favorece o acesso da população ao diagnóstico e tratamento na fase inicial da doença (MOREIRA, 2002) e dificulta a realização de busca ativa, de busca dos contatos, ações educativas porque o centro de referência não possui profissionais que possam realizar tais atividades, contribuindo para a existência de uma prevalência oculta nessas regiões que não possuem equipes de PSF.

Outros fatores que possam dificultar atenção a hanseníase acredito que também pelo fato de nós não termos uma cobertura de 100,0% hoje de

unidade de saúde, entende? [...] Eu acho que à medida que nós conseguirmos aumentar nossa cobertura, mais pelo menos quatro equipes de saúde da família, eu acho que a gente consegue melhorar esse trabalho, por exemplo, zona rural eu acho que se nós tivéssemos hoje uma Equipe de Saúde da Família que atendesse zona rural, por exemplo, o distrito de Sarcode, Pedra Grande, a gente conseguiria melhorar um pouco mais e ter resgatado ou ter realizado novos diagnósticos, derrepente até reduzir esses graus de incapacidade. (G₁₁)

Eu acho que o trabalho daqui a gente trabalha mais a questão do tratamento, né? É oferecer medicamento, oferecer trabalho, tem o médico, tem a fisioterapeuta que dá o suporte, tem a questão das orientações pra evitar mais sequelas, né? Dos pacientes que já chegam com a hanseníase, a gente trabalha essa questão da orientação como eu te falei é se ele está sentindo alguma coisa com relação ao medicamento ele procurar o serviço. É as orientações com relação ao tipo de calçado, os cuidados com os pés, né? Na família pra estar olhando sempre se alguém vai aparecer alguma manchinha, procurar o serviço, se não aqui mas tem a unidade de saúde, procurar essa unidade de saúde. As orientações que a gente dá são essas, são mínimas, né? Mas é mais com relação a doença já instalada. (ENF₁₂)

A descentralização efetiva das ACH ocorrerá quando o município alcançar 100,0% da população coberta pelo PSF, e quando isso acontecer, o programa de controle da hanseníase estará bem mais estruturado e fortalecido, com as UBS responsáveis pela busca ativa, sensibilização da comunidade, diagnóstico, tratamento, prevenção de incapacidades e exame de contatos. Nesse modelo, espera-se que os casos sejam diagnosticados precocemente, nas formas clínicas paucibacilares, sem incapacidades físicas no diagnóstico, alta cobertura do exame de contatos e baixa proporção de abandono do tratamento. E a unidade de referência ficará para atender os casos que as unidades de PSF não conseguem confirmar o diagnóstico, atender os clientes em surtos reacionais, oferecer serviços de reabilitação, e serem os responsáveis pela educação continuada dos profissionais do município.

Eu vejo que foi uma idéia excelente, descentralizar porque quando você centraliza fica mais difícil a detecção, fica mais difícil o tratamento, porque sobrecarrega aquele setor desde o momento que você descentraliza é mais fácil à detecção porque, né? São vários profissionais em prol de uma questão, né? (ENF₆)

A descentralização eu vejo com bons olhos, né? Porque quando descentraliza, as unidades de saúde elas estão mais ligadas às famílias, né? Mas dificultou no sentido de que o que a gente percebe é que não há ainda um compromisso de todos os profissionais, né? (ENF₁₂)

Os profissionais precisam reconhecer que na atual organização dos serviços de saúde do Brasil, a hanseníase é “encarada como um problema básico de saúde, ela está envolvida nos atendimentos básicos e, portanto é vinculada ao Programa de Saúde da Família” (MED₆). No ano de 2007, na reunião do Conselho Municipal de Saúde foi discutido que os pacientes de hanseníase devem ser atendidos pelos médicos do PSF. Discutiu-se o despreparo médico para a realização do diagnóstico, mas o presidente do Conselho afirmou que os médicos “são treinados e temos uma referência técnica para as dúvidas, pois fica muito caro manter um médico só para a hanseníase” (ALMENARA, 2007a).

Os serviços verticais para o atendimento da hanseníase possuem várias limitações como o alto custo para financiamento de seu funcionamento e baixa acessibilidade da população, o que resulta na demora do diagnóstico e o aumento das incapacidades físicas. Esses são exemplos de limitações que fazem com que os programas de hanseníase integrados na Atenção Primária sejam mais apropriados para fortalecer as atividades de controle da doença em comparação com os programas verticais (FEENSTRA; VISSCHEDIJK, 2002). Por isso não há mais espaço para que o atendimento da hanseníase seja feito por especialistas e assim as equipes de PSF devem assumir o compromisso de realizar as ACH.

Mas o que encontramos em Almenara é a manutenção de dois modelos de assistência à hanseníase que possuem finalidades opostas: um modelo que é ofertado para a população que é coberta pelas equipes de PSF, que apesar das dificuldades, possuem uma concepção mais ampla do processo de trabalho em hanseníase, ou seja, realizam ações de prevenção e controle da doença. Já o Centro de Referência, que é responsável pelo atendimento dos 35,0% da população que não é vinculada ao PSF, realizam ações fragmentadas do programa de hanseníase: são responsáveis pelo diagnóstico, tratamento, mas não realizam divulgação dos sinais e sintomas para a comunidade, são examinados os contatos que comparecem espontaneamente à unidade, portanto, não há realização de busca ativa não só de contatos, mas também dos faltosos.

Discutiremos a seguir as ações de prevenção e controle da doença realizadas nos municípios deste estudo.

5.2 Ações de prevenção e controle da hanseníase realizadas nos municípios da microrregião de Almenara

Como as ações de prevenção e controle da hanseníase devem estar integradas à Atenção Básica, as competências das UBS no controle da doença são: realização de ações para educação da comunidade; suspeição diagnóstica; diagnóstico; tratamento integral; investigação dos contatos; avaliação do grau de incapacidade e orientações e auto-cuidados para prevenção e tratamento de incapacidades (MINAS GERAIS, 2007b).

5.2.1 Ações educativas

A atividade educativa é um instrumento de trabalho voltado para a saúde coletiva (ALMEIDA *et al.*, 1997) com o objetivo de promover e manter a mobilização social e educação dirigida à população, no caso da hanseníase, sobre os sinais iniciais da doença, tratamento e cura através da realização de campanhas, palestras e outros métodos de comunicação (BRASIL, 2006b; MINAS GERAIS, 2007b). Portanto, as ações educativas são práticas sociais inerentes ao processo de trabalho em hanseníase (PEREIRA *et al.*, 2008).

No cenário desta pesquisa, o município de Monte Formoso não realiza sensibilização da comunidade uma vez que os profissionais que atuam nesse município não são sensibilizados para esse agravo, reafirmando a grande possibilidade desse município estar em silêncio epidemiológico e operacional. Dessa forma, é nula a sensibilidade do serviço local de saúde para detectar um caso de hanseníase (SILVA SOBRINHO; MATHIAS, 2008).

Em Jequitinhonha e Salto da Divisa, o acesso da população à informação sobre a doença é muito restrita já que os profissionais de Jequitinhonha abordam questões relativas à hanseníase durante os grupos operativos de hipertensão e diabetes e os de Salto da Divisa em palestras para escolares.

Então está faltando, eu creio que está faltando, falha nossa, a gente tem que fazer algo é pra tá divulgando ainda mais pras pessoas, tem muita gente que não sabe, tem muita gente que tem e não assume que tem, então eu acho que isso é uma falha nossa. (ENF₁₁)

Como Almenara, Jacinto, Jordânia, Palmópolis, Rubim e Santa Maria do Salto possuem equipes de PSF mais preparadas para o atendimento à hanseníase, esses municípios adotam diversas estratégias para mobilizar a população e para criar uma consciência comunitária em relação a auto-notificação (OMS, 2005).

A gente faz campanhas de orientação à população tipo, se você tem uma mancha, olha se você tem sensibilidade ou se não tem, se achar que não tem, você procura o seu posto de saúde pro médico estar olhando mais na parte de orientação da população sobre a hanseníase. (G₄)

A nossa divulgação também facilita porque a pessoa se sente né? Quando a pessoa tá informada ele já traz pra gente o problema, né? Isso facilita também. (ENF₂)

É através da educação da comunidade sobre os sinais e sintomas da hanseníase, do tratamento e da cura, que os indivíduos são encorajados a procurar as unidades de saúde em caso de lesões de pele suspeitas (WHO, 2003).

Em Rubim, os ACS realizam ações educativas sobre a hanseníase durante as visitas domiciliares, distribuindo os folders do MS (G₄) e, para os doentes, eles confeccionaram panfletos explicativos para informá-los sobre os auto-cuidados e a administração dos medicamentos hansenostáticos (G₃). Já os médicos e enfermeiros realizam anualmente a divulgação da doença durante a Feira de Cultura, em parceria com as escolas (ENF₅, MED₄).

Os profissionais de Palmópolis, além da divulgação através de panfletos, realizam palestras em escolas, em grupos operativos, na rádio e também no Dia da Mancha (G₅, G₆).

Através de rádio, a enfermeira ela vai pelo menos duas ou três vezes ao ano é feito entrevista na rádio, esclarecimento sobre a doença, né? Na própria palestra que tem semanalmente aqui na unidade a gente faz, a gente cobra esse assunto da hanseníase, né? Uma vez ao mês é feito a palestra com gestante, hipertenso, diabético dentro disso a gente já faz também, a gente esclarece algumas dúvidas sobre a hanseníase. (MED₂)

O gestor desse município fez parceria com a COPASA para a distribuição de panfletos juntamente com a conta de água para que a divulgação alcance toda a população do município (G₅).

Em Santa Maria do Salto, os profissionais realizam palestras nas escolas e estabeleceram uma parceria com a Pastoral da Criança para ajudar na divulgação dos sinais e sintomas da doença (ENF₈), já que a participação de voluntários no

controle da doença é essencial para obter sucesso nas campanhas de divulgação (WHO, 2004).

Em Jordânia, também são realizadas palestras e teatros nas escolas, orientações em grupos operativos e distribuição de folders nas contas de água e luz (G₈, ENF₉, ACS₈). Jacinto faz campanhas na rádio, na Igreja Católica, nas escolas e distribuição de folders na conta da COPASA.

A gente faz palestras, nós já fizemos palestras em escolas. Já fizemos também no rádio, um programa, depois que teve a capacitação em Almenara, que eu participei, foi a primeira que eu recebi, nós fizemos uma rádio um dia, na manhã da rádio, um programa sobre a hanseníase, a gente esclareceu, alguns pontos, explicamos sobre a hanseníase, e abrimos ao público pra eles fazerem perguntas em relação a isso. E assim, além de estar fazendo essa busca ativa, a gente faz também o trabalho de informação pras pessoas que tem algum tipo de mancha, alguma suspeita, estar procurando a unidade de saúde, pra gente está avaliando, pra saber o quê que é, se é a doença, e está procurando se tratar, procurando tratamento. (ENF₁₀)

Almenara realiza ações educativas descentralizadas, ou seja, cada PSF é responsável pelo seu território e é realizada divulgação em escolas, distribuição de panfletos durante a visita domiciliar do ACS, nas ruas e na conta de água. Foi feita também uma parceria com o Serviço Social do Comércio (SESC) para a divulgação da hanseníase no evento "Rua de Lazer".

As ações de controle são principalmente a questão de mobilizações da população, divulgação de sinais e sintomas, distribuições de panfletos, normalmente utilizamos, por exemplo, a parceria com a COPASA, junto com a conta de água, nós encaminhamos os panfletinhos pra a chegada no domicílio, porque se você entrega panfleto na avenida, no mercado, eles embolam e jogam fora e se manda na conta de água vai junto grampeado, aí a conta de água eu vou guardar, necessariamente eu também vou manter na minha casa ele guardado e estou mantendo o panfletinho de hansen que quando eu for pagar a conta de certa forma eu vou ver, vou dar uma lida, então eu acho que é uma forma que a gente tem também de atingir as pessoas, além também de entrevistas às vezes na rádio (Almenara FM) que nos convida, a gente faz alguns informes sobre questão da hanseníase, alguns debates, a gente trabalha determinados momentos o que é hanseníase, como se pega? Como se trata? A importância da manchinha, se ele tem uma manchinha, o estado de saúde a gente sempre procura veicular isso de alguma forma nos meios de comunicação. Recentemente nós estamos com um curso de agente comunitário de saúde o curso do [Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem] PROFAE do Ministério da Saúde de 400 horas, eles têm que fazer um estágio de 80 horas, dentro desse estágio, nós estamos tirando 20 horas para que todas unidades trabalham com o agente a questão da hanseníase, inclusive sensibilizando o agente porque nós tivemos uma seleção pública e são agentes novos, sensibilização dos agentes e eles de casa em casa discutindo com a família o que é hanseníase, procurar levantar possíveis pessoas com manchas encaminhar pra unidade, então eu acho que é um trabalho que

nós estamos fazendo também, através deste curso, eu acho que já é uma forma que a gente tem de chegar até a população, levar este esclarecimento em relação a hanseníase como o problema de Saúde Pública, a importância de precocemente vir buscar o tratamento, diagnóstico e o tratamento. (G₁₁)

Amaral e Lana (2008) levantaram a necessidade dos municípios da microrregião de Almenara levarem em consideração a escolaridade da população para planejar e desenvolver as campanhas educativas, para que a abordagem dessa comunicação seja adequada às capacidades cognitivas já que das 647 fichas de notificação de caso que traziam a informação do grau de escolaridade do doente, 29,4% dos casos (n = 190) não possuíam nenhuma escolaridade e 52,7% dos casos (n = 341) possuíam menos de quatro anos de estudo (AMARAL, 2008).

É importante que os municípios realizem constantemente as ações de divulgação da doença para a comunidade, utilizando recursos de comunicação apropriados para o contexto local para manter a conscientização da população e reduzir a prevalência oculta da doença, principalmente nos municípios silenciosos e endêmicos (WHO, 2004). Estima-se que, na microrregião de Almenara, 289 casos de hanseníase deixaram de ser diagnosticados e/ou registrados entre os anos de 2002 a 2006, ou seja, 34,6% dos doentes permaneceram sem diagnóstico durante esse período (AMARAL, 2008).

Os municípios desse estudo trabalham a educação da comunidade de forma pontual e fragmentada, alcançando os indivíduos que participam das palestras na sala de espera das UBS, nas escolas, nos grupos operativos, entre outros. Algumas estratégias são capazes de alcançar uma boa parte da população, como divulgação nas rádios e distribuição de panfletos nas contas de água e de luz, mas necessitam de estudos para avaliar o verdadeiro impacto dessas estratégias no controle da doença. Nesse sentido, as orientações realizadas pelos ACS durante as visitas domiciliares tornam-se a principal estratégia para promover e manter a sensibilização da comunidade em relação à hanseníase. Silva *et al.* (2007) sugerem que é necessário sustentar as ações de sensibilização da comunidade em função do longo período de incubação da hanseníase, do número elevado de casos e do estigma que ainda recai sobre os indivíduos doentes e suas famílias, para alcançar o controle efetivo da doença.

5.2.2 Suspeição diagnóstica

A suspeita diagnóstica engloba a identificação dos usuários sintomáticos dermatológicos, ou seja, aqueles que apresentam alguma alteração na pele, que correspondem a 2,5% da população geral de um município (MINAS GERAIS, 2007b). Todos os casos suspeitos devem ser encaminhados para UBS para serem avaliados pelo médico, mesmo que não venha a ser hanseníase:

Acontece que os agentes comunitários, quando detecta alguma coisa que eles acham que seja uma mancha, alguma coisa disso, eles falam vão chegar até a unidade de saúde, até o PSF pro médico diagnosticar. Então eles levam pra lá, pro PSF e a enfermeira faz os testes lá e com isso é que faz esse tipo de diagnóstico pra tentar descobrir o quê que tem. (G₁₀)

Mas os agentes tá mais ou menos de olho, a gente sempre fala com eles pra ficar alerta a qualquer, aí eles mandam pra gente micoses mil [risos], assim, maioria micose que eles mandam pra gente, bem assim. (ENF₅)

A gente usa, a gente sempre usa essa ferramenta de falar que tem muita hanseníase aqui na nossa região, a pessoa tem que estar atento a qualquer mancha, principalmente quando apresentar insensibilidade no caso, né? E aí a gente sempre recomenda isso, qualquer manchinha pra ele estar procurando a gente [...] então, a gente pede assim, quando aparecer qualquer manchinha, mesmo que seja bobeira assim, pra estar procurando a gente pra gente estar vendo e estar encaminhando pra unidade. (ACS₅)

A suspeição de um caso de hanseníase pode ser realizada pelo ACS, técnicos e auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos uma vez que a lesão de hanseníase tem predileção pela pele, possibilita o envolvimento de todos os profissionais de saúde visando à identificação de casos da doença (CORTELA; IGNOTTI, 2008). Para desenvolver essa atividade, os profissionais de saúde utilizam os conhecimentos técnicos referentes aos sinais e sintomas da hanseníase, que são as "tecnologias não-materiais" segundo Mendes-Gonçalves (1994). O parâmetro para identificar o número de usuários com hanseníase é conforme o coeficiente de detecção do município ou 1,54 casos para cada 10.000 habitantes, que é a estimativa da detecção do Estado de Minas Gerais em 2007 (MINAS GERAIS, 2007b).

Os profissionais que executam uma suspeita precisam conhecer os sinais e sintomas da doença²² e devem estar tecnicamente capacitados para exercer tal reconhecimento (M₂):

Como nós tivemos um curso, uma capacitação na verdade e as enfermeiras chefe, elas orientam que a gente observa, pergunta, porque a gente já tem uma certa intimidade com a família, se a gente perceber alguma mancha, se a gente perceber algum tipo de sinal, alguns sintomas né, não só manchas, mas sintomas que é a forma de garra, que é a deformação no rosto e etc né, então a gente chega a detectar antes pra não chegar neste caso, quando chega este momento já está no estágio bem já avançado, mas a gente faz mais a prevenção e conscientização, a gente fala sobre o problema, a gente aborda sobre a doença, a gente leva panfletos, a gente leva até o que a gente estudou, o que a gente conseguiu na capacitação, mostra figura, que a gente planeja antes de sair, a gente fala que esta semana vamos falar sobre a hanseníase, então vamos passar em todas as casas falando sobre isso. (ACS₁₀)

O profissional enfermeiro tem um papel essencial na formação do ACS para o desenvolvimento das ações de controle da hanseníase. O ACS, por esse ser o elo entre a comunidade e a UBS, pode ser eleito como o principal executor da busca ativa de suspeitos dermatológicos na população. Moreira (2002) corrobora que o ACS participa ativamente na efetivação das ACH devido à sua proximidade da população durante a execução das visitas domiciliares.

A gente tem os agentes de saúde, né? Que são multiplicadores, que a gente tem que estar usando eles, estar capacitando eles, pelo menos eles virem pelos primeiros sintomas então a gente capacita eles pra tarem encaminhando os pacientes pra aqui. Então o primeiro contato com paciente são deles. Então a partir do momento que eles saibam informar eu acho que facilita bastante o trabalho nosso. Eles que tem que trazer o paciente aqui porque às vezes acha que é uma mancha comum, uma coisa simples, acho que através deles, dos agentes de saúde, da capacitação deles, fica mais fácil pra a comunidade chegar a gente é a ligação né? O agente de saúde, entre o PSF com a comunidade. (ENF₇)

²² A suspeita de hanseníase se baseia na presença de um ou mais sinais ou sintomas relacionados a seguir, que podem estar localizados principalmente nas extremidades das mãos e dos pés, na face, nas orelhas, nas costas, nas nádegas e nas pernas (BRASIL, 2008a).

- a. Manchas esbranquiçadas, avermelhadas ou amarronzadas em qualquer parte do corpo;
- b. Área de pele seca e com falta de suor;
- c. Área da pele com queda de pêlos, mais especialmente nas sobrancelhas;
- d. Área da pele com perda ou ausência de sensibilidade; parestesias ou diminuição da sensibilidade ao calor, à dor e ao tato. A pessoa se queima ou se machuca sem perceber;
- e. Dor e sensação de choque, fisgadas e agulhadas ao longo dos nervos dos braços e das pernas, inchaço de mãos e pés;
- f. Diminuição da força dos músculos das mãos, dos pés e da face devido à inflamação de nervos, que nesses casos podem estar engrossados e doloridos;
- g. Úlceras de pernas e/ou pés;
- h. Nódulos no corpo, em alguns casos avermelhados e dolorosos.

Para a suspeição de um caso de hanseníase, eles utilizam instrumentos simples como a ponta da tampa da caneta ou de lápis para testar a sensibilidade da mancha:

Eu tive uma pessoa que eu descobri porque ele simplesmente me disse que ele podia tomar qualquer coisa quente, colocar na mão que ele não sentiria a dor. Aí eu virei pra ele e falei: O senhor poderia me emprestar a sua mão e o senhor olhar pro lado? Ele falou: posso. Aí eu peguei a mão dele, ele olhou pro lado, eu peguei o bico do meu lápis que estava com a ponta bem fina e apertei profundamente e ele não sentiu nada. (ACS₉)

A gente descobriu na hora que foi levantar a blusa dele pra fazer injeção mensal, aí tinha a mancha bem em cima assim, aí perguntei se aquela mancha coçava ou doía, aí ele falou que não, aí eu peguei a ponta da caneta e apertei assim em cima da mancha, ele falou que não sentia, aí a gente encaminhou, o doutor olhou, aí constatou que era hanseníase, aí já iniciou o tratamento, aí tomou no tempo certinho, não teve sequela nenhuma, atrofiação dos dedos nem nada. (ACS₂)

A busca ativa de sintomáticos dermatológicos também pode ocorrer dentro da própria demanda da UBS, durante o acolhimento, consulta médica ou de enfermagem, e para isso, os profissionais devem estar sensibilizados para valorizar a queixa do cliente em relação às lesões de pele e também realizar um exame físico mais pormenorizado para tentar localizar alguma mancha, independente do motivo pela procura da UBS (G₁₁).

Quando a pessoa às vezes vem pra consultar por outra causa que a médica detecta e se tem alguma suspeita, ela já agenda pra sexta-feira pra estar fazendo esse exame mais detalhado. (ENF₄)

Em um relato de um profissional médico, que atua em um município hiperendêmico, ficou evidente a preocupação em pesquisar sinais e sintomas de doenças endêmicas da região, mesmo quando a queixa do paciente é outra. Não há relatos dos profissionais enfermeiros realizarem suspeita diagnóstica durante os atendimentos de enfermagem.

É importante salientar que o município de Jacinto capacitou os odontólogos para realizarem a suspeita diagnóstica de hanseníase durante o exame clínico de rotina a fim de que todos os profissionais contribuam para o controle da endemia no município. Os odontólogos podem suspeitar de lesões de pele em áreas visíveis como braços e pernas; além das lesões características de casos multibacilares como madarose e infiltrações na testa, nariz e orelhas, além das lesões hansênicas que

podem estar presentes no palato de indivíduos com hanseníase. Ainda em relação às atividades dos odontólogos,

o exame clínico deve se estender além da cavidade bucal, permitindo não só o reconhecimento de sinais e sintomas oriundos de alterações do complexo buco-maxilo-facial, mas também a obtenção de informações sobre a saúde geral do paciente. Esta atitude contempla os deveres fundamentais estabelecidos pelo Código de Ética Odontológica, em que cabe ao profissional da área odontológica "promover a saúde coletiva no desempenho de suas funções, cargos e cidadania, independente de exercer a profissão no setor público ou privado (ALMEIDA *et al.*, 2004; CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA²³, 2006 apud CORTELA; IGNOTTI, 2008, p. 620-621).

É preciso considerar que é necessário que os profissionais de saúde estejam capacitados para a realização da suspeita diagnóstica. O município de Monte Formoso possui dificuldades para detectar um caso suspeito de hanseníase uma vez que não possui profissionais de saúde capacitados em ações de controle da doença, com exceção do médico que foi contratado em 2007. Se o profissional não tem conhecimento dos sinais e sintomas da doença, como será realizado um diagnóstico precoce? Essa situação pode contribuir para a manutenção da endemia, sendo que a descoberta de casos só ocorrerá quando esse apresentar incapacidades físicas graves, como a mão em garra.

Esta é a realidade de Jequitinhonha, que é um município que possui dificuldades para encontrar os casos de hanseníase e, quando detectam, são casos com grau II de incapacidade física (G₁₃). Um dos motivos é que os ACS não são capacitados para realizarem a busca ativa de suspeitos na comunidade.

Você não tem um trabalho assim, elaborado, vamos pesquisar, vamos fazer na área, as agentes de saúde todo caso suspeito encaminhar, infelizmente não tem. Talvez seja até uma falta nossa, também do próprio município, mas a falta de treinamento eu acho que está contribuindo demais pra isso porque o pessoal sem conhecimento ele se torna um cego. E muitas vezes ele passa por um caso de hanseníase sem nem pelo menos suspeitar que seja um hanseniano, né? Porque nós, o pessoal, as agentes de saúde não têm treinamento nenhum pra isso, agente de saúde, eu acho que também que o setor de enfermagem também tem muito pouco conhecimento nisso. (MED₃)

²³ CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Código de Ética Odontológica**. Rio de Janeiro, RJ, 2006.

O único caso diagnosticado nesse município em 2007 teve que ser encaminhado para Almenara para confirmação do diagnóstico: “nesses dias mesmo nós tivemos um caso suspeito aqui, eu tive que mandar pra Almenara” (MED₃). Esse caso foi classificado como MB e apresentava grau II de incapacidade física no momento do diagnóstico.

Nos demais municípios deste estudo, todos os ACS entrevistados relataram que buscam na comunidade os casos suspeitos de hanseníase. Assim, podemos concluir que esta busca ativa da hanseníase é inerente ao processo de trabalho do ACS:

Aqui a gente faz a busca ativa assim, a gente tem, a gente faz as visitas domiciliares, né? E aí a gente fica sempre atenta a qualquer manchinha que o paciente queixa, ou sempre estar perguntando pro paciente se ele está com alguma mancha, ou com ausência de sensibilidade em alguma parte do corpo, é isso que a gente tem feito assim, em todas nossas visitas a gente sempre fala isso e quando o paciente queixa também de alguma mancha, a gente pede pra ele estar procurando a unidade. (ACS₅)

Mas para o ACS realizar a busca ativa na comunidade, esta atividade deve ser estimulada pelo enfermeiro, médico ou gestor:

Porque a gente sabe que tem os casos, isso eu acabei de falar, tem os casos só que os casos ficam encobertos, ficam escondidos e, eu sempre brigo com o PSF do distrito assim porque os casos deles são poucos e eu falo que tem que ir atrás, eu falo com os agentes vocês tem que ir atrás, tem que tá descobrindo. (G₆)

Às vezes o que dificulta a busca ativa pelos ACS é o preconceito da comunidade em relação à hanseníase. Apesar de muitos saberem que tem os sintomas, quando decidem procurar a unidade de saúde, já estão em estágio avançado da doença:

Tem gente que fala assim, que não tem nada, tem outras pessoas que escondem assim, que às vezes tem áreas que está com a roupa assim e não dá pra vê. E as pessoas às vezes ficam naquele medo assim de falar, com vergonha de falar sobre a doença e acaba escondendo. Aí quando tem casos assim que vai vê, já está bem avançado, já tem bastantes manchas assim, e aí a gente está sempre orientando nas casas se tiver alguém que tiver alguma mancha ou dormência pra estar vindo procurar o posto, não precisa ninguém ficar sabendo por que eles ficam aquele medo de outras pessoas saberem, fica naquele tempo de antigamente né que a pessoa que tinha hanseníase que era conhecido como lepra, era excluído da comunidade né, e isolava a pessoa, então eles tem medo de ficar isolado da comunidade mas só que agora como já tem o tratamento a gente está orientando as pessoas, está falando quando tem uma mancha já procura o posto, já preocupa assim em saber se é hanseníase ou não. (ACS₂)

Cabe ressaltar que a situação epidemiológica da doença em um município é influenciada pela realização da busca ativa dos suspeitos. Por exemplo, em Monte Formoso, município silencioso, nunca foi realizado uma busca ativa, pois os profissionais não são capacitados. Ou seja, talvez não tenha nenhum caso registrado devido à falta de sensibilização dos profissionais e da comunidade e da realização de busca ativa. Já em um distrito do município de Jacinto, está sendo feito uma campanha em massa para tentar descobrir casos suspeitos na comunidade já que nessa localidade só tem um caso notificado e os profissionais de saúde não estão encontrando nem casos suspeitos:

Jaguarão que é uma comunidade muito próxima de Santo Antônio de Jacinto, a altitude lá é maior, é uma comunidade mais fria, tem umas questões geográficas e climáticas um pouquinho diferente e em Jaguarão a gente está fazendo um trabalho muito intenso e a gente tem um caso de hanseníase, eu estou cabreiro com isso, a gente fez o Dia da Mancha, a gente vai nas fazendas, a gente manda os agentes pras casas e eu estou me perguntando assim: "O que será? Será que existe um fator geográfico? Que vamos supor, Santo Antônio não tem caso, a não, mas está pertinho de Santa Maria que tem muito caso, tem que ter caso!" Jaguarão é quase colado com Santo Antônio do Jacinto e Jaguarão a gente está fazendo uma busca ativa assim incansável de mandar os agentes casa por casa, nós fazemos visita domiciliares, a gente dá palestra, a gente vai à igreja, a gente faz o Dia da Mancha, Jaguarão está assim, só falta colocar um *out-door* no lugar e os casos não aparecem como em outras regiões. (MED₁₀)

Nesse caso, os profissionais de Jacinto estão se esforçando na busca ativa de suspeitos para se ter certeza de que esse silêncio epidemiológico signifique realmente a ausência de casos.

Podemos concluir que o ACS é o principal agente na realização da busca de casos suspeitos de hanseníase na comunidade, com exceção dos municípios de Jequitinhonha e Monte Formoso. A visita domiciliar é um instrumento de trabalho do ACS que permite, segundo Lara (2008), a construção de vínculos de confiança com as famílias, a observação de seus hábitos, a detecção de problemas, a troca de informações e a transmissão de orientações em saúde. Esperaríamos uma melhor atuação dos médicos e enfermeiros os quais poderiam pesquisar durante as consultas não só a hanseníase, mas também outras doenças de destaque epidemiológico no Vale do Jequitinhonha, independente da queixa do usuário.

5.2.3 Diagnóstico

Para a confirmação de um caso suspeito de hanseníase é necessário a realização do exame clínico dermatoneurológico e do BAAR sempre que possível, sendo que o diagnóstico e a classificação em formas clínicas é uma atribuição do profissional médico (MINAS GERAIS, 2007b).

Para a execução do exame dermatoneurológico é necessário que os profissionais médicos e enfermeiros tenham o conhecimento técnico e para o desenvolvimento dessas ações é importante que seja disponibilizado pelo município os seguintes materiais: algodão, tubo de ensaio, lanterna clínica, fio dental, régua, tabela de Snellen (acuidade visual), o conjunto de monofilamentos de náilon de Semmes - Weinstein (estesiômetros) e canetas nas cores azul, verde, vermelho e preta para o registro da avaliação de sensibilidade (BRASIL, 2008a).

Os profissionais que atuam nos municípios de Almenara, Jacinto, Jordânia, Santa Maria do Salto, Salto da Divisa, Rubim e Palmópolis possuem um Kit específico que contém todos os materiais necessários para o atendimento da hanseníase. Em Monte Formoso não há estesiômetros, mas, segundo o médico, ele realiza o teste térmico frio-quente e o doloroso para avaliação de casos suspeitos de hanseníase. Já em Jequitinhonha, o estesiômetro está disponível para as equipes de PSF, mas como os profissionais relataram dificuldades em seu manuseio devido à falta de conhecimento técnico para utilizá-lo, encaminham os casos suspeitos para outros municípios para que haja a confirmação do diagnóstico (M₃).

O exame simples de pesquisa na própria lesão eu tive que pedir um colega em Almenara pra poder diagnosticar esse caso porque eu não tinha condições de diagnosticar ele aqui não. (M₃)

Mesmo em Almenara, que possui os profissionais de saúde capacitados em ações de controle da hanseníase, realizam a avaliação da mancha, mas muitos deles ainda possuem dificuldades para confirmar o diagnóstico da doença. Sendo assim, encaminham os casos suspeitos para serem avaliados pelo médico da referência (G₁₁) por ser o médico a única categoria legalmente autorizada no país a confirmar o diagnóstico de um caso de hanseníase (MOREIRA, 2002).

Eu e o médico da unidade nós temos dificuldades muito em diagnóstico. E a detecção também, a detecção precoce que depende do diagnóstico, né? Então nós temos muita dificuldade em relação ao diagnóstico, à classificação operacional, e na forma clínica, né? De definir os casos a gente tem muita dificuldade, mas o trabalho em si está funcionando, os casos que chegam pra gente, a gente faz avaliação, né? [...] A gente tem um auxílio do enfermeiro que é da referência aqui do município e também do médico. Quando a gente tem dificuldade em chegar a um diagnóstico, a gente recorre a eles e fecha o caso e aí começa o tratamento desses pacientes. (ENF₆)

Ontem mesmo eu recorri à referência, teve um caso novo ontem foi até uma hanseníase multibacilar virchowiana que a gente chegou pra mim, eu e o doutor, como eu falei a nossa inexperiência, né? A gente não soube classificar a forma clínica, então eu recorri ao enfermeiro da referência, aí ele viu, né? Então na maioria das vezes quando a gente recorre à referência é mais devido a nossa inexperiência em fechar o diagnóstico, entendeu? (ENF₆)

Os atuais esforços para realizar o treinamento dos profissionais do PSF para desenvolver as ações de prevenção e controle da hanseníase nem sempre resultam nas equipes confiança suficiente para diagnosticar a doença ou iniciar o esquema terapêutico (VISSCHEDIJK *et al.*, 2003). Por isso, em alguns municípios da microrregião de Almenara a avaliação dermatoneurológica é realizada pelo médico juntamente com a enfermeira devido a pouca experiência dos profissionais no manejo da hanseníase.

Marco um momento eu e a enfermeira juntas. Primeira coisa que eu faço, entendeu? Por vários motivos, primeiro, nem eu e nem a enfermeira antes do curso tinha muita vivência com hanseníase e duas mentes pensam melhor que uma, então eu e a enfermeira juntas, a gente teria mais condições de diagnosticar do que eu sozinha ou ela sozinha [...] E como nem eu e nem a enfermeira temos grandes experiências com o exame físico do paciente hanseniano, eu procuro, eu tento fazer com que o paciente passe por nós duas juntas. (M₉)

Outro médico relata a dificuldade em realizar o diagnóstico de hanseníase indeterminada e tuberculóide uma vez que a procura de lesões de pele deve ser muito criteriosa (MED₂). A principal medida de prevenção está justamente na detecção precoce da doença, diagnosticando o paciente nas formas paucibacilares e sem alteração de incapacidade física (MINAS GERAIS, 2007b), mas, para a OMS, os casos mais difíceis para confirmação do diagnóstico são realmente os paucibacilares que estão em um estágio precoce, com uma ou duas manchas na pele (OMS, 2006).

Os pacientes paucibacilares que são assim que hoje no momento a gente vê que são os que têm um diagnóstico mais assim complicado para você firmar realmente o diagnóstico de hanseníase pelos poucos sintomas que eles apresentam: às vezes uma mancha, uma mancha e duas, entendeu? No local assim mais escondido e que se não olhar direitinho não aparece pra ser percebido, né? (MED₂)

Os profissionais de saúde também devem reconhecer o espessamento dos nervos periféricos já que o diagnóstico baseado em lesões de pele com perda de sensibilidade pode ocasionar a perda de diagnóstico em cerca de 30,0% dos pacientes multibacilares (LOCKWOOD; SUNEETHA, 2005). Nesse caso, o profissional deve suspeitar o caso de hanseníase na forma neural pura e encaminhá-lo para um centro de referência para confirmação do diagnóstico (MINAS GERAIS, 2007b).

O nosso problema maior são os pacientes que não tem lesão. Então esses aí a GRS já até orientou que a gente mandasse todos eles pro centro de referência, que a gente não fizesse diagnóstico aqui. Esse era um deles, ele não tinha nenhuma lesão, não tinha mancha nenhuma e ele é assim pardo, né? Aquele moreno assim, ele não tinha nenhuma lesão, ele começou com uma dor, ele queixava uma dor que ele tinha na mão, ele era cabeleireiro, ele foi atendido pelo médico, não foi pelo médico do programa, aí o médico mandou pra Almenara pro ortopedista, como se ele tivesse [Lesão por Esforço Repetitivo] LER. Aí ele, foi passar pra perícia do [Instituto Nacional do Seguro Social] INSS, e aí o médico que trabalha na perícia já trabalhou com hanseníase em Almenara, já fez treinamento de hanseníase, trabalhou muitos anos na coordenação da hanseníase de Almenara. Aí ele devolveu assim pra gente com uma carta até bem desaforada assim: vocês não têm serviço de hanseníase, não? Aí, eu fiquei assim, gente, quem mandou esse cara para Almenara? Aí o médico: fui eu! [Risos]. Eu fiquei assim, nós achamos que ele tinha, o que ele, a suspeita dele foi LER, pelo fato dele ser cabeleireiro. (ENF₅)

Os profissionais de saúde também devem ter habilidade para diferenciar as lesões de pele para confirmar o diagnóstico de hanseníase (LOCKWOOD; SUNEETHA, 2005). Um médico de um município hiperendêmico relatou a necessidade e a importância de realizar o diagnóstico diferencial, pois a hanseníase pode ser confundida com outras doenças dermatológicas ou neurológicas que apresentam sinais e sintomas semelhantes aos seus. Portanto, deve ser feito diagnóstico diferencial em relação à Eczemátide, Pitiríase Versicolor, Vitiligo, Dermatofitoses (*Tinea corporis*) e doenças neurológicas: as principais são a síndrome do túnel do carpo; meralgia parestésica; neuropatia alcoólica, neuropatia diabética e lesões por esforços repetitivos (LER/Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho - DORT) (BRASIL, 2008a).

Aqui os casos são muito exuberantes, então existe dificuldade de diagnóstico sim, o diagnóstico diferencial tem que ser avaliado, às vezes a gente pega uma série de casos, mas aí entra na questão do conhecimento, entra na questão da anamnese. Deixa eu te dar um exemplo: existe uma doença de pele chamada pitiríase versicolor e equizemátide, o que é isso? São aquelas manchinhas brancas que dão em crianças, que a mãe fala que é verme, e que não tem nada de verme. Aquilo lá é um ressecamento da cutânea que é questão do sol. E a hidratação ineficaz e uma pele que fica muito desidratada mancha, aí o paciente chega, a gente recebe caso de hanseníase interrogando. Puxa vida você observou bem aquela lesão, fez um teste de sensibilidade, observou se havia anexos cutâneos, se havia pêlos, se havia sudorese, pesquisou em outras áreas, então é questão de conhecimento, e a gente nas capacitações, a gente fala muito sobre diagnóstico diferencial, hoje, por exemplo, chegou um monte de paciente, “minha queixa é dormência nos membros inferiores” e aí a gente pesquisava, pesquisava, pesquisava e nada, e não é hanseníase, derrepente a gente descobre que a paciente é uma diabética descompensada que está com glicemia de 500, 400, 350, e uma paciente que você olha e pensa, como é que ela não está com uma acidose diabética, então que é claro que aquela neuropatia diabética que está causando aquilo. (MED₁₀)

As seguintes medidas ajudam a garantir a exatidão do diagnóstico da hanseníase: “adesão aos critérios de definição de casos e uma boa formação dos profissionais de saúde no diagnóstico da hanseníase” (OMS, 2006, p. 26). O diagnóstico da hanseníase é essencialmente clínico por meio do exame dermatoneurológico para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos. O BAAR é um exame complementar, que quantifica a presença do *Mycobacterium leprae*, “para saber se o paciente está bacilando, então colhe a linfa daqui, do lobo da orelha” (M₇), mas “como a gente sabe que a baciloscopia não é o exame mais preciso para você estar confirmando a hanseníase ou não, mas é a clínica mesmo, tudo usa a clínica” (ENF₁₀). Segundo a OMS (2006), os únicos casos de hanseníase que possam ser difíceis para a confirmação do diagnóstico quando a baciloscopia não está disponível são os pacientes MB que estão em estágio precoce, com manchas cutâneas pouco precisas e sem perda de sensibilidade. Por isso, o BAAR é um exame necessário para confirmar o diagnóstico desses casos, mas a maioria pode ser diagnosticada baseada nos sinais clínicos da doença (ILEP, 2002).

Teve um outro que tava, também não tinha mancha nenhuma, ele tinha umas pintinhas, umas pintinhas vermelhas que sumiam e voltavam, sumiam e voltavam, e a gente não via nada nele. O médico do programa de hanseníase mesmo que olhou ele, pediu um [*Venereal Disease Research*

*Laboratory*²⁴] VDRL, o VDRL deu positivo. Aí depois que ele fez o tratamento pra sífilis, tudo direitinho, tomou benzetacil, negativou o VDRL, passou um mês, um mês e pouco, ele tornou voltar com as pintinhas tudo de novo. Um manchinhas vermelhas na pele assim. Aí ele pediu a baciloscopia, que aí deu positivo [...]. Então tem algumas coisas que dificultam, que pra gente aqui, que não tem muito, a gente só pode fazer os exames básicos aqui, você não tem muita coisa assim pra poder, muito recurso, outro recurso, apesar de que hanseníase você não precisa de muitos outros recursos de diagnóstico, mas, às vezes, a gente tem algumas coisas que é, atrasam, né, o diagnóstico. (ENF₅)

Mas infelizmente alguns profissionais ainda aguardam o resultado de BAAR para confirmação do diagnóstico, conforme relatos a seguir:

Clinicamente eu já suspeitei de uns dois casos, clinicamente, mas os testes deram negativo [...] peço exame e não dá nada, faço os testes, peço exame, o BAAR, que é a raspagem de lóbulo de orelha, negativo. (MED₁)

Quando surgiu um caso assim suspeito, a enfermeira pega e faz um teste de estesiometria, aí pedimos a bacteriologia pra hanseníase, e depois dos resultados a gente analisa qual tipo de hanseníase e manda a medicação, certo? (MED₅)

Dessa forma, se os pacientes que apresentam baciloscopia positiva, ou seja, aqueles que possuem a forma infectante da doença, não iniciarem o tratamento em tempo hábil, é mantido a cadeia de transmissão da doença, considerando que o resultado da baciloscopia demora, em média, 30 dias. Essa situação é mais preocupante nos municípios de Jequitinhonha, Rubim e Palmópolis, que são os únicos municípios desse estudo que não possuem bioquímicos capacitados, portanto, precisam encaminhar os pacientes para municípios vizinhos para realizar a baciloscopia. O gestor de um município hiperendêmico afirma a necessidade de esclarecer os profissionais médicos de que o diagnóstico da hanseníase é clínico, sendo que a realização do BAAR não é obrigatória para confirmação do caso.

O diagnóstico clínico é uma coisa que a gente tem batido muito na tecla, que os profissionais hoje, o diagnóstico tem que ser clínico, não ficar aguardando BAAR pra definir o diagnóstico, sabemos que pelo menos indeterminado e tuberculóide vai ter que ser BAAR negativo, dimorfo pode ou não dar positivo, então não há necessidade de ficar esperando BAAR pra poder definir diagnóstico, temos que esclarecer cada vez mais os profissionais envolvidos no processo em relação a isso, principalmente os profissionais médicos. (G₁₁)

²⁴ Pesquisa Laboratorial de Doença Venérea. (Tradução nossa).

Dos 889 casos diagnosticados na microrregião de Almenara entre 1998 a 2006, 746 casos (n = 83,9%) realizaram a baciloscopia, sendo que 30,6% (n = 225) desses o resultado foram positivos (AMARAL, 2008).

A hanseníase é uma doença de notificação compulsória em todo o território brasileiro, portanto as UBS devem ter a ficha individual de notificação do SINAN, que deve ser preenchida no momento do diagnóstico e cuja cópia deve ser anexada no prontuário do cliente.

O formulário, né? Temos a [Ficha Epidemiológica e Clínica] FEC, né? Que é a ficha do SINAN, que a gente preenche ali, assim que tem o diagnóstico e tal, a gente preenche, tem um livro, né? O livro de registro, o livro de acompanhamento do paciente, é isso que você queria saber? Que mais? Tem aquela fichinha onde registra as doses, tem o cartão de aprazamento do paciente, acho que no mais é isso, o próprio prontuário do paciente também, que a gente faz as anotações, é isso. (ENF₆)

As enfermeiras notificam no caso e a gente comunica pra, faz a notificação para a Secretaria Municipal de Saúde e nós encaminhamos para a Secretaria Estadual, no caso, a GRS de Pedra Azul, que são notificados os casos existentes no município, entendeu? E através da GRS de Pedra Azul o Estado fica sabendo dos casos nossos. (G₁₀)

Eu tenho cópia de todos os pacientes que foram fichados, que foram cadastrados no programa de hanseníase, todos eles tem uma cópia da ficha aqui na unidade. E aí quando ela faz uma cópia lá e manda pra arquivar, já fica no prontuário do paciente. (ENF₅)

Os profissionais também devem preencher formulários específicos da hanseníase como o boletim de acompanhamento (contendo as informações sobre: data do último comparecimento, tipo de alta, data da alta, avaliação do grau de incapacidade na alta, número de contatos examinados, situação administrativa e o número de doses de PQT/OMS administradas), o cartão de aprazamento e o cartão de acompanhamento (para uso do paciente onde se deve registrar a data de retorno à unidade de saúde e o controle da adesão ao tratamento) (BRASIL, 2008a), sendo o enfermeiro o profissional que detém essa etapa do processo de trabalho em hanseníase.

A avaliação de incapacidades deve ser realizada obrigatoriamente no momento do diagnóstico, no meio do tratamento do caso MB (ou seja, com seis meses de tratamento) e na alta. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008a, p. 81),

esse procedimento é fundamental para o planejamento de ações de prevenção de incapacidades e para a obtenção de indicadores epidemiológicos. Esses indicadores possibilitam a análise da efetividade das ações de detecção precoce de casos, e a qualidade da assistência prestada durante o tratamento, podendo indicar a existência de casos não diagnosticados na população.

Os médicos dos municípios de Palmópolis e Rubim relataram que realizam a avaliação de incapacidades tanto no início do tratamento quanto na alta do paciente (MED₂, MED₄) e os que fazem uso de prednisona ou talidomida, é feito o acompanhamento mensal do cliente (G₂). Em Jacinto, a equipe da referência de hanseníase realiza supervisão nas unidades de saúde para verificar como está sendo realizada a avaliação de incapacidades e se os profissionais estão registrando essa avaliação no prontuário do paciente (G₉). A supervisão é a análise da execução de tarefas e do desempenho dos profissionais. É importante para apoiar, orientar e motivar os profissionais no aperfeiçoamento das ACH (MINAS GERAIS, 2007c), principalmente em relação à avaliação de incapacidades, que podem estar sendo relegadas a segundo plano no processo de descentralização (FUZIKAWA, 2007).

Para que os clientes desenvolvam os auto-cuidados, que são ações e atividades que o próprio paciente realiza para evitar o surgimento de problemas ou detectá-los precocemente para evitar as complicações, os profissionais de saúde devem realizar ações de educação em saúde para que o doente tenha o conhecimento, as habilidades e apoio adequados (BRASIL, 2001c). Os profissionais da equipe do PSF, inclusive o ACS realizam as orientações para a prevenção de incapacidades (G₃, G₁₁, MED₁₁, ENF₄, ENF₆, ENF₁₀, ENF₁₂) segundo informações do manual de Prevenção de Incapacidades do Ministério da Saúde (ENF₆).

A gente faz as orientações aqui, né? Os cuidados em relação a contato com coisas, principalmente se ele tiver com um grau de sensibilidade diminuído, né? Tenta orientar as questões de casa, as questões se o paciente for fumante, se o paciente for dona de casa, que costuma pegar em coisa quente, né? A gente tenta ver se mexe com luvas ou se tenta fazer alguma adaptação em relação a parte de cabos que possam pegar em coisa quente, os cuidados, orientação em relação a pé, né? Qualquer ferimento que apareça tá vindo no posto pra gente tá fazendo as orientações em relação a tratamento, curativo daquele pé, né? (MED₄)

As questões, por exemplo, os cuidados com o próprio corpo porque a pessoa da hanseníase, uma das características é a perda da sensibilidade, né? Então a pessoa pode estar se queimando fácil, pode se ferindo fácil, então a questão do auto-cuidado mesmo. (ENF₂)

A tendência da hanseníase é a perda de sensibilidade, né? Então você pode andar descalço e você pode pisar num prego, no caco de vidro, você vai se cortar e você não vai sentir, então a gente pede sempre pra não andar descalço, pra ter assim muito cuidado com os pés porque ali você pode assim se cortar profundamente e não sentir e aí depois pode até assim dificultar mais o trabalho ainda. (ACS₉)

A realização de ações de educação em saúde é uma prática que, para Pereira *et al.* (2008, p. 725), “otimiza a adesão ao tratamento e a emancipação do sujeito com hanseníase, devido à superação de limitações provocadas pela doença”. Alguns municípios como Jacinto, Almenara, Rubim possuem uma equipe de fisioterapia para acompanhar os pacientes hansenianos com incapacidades físicas (G₉, G₁₁, MED₄). As intervenções que visam à prevenção do agravamento de incapacidades incluem a orientação apropriada sobre auto-cuidados e o desenvolvimento de dispositivos para a proteção do cliente, como a confecção de palmilhas (OMS, 2005).

Tem duas fisioterapeutas, quando eu as contratei tinha o problema da hansen que a gente tinha que resolver, então elas já pegaram o problema, já estão orientando alguns pacientes, tratando, acompanhando alguns pacientes. (G₁₂)

Hoje a gente tem centro de fisioterapia aqui na cidade, né? Então a gente geralmente está pedindo pra passar por uma avaliação da fisioterapeuta também pra ela estar ajudando a gente nessa parte. Então a gente passa pra ela esse paciente com uma possível incapacidade pra avaliação fisioterapeuta. (MED₄)

Tem a fisioterapeuta, né? O que ela pode fazer em nível de fisioterapia, [...] ela orienta com relação aos cuidados com os pés, né? E a palmilha, orientando com relação ao tipo de sapato mais apropriado, nada apertado, não andar descalço, né? Porque aqui eles andam muito descalço ou às vezes a sandalhinha, né? Havaiana. Então assim, dá aquelas orientações pra ter os cuidados, pra não, o mais importante é não andar descalço. (ENF₁₂)

Os casos com grau de incapacidade física grave devem ser encaminhados para a reabilitação em um centro de referência, que no caso da microrregião é em Governador Valadares ou em Belo Horizonte (G₃, G₄, G₁₀, G₁₁, ENF₅), no Hospital das Clínicas ou no Hospital Eduardo de Menezes.

Um outro problema que a gente tem com relação a referência nessa região, nós não temos uma referência para atender os casos, as complicações, né? Nossa referência é Governador Valadares, o serviço de referência de Governador Valadares que é um serviço só ambulatorial e que inclusive os municípios nem tem pactuação lá, eles atendem meio que na boa vontade e quando precisa de uma internação hospitalar, aí ou é o Hospital Eduardo de Menezes em Belo Horizonte ou é o Hospital das Clínicas, né? Que recebem esses pacientes, que tem que ir pra lá. (G₁₃)

Os profissionais relatam que devido à ausência de vínculo com a equipe de Governador Valadares, é difícil encontrar vaga nesse serviço para encaminhar o cliente (G₉, G₁₁, MED₆). Inclusive realizam o contato direto com as instituições de referência de Belo Horizonte para conseguir uma vaga, mas mesmo assim os profissionais encontram dificuldades (G₁₁, MED₈). A OMS preconiza que a rede de encaminhamento tanto para apoio técnico quanto para os serviços hospitalares deve fazer parte de um sistema integrado de atenção à doença e que este sistema de referência e contra-referência para os níveis de média e alta complexidade deve ser fácil e equitativamente acessível a todos pacientes (BRASIL, 2006b; OMS, 2005).

Agora eu estou tentando encaminhar um outro paciente que ficou com sequela, só que não está fácil, não está fácil conseguir. (ENF₁₁)

Os serviços da Atenção Terciária devem ainda ser mantidos por várias décadas já que muitos pacientes podem desenvolver incapacidades físicas após o tratamento poliquimioterápico. A prestação de serviços de longa duração para pacientes que sofrem de sequelas de danos neurais, que necessitam além de intervenções clínicas e cirúrgicas, o apoio de serviços apropriados de orientação, é uma atividade do controle da doença frequentemente negligenciada segundo a OMS (2005), mas que merece uma atenção especial já que as incapacidades causadas pela doença contribuem para a manutenção do estigma e diminuem a credibilidade na cura (FUZIKAWA, 2007). No ano de 2007, 12,5% (n = 12) do total de casos diagnosticados na microrregião de Almenara apresentavam grau II de incapacidade física no momento do diagnóstico (MINAS GERAIS, 2008).

Considerando essa dificuldade para encaminhamento, a GRS de Pedra Azul e os municípios de sua jurisdição devem realizar pactuações a fim de construir uma rede eficiente de referência e de contra-referência para assim alcançar a integralidade da assistência ao hanseniano. O protocolo da SES/MG preconiza que todos os usuários com grau II de incapacidade física devem ser encaminhados para o tratamento complementar (MINAS GERAIS, 2007b). Um sistema de encaminhamento adequado significa que os serviços especializados para o atendimento das complicações e reabilitação dos portadores devem ser acessíveis e estar disponíveis para todos os doentes que necessitem deles, além dos familiares e profissionais (BRANDÃO, 2008; OMS, 2006).

5.2.4 Modo de diagnóstico

Um caso novo de hanseníase pode ser descoberto por meio da detecção ativa (investigação epidemiológica de contatos, inquéritos e campanhas) e passiva (demanda espontânea e encaminhamento). No estudo de Amaral (2008), 871 fichas dos 889 casos diagnosticados entre 1998 e 2006 traziam a informação do modo de descoberta. Desse total, 89,8% (n = 782) foram descobertos através de formas passivas de detecção, sendo 68,2% por demanda espontânea e 21,6% por encaminhamentos.

O alto percentual de casos diagnosticados por demanda espontânea pode levar a duas interpretações: uma sugere que os serviços de saúde estão detectando os casos passivamente, provavelmente com formas clínicas já avançadas, fator que contribui para a manutenção de casos ocultos na comunidade.

Não tem trabalho estruturado não, nós não temos, é o que eu te falei, aqui é a demanda espontânea. Chegou o caso, a suspeita, a gente providencia, tenta esclarecer o diagnóstico como nossos casos aí todos surgiram de demanda espontânea, quer dizer nós não temos aquela procura do problema. E o programa de hanseníase reza principalmente essa busca, essa procura desses pacientes que não são descobertos, né? E nós não temos esse programa aqui não. (MED₃)

Justamente isso a falta de busca ativa, a falta de capacitação, a falta de visão do profissional pra hanseníase, é pra gente chegar a uma conclusão, a um diagnóstico definitivo para fazermos um tratamento, talvez a gente tenha perdido muito tempo né, então infelizmente a gente teve esses casos com grau II. (G₂)

Outra interpretação seria que a realização frequente de campanhas de sensibilização da comunidade é a responsável pelo comparecimento voluntário dos suspeitos às unidades de saúde, já que elas incentivam a auto-notificação.

Todo mundo já sabe o que é hanseníase, que tem muita hanseníase, é como eu lhe disse uma grande parte já vem procurar um médico, doutor eu tô com uma mancha já está do tamanho da minha unha, quanto menor melhor o tratamento. A gente já fez palestra, já teve passos pela rua, quer dizer eles estão avisados, a gente explica quando tem um e tal, procura ver que deve aparecer mais casos em sua casa. (MED₇)

A gente fica vendo como que os municípios que tem divulgação de sinais e sintomas e que trabalha há mais tempo, você começa a vê, que a assistência não fica, você não tem grau II, né? Muitos, alguns casos, todos são grau 0. Então você começa a ter um diagnóstico precoce. Igual o município que me surpreende, me surpreende é Palmópolis, Palmópolis os casos todos eram grau II, eles tinham forte estigma na região, tinham paciente que dizia era aquela coisa do castigo e tal, né? Você vê que chegou

um médico lá, um médico muito bom, que fez treinamento, ele assim, mobilizou o município todo, a equipe toda e hoje, por exemplo, a gente vê os casos de Palmópolis todos grau 0, muita forma tuberculóide, sabe? Então, assim, muito paucibacilar, antigamente só se achava multi, né? (G₁₃)

A hipótese mais provável é que os serviços de saúde da microrregião de Almenara estejam atuando de forma passiva no controle da hanseníase, já que 67,4% (n = 598) do total de casos diagnosticados de 1998 a 2006 foram classificados em formas clínicas MB (AMARAL, 2008).

Então geralmente quando você chega ao diagnóstico, quando o paciente busca o serviço por causa de uma hanseníase, é porque já está numa fase mais evoluída e você deixa de pegar o paciente numa fase inicial da doença, né? (MED₃)

A demora no diagnóstico é o principal fator de risco para o desenvolvimento de incapacidades físicas (VAN VEEN; MEIMA; RICHARDUS, 2006). Em Salto da Divisa, por exemplo, nenhum caso diagnosticado na série histórica estudada por Amaral (2008) encontrava-se na forma inicial da doença, que é a indeterminada. Em 2007, com exceção de Jordânia, os demais municípios deste estudo tiveram mais de 50,0% dos casos diagnosticados eram MB, com destaque a Jequitinhonha (100,0% MB; n = 1); Rubim (75,0% MB; n = 3) e Jacinto (66,7% MB; n = 8) (MINAS GERAIS, 2008). O alto percentual de casos diagnosticados com formas clínicas multibacilares revela que está ocorrendo a manutenção da endemia hanseníase, contexto que favorece o contato precoce de crianças ao *M. leprae* (ALENCAR *et al.*, 2008).

Em Jordânia, 100,0% (n = 4) dos casos diagnosticados em 2007 foram PB, sendo que a procura precoce pelos serviços de saúde pode ter sido estimulado pela realização de campanhas educativas para a comunidade, conforme relato a seguir:

Acredito que o próprio PSF, assim mais informação, mais divulgação, acho que melhorou bastante com o PSF, a procura também, então muitas pessoas aqui procuram: ah eu estou com uma manchinha assim, eles acabam procurando, é bem a gente divulga bastante [...]. Eu acredito que é mais questão mesmo dessas visitas, a questão da informação, das divulgações, e o próprio Ministério da Saúde também tem lançado mais, né? Os cartazes aí, a pessoa chega aqui e às vezes olham, ficam olhando a mancha, procuram, é isso. (ENF₉)

Somente 10,2% (n = 89) foram diagnosticados por formas ativas de detecção: 8,1% desses casos por exame de contatos e 2,1% por exame de coletividade (AMARAL, 2008). Os relatos a seguir reafirmam a hipótese da atuação

passiva dos serviços de saúde da microrregião de Almenara para diagnosticar os casos de hanseníase.

Nós não temos um trabalho assim efetivo, uma busca ativa de paciente hanseniano. Então quando o paciente chega até a gente já está no estado calamitoso. Isso é uma realidade desde que chegamos aqui. E detalhe pior, nós temos um agravante, eu e a enfermeira, nós fizemos um curso de hanseníase lá em Almenara, lá nós tivemos toda uma orientação sobre como agir na cidade na busca ativa dos pacientes hansenianos. Tivemos toda uma orientação de como trabalhar com agente comunitário de saúde pra que ele pudesse ser um elo mais efetivo na busca desses pacientes pra gente. (MED₉)

Busca ativa, a gente faz muita busca ativa de contatos, né? A gente faz, mas não assim aleatoriamente, não assim do nada, entrou um caso novo a gente tem que examinar os contatos, né? (ENF₆)

A busca ativa significa para muitos profissionais a realização da vigilância dos contatos (G₄, G₅, MED₂). Isto é devido à organização das ACH se basearem na detecção passiva e, em situações especiais, na vigilância dos contatos (MARTELLI *et al.*, 2002). A vigilância dos contatos consiste em realizar o exame dermatoneurológico em todos os contatos intradomiciliares dos casos detectados.

Esses pacientes, feito o diagnóstico aqui no consultório, é feito o rastreamento sobre todos os comunicantes dele para identificar qualquer pessoa suspeita de hanseníase também para ser triada e tratada, né? (MED₂)

É considerado contato intradomiciliar toda pessoa que resida ou tenha residido com o doente nos últimos cinco anos (BRASIL, 2008a). Alguns municípios também consideram como contatos os vizinhos da direita e da esquerda principalmente quando o caso notificado é MB (MED₇) uma vez que através do exame dos contatos existe uma grande possibilidade de realizar o diagnóstico precoce (G₁₂). A integração das ações de controle da hanseníase no PSF tornou possível a ampliação da definição de contatos, ou seja, a inclusão de indivíduos que não são considerados contatos intradomiciliares, mas que estão em uma situação de risco para desenvolver a doença, como os vizinhos e contatos sociais (CUNHA; RODRIGUES; DUPPRE, 2004; PINTO NETO, 2004). Em contrapartida, Martelli *et al.* (2002) apontam que, mesmo ampliando o exame de contatos para além daqueles intradomiciliares, não assegura a detecção da maioria dos casos incidentes.

Então os comunicantes intradomiciliares e os vizinhos próximos, contato direto que o paciente tem, né? Mesmo que não seja intradomiciliar e os pacientes que tem mancha também são trazidos para a unidade pra fazer todos os testes, pedir exames que necessitam. (MED₂)

A gente identifica, pede pro agente ver os moradores da casa, ver os contatos intradomiciliares ou os que têm uma convivência muito próxima ali com eles, mesmo que não morem na casa, a gente pede, traz para o PSF, faz a avaliação de sensibilidade, né? Identifica a questão da vacinação, né? Se são vacinados, se não são vacinados, se tem a marca da vacina, e dá uma continuidade de acompanhamento no posto a princípio. (MED₄)

Quando os contatos examinados não apresentam sinais e sintomas da doença deve ser feita a orientação quanto ao período de incubação, transmissão, sinais e sintomas precoces da hanseníase (BRASIL, 2008a), mas em um município hiperendêmico optou-se por realizar a vigilância dos contatos a cada seis meses:

As pessoas que são contatos de doentes a gente trás eles pra unidade de saúde pra receber a dose da vacina e também são todas examinadas, às vezes a gente examina, examina de seis em seis meses, e tem uma atenção maior para com eles, pra que a gente não venha a perder esses pacientes se caso eles, eles estejam contaminados. (G₆)

O MS recomenda que os contatos de doentes paucibacilares devem ser acompanhados por dois anos a partir da data do início do tratamento do doente, e os contatos de doentes multibacilares acompanhados por cinco anos (BRASIL, 2002a). Dessa maneira, seria possível avaliar de fato se aquele familiar exposto desenvolveu a doença a partir do caso índice (SANTOS; CASTRO; FALQUETO, 2008). No estudo de Goulart *et al.* (2008), 75,0% dos contatos acompanhados desenvolveram a doença durante o primeiro ano de monitoramento.

Os enfermeiros possuem um papel fundamental no controle da hanseníase ao realizar a consulta de enfermagem para a avaliação dos comunicantes, conscientizá-los quanto aos sinais e sintomas da doença e encaminhá-los para a vacinação do BCG-ID já que a vacina aumenta a resistência do organismo contra as formas mais contagiosas da doença (VIEIRA *et al.*, 2008).

No momento que a gente detecta o caso, a gente já avalia quantas famílias moram e quantas pessoas moram na casa e né? Os contatos que a gente tem que avaliar são aqueles que conviveram em domicílio com a pessoa nos últimos cinco anos, então a gente está procurando esses pacientes, essas pessoas que conviveram no ambiente domiciliar com esse paciente nos últimos cinco anos, traz pra unidade de saúde, faz a avaliação, faz a pesquisa de alguma mancha, faz também a BCG, que é a prevenção e uma vez não encontrando nada que suspeita de hanseníase libera, no caso, se

tiver alguma pessoa que for constatado que também tenha, aí a gente vai fazer uma notificação. (ENF₁₀)

No ano de 2007, o único município que conseguiu examinar 100,0% dos contatos foi Jequitinhonha, mesmo não tendo um serviço bem estruturado, foi notificado nesse ano um caso MB e todos os contatos desse caso foram examinados.

Os municípios de Jordânia, Jacinto, Santa Maria do Salto, Palmópolis e Rubim que possuem um programa de hanseníase organizado e 100,0% da população coberta pelas ações do PSF, encontram dificuldades em realizar a vigilância de todos os contatos dos casos notificados²⁵.

A gente já marca na primeira consulta do paciente, quando o paciente vem e começa o tratamento, normalmente no primeiro mês a gente já agenda todo mundo da família pra poder fazer os exames. E aí depois a gente tem que ficar atrás daquele que não veio, ou daquele que não quer vir, sempre tem um na família que não quer aparecer. (ENF₅)

Para Dessunti *et al.* (2008, p. 690),

a falta de informações sobre a hanseníase e suas formas de transmissão coloca o próprio indivíduo como um ser passivo diante do controle da doença, pois muitos contatos domiciliares, a despeito da solicitação de comparecimento ao serviço de saúde para exame dermatoneurológico, acabam não comparecendo.

Os profissionais ainda enfrentam a resistência dos contatos para realizarem o exame, devido ao estigma. Fuzikawa (2007) corrobora que os profissionais ainda encontram dificuldades para o comparecimento dos contatos para serem avaliados principalmente devido à recusa dos familiares, apesar das orientações e tentativas realizadas pelos profissionais.

Então 100,0% dos contatos a gente não conseguiu avaliar não e tem um caso de paciente aqui que tinha uma condição socioeconômica melhor do que o normal, então ele teve uma dificuldade muito grande dele próprio aceitar que ele estava com hanseníase, então os contatos dele que está sendo difícil, né! Está tendo dificuldade pra gente buscar, pra vim no posto pra ser avaliado, mas temos corrido atrás. (G₉)

²⁵ Percentual de contatos examinados no ano de 2007 (MINAS GERAIS, 2008): Jordânia: 72,7%; Jacinto: 84,1%; Santa Maria do Salto: 88,9%; Palmópolis: 83,3%; Rubim: 72,7%.

Também existem dificuldades em localizar os contatos devido à migração das pessoas (G₉), os contatos residirem em outro município (ENF₈) e até mesmo em outro Estado, já que muitos municípios da microrregião fazem divisa com o Estado da Bahia (ENF₉).

Agora quando é paciente de outro município que faz tratamento no nosso, aí a gente não tem como fazer esse contato, é o caso que está acontecendo com dois pacientes nosso, um do Salto e um do Santo Antônio. (ENF₈)

A gente procura no ambiente familiar ali os contatos dos últimos cinco anos pra cá, é meio complicado, tem pessoa que teve contato há cinco anos atrás que nem mora mais na cidade, já mudou para outro lugar, mas pelo menos aqueles que estão dentro de casa a gente consegue avaliar. (ENF₁₀)

Vieira *et al.* (2008) recomendam que os municípios devem estabelecer parcerias com outras Unidades Básicas de Saúde de outras localidades no sentido de resgatar os contatos faltosos.

Em Almenara, o percentual de contatos examinados ainda é muito baixo (50,7% no ano 2007) (MINAS GERAIS, 2008) e o gestor reconhece que necessita melhorar a estratégia para a busca dos contatos:

Acho que, aí que eu falo com você, ainda não estamos bem na busca de contatos, que aí que eu acho que vai fazer a diferença, né? Em que a gente realmente acompanha os pacientes mais de perto e conheça seus contatos. Eu acho que aí que a gente está faltando isso, da gente pegar o paciente, o contato e falar agora eu pesquisar todos, eu vou atrás mesmo, ou levar o médico fazer a estratégia que for necessária, eu acho que aí é vê que ainda dá, que não está do jeito ainda que eu gostaria. (G₁₂)

O exame de contatos deveria ser uma prioridade dos programas de controle da doença, principalmente em regiões endêmicas, para interromper a transmissão e reduzir as incapacidades físicas e sociais, já que é o grupo que possui o maior risco de desenvolver a doença (GOULART *et al.*, 2008). A baixa cobertura dos contatos em Almenara pode ser explicada pela alta rotatividade dos profissionais do PSF (G₁₃). No Centro de Especialidades Médicas de Almenara, que é o serviço de referência para a hanseníase, é realizada uma convocação dos contatos do paciente índice, mas quando esses contatos não comparecem ao serviço para serem avaliados, não há uma busca ativa uma vez que o serviço de referência não conta com uma equipe de agentes de saúde para fazerem essa busca (MED₆). Assim, o controle dos contatos parece estar distante de sua efetivação, mesmo com as ACH parcialmente

descentralizadas para a Atenção Básica, o que pode interferir no controle da endemia nesse município (DESSUNTI *et al.*, 2008).

Às vezes torna-se necessário que a GRS e a Coordenação da Hanseníase realizem uma cobrança dos profissionais em relação aos contatos não examinados. A supervisão das atividades desenvolvidas pelas equipes de PSF é responsabilidade tanto do supervisor regional quanto dos secretários municipais de saúde (VISSCHEDIJK *et al.*, 2003).

Tinha um posto aqui que não avaliou um contato, só que eu entrevistei todos os pacientes que estavam com hanseníase deste posto, o que eu fiz pra cada paciente: eu quero o nome de todos os contatos, peguei nome, idade, quem é o marido, quem é o filho, quem mora junto, quem tem contato a mais de cinco anos, depois eu sentei com a enfermeira numa boa e falei assim, olha fulana nós vamos marcar pra todos esses contatos, não deu outra semana passada, de uma pessoa multibacilar deste posto, três contatos hanseníase. (MED₁₀)

O pessoal de Pedra Azul assim, estar sempre cobrando da gente, e isso ajuda, vira e mexe a coordenadora está ligando, está mandando fazer alguma coisa, está cobrando da gente alguma coisa então te desperta pro assunto. Agora mesmo ela cobrou a questão da avaliação dos contatos que tem alguns que foram feitos pra gente estar correndo atrás, e nisso parece que foi descoberto dois casos que era contatos, então isso incentiva a gente. (ENF₁₀)

A investigação adequada dos contatos deve ser realizada para interromper a cadeia de transmissão da hanseníase, pois trata precocemente os casos diagnosticados, evitando a disseminação do bacilo e a instalação de incapacidades (DESSUNTI *et al.*, 2008). Deve-se ter especial atenção na investigação dos contatos de menores de 15 anos, já que essa situação de adoecimento mostra que há transmissão recente e ativa que deve ser controlada (BRASIL, 2008a).

Os municípios de Palmópolis, Santa Maria do Salto e Jacinto já realizaram o Dia da Mancha, que é uma campanha em que são convocados os suspeitos dermatológicos para comparecerem à unidade de saúde para serem avaliados. Além de diagnosticar os casos de hanseníase, é realizada a conscientização da comunidade sobre a doença.

No meu PSF a gente já fez o Dia da Mancha aqui, né? A gente fez junto com a Secretaria. Nesse Dia da Mancha nós, através da rádio, através de carro de som, através dos agentes comunitários a gente divulgou o que seria esse Dia da Mancha, que foi o dia de combate à hanseníase, e todas as pessoas que tinham qualquer tipo de mancha a gente pediu pra comparecer num clube que tem aqui e lá estava o médico, estava a enfermeira, os agentes, o secretário pra tentar olhar todo mundo e triar, fazer uma triagem daqueles

casos que tinham manchas mais suspeitas daqueles casos que não eram, né. (MED₂)

Os exames de coletividade são importantes para detectar os casos ocultos na comunidade (WHO, 2003) e constitui-se de um instrumento de controle da doença no plano coletivo (LANA; ROCHA, 1997). Em Palmópolis, nesta campanha foram diagnosticados dois casos, um PB e um MB. Já em Jacinto, foram notificados sete novos casos de hanseníase:

Olha é um dia que é assim demanda espontânea, então hoje foram 51 pacientes só no Bairro Novo, então a demanda como foi muito grande acabou o dia, tinha que fechar o posto, nós já marcamos o segundo Dia da Mancha não é lá pra janeiro não, semana que vem, então foi um dia assim interessante, eu achei que a divulgação falhou um pouco, deveria ter falado assim com mais antecedência, é o que eu te falo do compromisso, o Dia da Mancha está marcado a três meses, as unidades começaram, então assim tem que ter agenda gente, vamos lá e vamos começar a divulgar, mas mesmo com uma divulgação as pressas a comunidade você precisa de ver compareceu em peso mesmo, assim prestigiou o evento, muito legal mesmo. (MED₁₀)

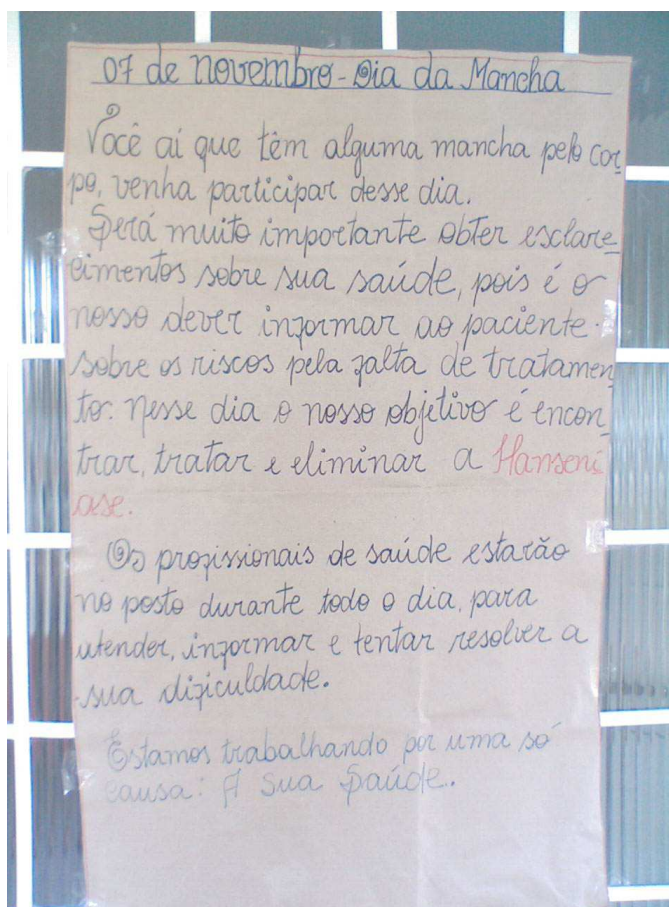


FIGURA 5 - Divulgação do Dia da Mancha. Jacinto, 2007

Para a realização do Dia da Mancha a GRS recomenda que tenha um dermatologista na equipe para dar resolutividade às outras dermatoses que aparecem (G₁₃):

Amanhã mesmo é o Dia da Mancha, aqui pra nós, nós vamos fazer, então vai estar os dois profissionais médicos, inclusive o dermatologista da unidade, durante todo o dia e nós vamos trazer todas as pessoas que tem qualquer tipo de mancha no corpo e pode ser que algumas podem ser uma micose, mas pode ser também que seja hanseníase. (ACS₉)

Em Jacinto, compareceram 51 suspeitos dermatológicos no multirão da mancha, foram atendidas as mais variadas doenças de pele, desde carcinoma até coisas mais simples, no entanto o município não possui condições para resolver todos os problemas de saúde diagnosticados e para ter realizado o Dia da Mancha, o município deveria ter se programado para dar resolutividade a todas as doenças diagnosticadas.

Só que é muito triste, você fazer um Dia da Mancha, atender 51 pacientes, aí você entrega uma receitinha e você sabe, por exemplo, que o filtro solar não é uma coisa disponível pra aquele paciente e há quanto tempo o Ministério da Saúde está com esse projeto? Ah, filtro solar? Se nem remédio de pressão tem? Filtro solar sim, porque além de ser direito do cidadão, a quantidade que eu atendo aqui de casos de doenças foto dermatoses, eu nunca vi tanto lúpus na minha vida! Aí eu te pergunto: fizemos o Dia da Mancha dos 51 pacientes, quem que conseguiu a medicação ali acessível? Derrepente vão ser 51 receitinhas jogadas no lixo, então é difícil, ser brasileiro tem essa coisa, mas a gente não pode olhar só esse lado aí, estou fazendo um lado negro, mas faz parte da nossa entrevista, mas eu acho que existe os dois lados né, por outro lado, olha os casos de hanseníase sendo tratados, isso não é uma vitória? (MED₁₀)

Em Almenara, que é o município que possui o maior número de casos na microrregião, ainda não foi realizado um exame de coletividade, pois, segundo o gestor, "ainda não tiveram pernas pra fazer isso" (G₁₁), mas estão programando um exame nos escolares, já que 8,2% (n = 35) do total de casos diagnosticados entre 1998 e 2006 foram em menores de 15 anos (AMARAL, 2008). Pereira Júnior e Torrecilla²⁶ (1997 apud AMARAL, 2008) indicam a realização de exames em escolares quando mais de 8,0% o total de casos forem detectados em menores de 15 anos.

²⁶ PEREIRA JÚNIOR, A. C.; TORRECILLA, M. A. Profilaxia da hanseníase. In: TALHARI, N.; NEVES, R. G. (Org.). **Dermatologia Tropical: Hanseníase**. 3. ed. Manaus: Gráfica Tropical, 1997. cap. 6, p.151-152.

Seguindo essa recomendação, os municípios de Jacinto (8,5% de casos diagnosticados em menores de 15 anos; n = 4), Jordânia (9,4%; n = 5), Santa Maria do Salto (19,8%; n = 17) e Salto da Divisa (10,3%; n = 3) também deveriam realizar inquéritos em escolares. Na microrregião como um todo, foram diagnosticados 74 casos em menores de 15 anos, o que corresponde a 8,3% do total de casos notificados entre 1998 e 2006 (AMARAL, 2008). Para Helene *et al.* (2008), a ausência de realização de busca ativa de casos de hanseníase causa preocupação e questionamento sobre a real situação de casos ativos de hanseníase nessa faixa etária.

5.2.5 Tratamento

A PQT é a estratégia atual de controle da hanseníase recomendada pela OMS e adotada pelo MS a partir de 1986 (LANA; ROCHA, 1997). O tratamento da hanseníase é realizado na UBS e o esquema terapêutico utilizado é disponibilizado pela GRS de acordo com a classificação operacional da doença.

Uma vez que notificou, que diagnosticou que é a hanseníase, né? A gente comunica com a GRS de Pedra Azul e eles fornecem o medicamento. Normalmente, normalmente às vezes já tem uma segunda dose de um paciente e você pega aquela segunda dose dele, já começa naquela pessoa e solicita a próxima dose porque aqui não tem estoque, não pode ficar estoque. Mas pelo menos tem uma dose a mais pra você iniciar no próximo aqui que for diagnosticado. (ENF₂)

Agora em conseguir o medicamento a gente não tem dificuldade, que é só notificar, né? Preencher a ficha direitinho, manda para Pedra Azul e eles disponibilizam o remédio, nunca teve problema, às vezes atrasa um pouquinho pra vim, mas isso não interfere muito não. (ENF₁₀)

O que dificulta o início imediato do tratamento em alguns municípios é a ausência de medicamentos PQT no estoque, então o município precisa deslocar até a GRS para buscar o medicamento. Além de ser dispendioso, o acesso até o município de Pedra Azul às vezes é dificultado pelas condições das estradas, que não são pavimentadas.

Eu acho que, o que dificulta é a distância nossa pro regional, muitas vezes a gente tem um paciente diagnosticado com hanseníase e o Estado ele não deixa estoque no município, não só a hanseníase, outros medicamentos ele não deixa estoque no município, então isso dificulta um pouco pra gente, porque eu tenho que rodar 130 km pra mim buscar um medicamento de hanseníase. (G₄)

Enquanto não é iniciado o tratamento, se o paciente for MB, ele continua mantendo a cadeia de transmissão da doença (MED₂). Por isso, torna-se necessário o fortalecimento da logística de abastecimento de medicamentos na microrregião de Almenara (OMS, 2005) e o reajuste do cálculo da quantidade de medicamentos hansenostáticos por municípios segundo as normas do MS. O MS preconiza que as unidades de saúde “devem ter em estoque e com validade o tratamento completo de todos os casos em registro na unidade e uma reserva 5,0% superior ao número de casos novos do ano anterior para atender os casos novos” (BRASIL, 2006b, p. 16).

A introdução da PQT foi considerada por Lana (1992) como uma nova tecnologia no processo de trabalho que exige uma nova organização da assistência à hanseníase: “compreendendo a instituição adequada da terapêutica, a realização oportuna de ações de prevenção de incapacidades, educação para a saúde do indivíduo, família e comunidade e introdução de novos agentes” (LANA; ROCHA, 1997, p. 114). O envolvimento do enfermeiro na realização das ACH ampliou-se consideravelmente após a implantação da PQT, já que iniciaram a execução de novas tarefas como a supervisão da dose mensal e avaliação de incapacidades físicas (OLIVEIRA, 2008).

A gente pega o prontuário, né? Faz a anamnese na pessoa, vê como que ela está, né? Pergunta se está tomando o remédio direitinho e anota as queixas, pesa, né? Sinais vitais. (ENF₄)

Como eu te falei, vêm aqui porque aqui eles têm que tomar uma dose, uma dosagem, uma dosagem no início do mês né, na data que ele começou o tratamento, ele tem que tomar uma dosagem todo mês e essa dosagem é tomada aqui na frente dos profissionais daqui né, e aí o acompanhamento aí vem pega a cartela de remédio dele, e o acompanhamento a gente é que faz né, os agentes comunitários, e, se ele não veio aí sim nós vamos ter que buscar ele, você entendeu? (ACS₆)

As doses supervisionadas são administradas a cada 28 dias pelo enfermeiro e, excepcionalmente pelos técnicos de enfermagem e ACS (ENF₆, ENF₁₀). No ato do comparecimento à unidade de saúde para receber a medicação específica preconizada, a dose supervisionada, o paciente deve ser submetido a uma consulta para a identificação precoce de estados reacionais, efeitos colaterais ou adversos aos medicamentos em uso, desenvolvimento de incapacidades físicas, surgimento de dano neural além de ser uma oportunidade para promover a educação em saúde (VISSCHEDIJK *et al.*, 2003). O acompanhamento do tratamento no restante do mês

é realizado pelos ACS (ACS₄). A supervisão da dose diária é um instrumento importante para garantir a regularidade do tratamento, a cura eventual e a prevenção de uma recidiva (OMS, 2006).

A gente procura mesmo, está em cima, chega na casa, me dá sua cartelinha aí, que dia foi que você tomou a dose? "Foi tal dia", vamos contar do dia que você tomou sua dose até hoje, se estiver certinho você está tomando, se não você tiver, então a gente vai perguntar o quê que aconteceu. (ACS₉)

O acompanhamento dos pacientes hansenianos compreende também a identificação precoce e tratamento das neurites e reações (FUZIKAWA, 2007). Reações hansênicas podem ocorrer antes, durante e após o tratamento e é essencial que os profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica saibam reconhecer e tratar essas reações precocemente para evitar as incapacidades físicas (LOCKWOOD; SUNEETHA, 2005). Na microrregião de Almenara, quando os profissionais da Atenção Básica identificam os usuários com surtos reacionais, eles encaminham os clientes para serem avaliados na referência (G₁₁), pois não se sentem seguros para iniciar o tratamento com a prednisona, no caso de reação tipo I e a talidomida, no caso da reação tipo II. O Ministério da Saúde recomenda que nas situações em que há dificuldade de encaminhamento imediato, o profissional médico deverá orientar repouso do membro afetado em caso de suspeita de neurite e iniciar prednisona na dose de 1mg/kg peso/dia, devendo ser tomadas as seguintes precauções para a sua utilização: registrar o peso, a pressão arterial e a taxa de glicose e fazer tratamento para estreptocidíase (BRASIL, 2008a).

Os médicos da Atenção Básica, eles às vezes tem uma dificuldade, em relação a questão do acompanhamento das reações, no caso da reação tipo I, no caso quando precisa usar talidomida, às vezes eles tem dificuldade, encaminham pra referência e a referência os contra-referencia, orientando como deve ser o seguimento deste tratamento. (G₁₁)

Graças a Deus, nunca foi necessário que eu mesmo iniciasse a prednisona. Eu tenho paciente com 60 mg mas não foi eu que iniciei. Então eu estou só mantendo essa dose, mas graças a Deus não foi preciso que eu tomasse essa atitude ainda. E pra te falar a verdade, não sei se eu tomaria se fosse necessário. Eu acho que eu encaminhava. (MED₉)

O seguimento é feito na UBS com a avaliação médica a cada 15 dias para monitorizar os possíveis efeitos colaterais e o ACS realiza semanalmente uma visita domiciliar (ENF₅). Esses pacientes devem ser acompanhados sistematicamente no

curso agudo das reações até a retirada total dos medicamentos utilizados para o tratamento das reações (MINAS GERAIS, 2007b).

O paciente, durante o tratamento PQT, pode apresentar alguns efeitos adversos dos medicamentos como anemia grave, cianose de extremidades, sintomas parecidos com a gripe após a dose supervisionada, icterícia, náuseas e vômitos incontroláveis e pele apresentando edema, eritema, vesículas, bolhas e descamação. Quando o cliente evolui com efeito colateral de um dos medicamentos da PQT padrão, esse cliente deve ser encaminhado para o centro de referência para receber o tratamento alternativo (MED₁₀):

Nós não tínhamos um fluxo não, nós tínhamos na verdade um médico que era referência lá em Valadares, mas era uma dificuldade muito grande pra gente conseguir alguma coisa lá, entendeu? Nós conseguimos até um paciente que era virchowiana, ele deu um problema nas hemácias, hemoglobina por conta do medicamento, ele deu um problema, aí nós conseguimos com muito custo uma vaga pra ele lá, aí foi tirou a dapsona, foi feito um tratamento alternativo pra ele, hoje ele está curado, mas está sendo acompanhado por culpa das alterações que já tinham sido acometidas, né. Mas era em Valadares, né! (G₉)

Nós temos atualmente um paciente que faz esquema alternativo lá no Eduardo de Menezes, ele vai todos os meses, está terminando agora, já vai fazer dois anos, porque ele, nós tentamos trazer o medicamento para cá, esta foi uma das nossas dificuldades. Ele foi pra Belo Horizonte, eles passaram um esquema alternativo pra ele, só que a Secretaria não libera o medicamento de esquema alternativo para a unidade básica. Então ele teve que ir à Belo Horizonte todos os meses ou, às vezes, 60 dias, às vezes, eles davam medicamento para ele trazer pra 60 dias, mas ele ficou esses dois anos trazendo medicamento de Belo Horizonte. (ENF₅)

Em relação ao depoimento supracitado, a OMS recomenda que se o doente tiver dificuldade em ir receber a dose supervisionada, ele pode receber mais de um blister de PQT de uma vez só para que as visitas à unidade de saúde sejam menos frequentes (OMS, 2006). Nesses casos, é necessário envolver outra pessoa responsável para supervisionar o tratamento (um voluntário comunitário, um familiar ou um vizinho), para ajudar o doente a continuar o tratamento corretamente em casa (DECLERCQ, 2001). O principal motivo para manter o contato frequente do doente com a unidade de saúde é para acompanhar o seguimento do tratamento, monitorar o desenvolvimento de complicações e educar o paciente sobre a necessidade de completar o tratamento (ILEP, 2002; LOCKWOOD; SUNEETHA, 2005).

Um caso de abandono “corresponde a um indivíduo que não completa o tratamento no intervalo de tempo máximo permitido” (OMS, 2006, p. 34). No ano de 2007, 15 casos de hanseníase na microrregião de Almenara abandonaram o tratamento, o que corresponde um percentual de 15,8% (MINAS GERAIS, 2008), acima do parâmetro estabelecido pelo MS (< 10,0% de abandono). O ACS é o principal profissional que realiza a busca dos faltosos (ENF₆, MED₄, ENF₁₀, ACS₆). O Ministério da Saúde recomenda que “os pacientes que não comparecerem a dose supervisionada por mais de 30 dias deverão ser visitados em seus domicílios, para pesquisar e intervir nas possíveis causas de falta, orientá-los e consequentemente evitar a situação de abandono” (BRASIL, 2008a, p. 85).

É nos casos faltosos quando a gente percebe que estava marcado na nossa agenda hoje era dia do Senhor Zezinho vir aqui buscar o remédio pra hanseníase e não veio buscar, não veio tomar a dose supervisionada, mando o agente imediatamente na casa saber porque não veio, porque se está com um problema em casa a gente vai levar o medicamento na residência, se não, ah não esqueceu manda ele vir no mesmo dia pra que a coisa tenha continuidade certinho. (MED₄)

Tem casos que abandonam mais só tem que a gente corre atrás como eu te falei, faz a busca ativa e acaba trazendo ele de volta. Tem paciente que a gente tem que estar acompanhando mesmo, estar atrás mesmo, por que não toma o medicamento. (ACS₆)

Os motivos que levam ao abandono do tratamento são o alcoolismo, já que os clientes deixam de fazer o uso dos medicamentos para ingerir a bebida alcoólica (G₁₀, MED₁₁, ENF₁₁, ACS₁₀) e os efeitos colaterais dos medicamentos da PQT (ENF₁₀, ACS₉).

Eu estou até com o paciente que ele abandonou o tratamento, eu já cheguei ir até no boteco atrás dele e ele se escondeu de mim, cheguei até propor pro dono da venda dar o remédio pra ele e só vender cachaça se ele tomasse o remédio pra ver se aderiria novamente ao tratamento. (ENF₁₁)

Nós só tivemos problema com uma família, que é uma família de alcoólatra que estava um pouco resistente. Até o paciente estava resistente contra a medicação. Nós tivemos que tomar assim, dar o remédio meio forçado pra ele, tá? Como ele teve que tomar assim meio fiscalizado, a gente ia lá, a gente tinha que ir olhar tomar o remédio todos os dias, o agente ia olhar ele beber o remédio, fora a dose supervisionada que é feito aqui, então a dose diária dele era supervisionada também, não só aquela primeira dose, então todos os comprimidos eram supervisionados. (MED₂)

Tem pacientes que eles sabem que estão doentes, mas são resistentes, às vezes não querem tomar e quando tomam não sentem bem, aí quando você está na visita você vai fazer a contagem da cartela, aí está sobrando cinco comprimidos e você pergunta: Por que tá sobrando cinco comprimidos? “Ah porque está me dando dor de estômago; ah porque minha pele está ficando

muito vermelha; é porque minha urina está muito escura e porque estou passando mal; eu não estou bem e o que você vai orientar?" Que mesmo ele está sentindo todas as aquelas coisas ele tem que tomar e a gente agenda uma consulta com o médico ou com a enfermeira, senta todo mundo junto conversa com ele que é assim mesmo, então o fato da urina ficar mais escura, a pele, isso sim é consequência do tratamento, aí depois eles acabam assim aceitando. (ACS₉)

Lana (1997) afirma que o estigma e o preconceito dos pacientes e familiares podem levar à descontinuidade do tratamento e ao abandono do mesmo, o que pode ser verificado no relato a seguir:

Hoje a gente só tem um paciente que não aceitou o diagnóstico dado por nós e até hoje ele não toma a medicação, e já vai ser considerado abandono de tratamento, né? Foi um paciente muito influenciado pela família dele, a gente já buscou conversar com a família e a família não aceita o diagnóstico da hanseníase embora a gente já tenha identificado assim que a família mesmo ou, por orientação de alguém, colocou elástico na havaiana, entendeu? A gente não consegue fazer com que ele aceite o tratamento. Esse é um caso específico que a gente está tendo que a gente tem de um paciente que a gente não conseguiu convencer por conta da família, né? Mas no restante assim, a gente não teve abandono de tratamento depois que a gente iniciou os tratamentos, a gente não teve nenhuma rejeição ao tratamento. (MED₄)

Esse relato ainda corrobora com Queiroz e Carrasco (1995 apud LANA, 1997) ao afirmarem que o doente de hanseníase no Brasil tem uma forte tendência para encobrimento da doença com o apoio da família.

O critério para alta por cura adotado pela OMS e pelo MS é ter completado o esquema terapêutico padrão: nos casos PB, serão considerados curados os pacientes que completarem as seis doses supervisionadas em período de até nove meses; e nos casos MB, os pacientes que completarem as 12 doses num período de até 18 meses (MINAS GERAIS, 2007b). Assim, o paciente faltoso pode ter as doses anteriores contabilizadas para receber a alta por cura.

Outro dia eu peguei uma paciente na referência que ficou um tempo sem usar o medicamento, é Paucibacilar, corri na unidade e falei: "Gente como ficou? Por que não foram na fazenda, por que que não foram? Existe um PSF é pra isso!" Chegamos lá descobrimos que a paciente, conversamos com ela, ela estava sentindo um efeito colateral que não tinha haver com o remédio, fiz o acolhimento e ela topou voltar a tratar, aí a unidade de saúde "ah, vai ter que começar a tratar de novo", aí eu falei: "como é que é? A gente não fez, vamos primeiro perguntar pra paciente, quanto tempo ela ficou sem tomar o remédio, como ela é paucibacilar, ela tem que fazer seis doses em até nove meses, se ela tomou só um e parou só mais um, ela não perdeu aquela dose", aí eu chamei o PSF e falei: "gente, gente, isso aqui vocês já estão carecas de saber e tendo dúvidas vamos consultar o manual, vamos perguntar!" Mas o que acontece, se não tivesse essa pessoa de

referência, que não importa se é dermatologista, se é cirurgião, se é o que for, vamos supor um município que tenha 10 unidades de PSF, uma enfermeira ou um médico, ou igual aqui é um médico, uma enfermeira, um fisioterapeuta, apenas alguém pra ser uma referência, um guia, por que? Se não tiver esse tipo de referência esta paciente teria sido uma paciente perdida, abandono de tratamento. (MED₁₀)

Todos os casos de hanseníase que recebem alta por cura devem ser submetidos à avaliação neurológica simplificada²⁷. A confirmação da alta por cura deve ser realizada por um médico (BRASIL, 2008a). Em alguns municípios, quando o cliente vai receber a alta por cura, ele também é avaliado pelo fisioterapeuta (ENF₁₀). O percentual de cura entre os casos novos de hanseníase nos anos das coortes²⁸ na microrregião de Almenara em 2007 foi de 87,6%, percentual considerado regular²⁹ segundo os parâmetros do Ministério da Saúde (MINAS GERAIS, 2008).

Nenhum profissional de saúde entrevistado relatou realizar o acompanhamento do cliente após a conclusão da PQT, período reconhecido como momento pós-alta apesar de que 30,0% a 40,0% dos pacientes podem desenvolver surtos reacionais pós-alta e cerca de 10,0% dos pacientes podem evoluir com deformidades físicas e 30,0% com alteração de sensibilidade nos olhos, mãos e pés (MINAS GERAIS, 2007b). Por isso, esse período também deve ser considerado como relevante, além do momento do diagnóstico e do período de tratamento com a PQT, para a abordagem baseada na perspectiva de longitudinalidade do cuidado e da integralidade (OMS³⁰, 2003 apud BARBOSA *et al.*, 2008).

5.2.6 Vigilância epidemiológica da hanseníase

O sistema de informação é um componente fundamental da vigilância epidemiológica sendo que "as informações geradas são úteis para o diagnóstico e

²⁷ A avaliação neurológica simplificada consiste em realizar a palpação de nervos; o teste de força muscular; o teste de sensibilidade de córnea, palmas e plantas e determinar o grau de incapacidade nas mãos, pés e olhos (MINAS GERAIS, 2007b).

²⁸ Coorte: PB diagnosticados em 2006 e MB diagnosticados em 2005 (MINAS GERAIS, 2008).

²⁹ Parâmetro regular: 75,0% a 89,0% (MINAS GERAIS, 2007b).

³⁰ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. São Paulo: EDUSP, 2003.

para análise da situação de saúde da população, para o processo de planejamento - identificação de prioridades, programação de atividades, alocação de recursos, avaliação das ações” (MINAS GERAIS, 2007b, p. 47).

Todos os municípios deste estudo relataram que encaminham a ficha de notificação de caso do SINAN para a GRS de Pedra Azul, mas que eles não recebem um retorno da GRS com o consolidado dos dados epidemiológicos gerados. Tradicionalmente os dados são consolidados e analisados no nível central e os resultados dificilmente retornam ao nível municipal (ANDRADE³¹, 1996 apud MOREIRA, 2002; MENDES-GONÇALVES, 1994). Por isso, Palmópolis e Almenara relatam o desejo de descentralizar o SINAN-NET para que eles consigam consolidar esses dados.

Nós ainda não temos o SINAN de hansen descentralizado, é uma batalha que nós queremos ter ele pra facilitar inclusive a análise dos dados por nós, mas encaminhamos pra Pedra Azul para Belo Horizonte, maior dificuldade para se conseguir consolidar alguma coisa, saber, por exemplo: Qual foi o nosso índice de abandono oficial? Então isso é uma dificuldade pra gente, eu acho que assim que descentralizar o SINAN vai facilitar e muito, nós vamos digitar o próprio serviço aqui e temos como tirar relatórios muito mais atualizados, como é que está o processo, o andamento da hanseníase aqui no município. (G₁₁)

O SINAN-NET é um *software* que permite a consolidação dos dados, simplifica a análise e permite a emissão de relatórios. A implantação do SINAN-NET em Almenara foi uma das propostas discutidas no Plano Municipal de Saúde em 2007 para a Vigilância Epidemiológica (ALMENARA, 2007b).

Os municípios de Jacinto e Santa Maria do Salto apropriam dos resultados obtidos na avaliação dos dados epidemiológicos para subsidiar a tomada de decisão, o planejamento das ações e o controle das atividades.

Na verdade, a gente eu não recebo não o retorno. O quê que a gente faz? A gente senta quando a gente faz o Plano Anual de Trabalho, o PAT, a gente senta, avalia quantos casos foi naquele ano, quais formas, né? Se teve abandono, se teve um óbito, a gente faz essa avaliação para fazer o PAT. (ENF₈)

³¹ ANDRADE, V. L. G. **Evolução da hanseníase no Brasil e perspectivas para sua eliminação como um problema de Saúde Pública.** 1996. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1996.

Podemos concluir que a análise de dados no nível local ainda é frágil apesar de que a Coordenadoria Estadual de Dermatologia Sanitária de Minas Gerais recomendar que as equipes de saúde devem analisar mensalmente (MINAS GERAIS, 2007c, p. 40).

1. Os casos ocorridos por local de residência, faixa etária, sexo, forma clínica, modo de descoberta, grau de incapacidade, etc;
2. Os casos em acompanhamento: regularidade, tempo de tratamento, curados entre os que deveriam receber alta por cura, etc;
3. As estratégias utilizadas pela unidade de saúde para descoberta precoce dos casos e o tratamento regular.

Já o MS recomenda que as gerências de saúde devam produzir, trimestralmente, relatórios com os indicadores epidemiológicos e operacionais para o acompanhamento da endemia e das ações de eliminação e controle da doença (BRASIL, 2006b). A ausência de um fluxo ágil das informações da GRS de Pedra Azul para o nível municipal tem dificultado os últimos na construção de indicadores epidemiológicos e operacionais que permitem avaliar o comportamento da endemia hanseníase. Anualmente, os municípios também devem comparar a sua situação epidemiológica e operacional com os parâmetros do MS e com os resultados dos anos anteriores para acompanhar as tendências e mudanças ocorridas em um período de tempo (MINAS GERAIS, 2007c).

Kasturiaratchi, Settinayake e Grewal (2002) afirmam que a completa integração das ACH na Atenção Básica ocorrerá quando o nível local apropriar de seu poder de decisão através da consolidação dos dados epidemiológicos. Drumond Júnior (2003, p. 70) complementa que o uso da epidemiologia pelos serviços de saúde,

a partir da captação de dados e com a utilização de indicadores, técnicas e métodos estruturados em projetos de intervenção, pode-se contribuir no diagnóstico, vigilância, monitorização e avaliação de ações de saúde no âmbito coletivo, referentes a qualquer agravo. Nestas atividades a epidemiologia pode contribuir nos diversos níveis do sistema de saúde para a abordagem de problemas e orientação de práticas.

Torna-se evidente que os profissionais de saúde e gestores que atuam na microrregião de Almenara não se apropriam do conhecimento gerado pela epidemiologia na formulação de suas práticas e políticas de saúde, respectivamente, apesar de que, no atual contexto da Saúde Pública brasileira, a epidemiologia seja

um instrumento de trabalho que contribui para a busca de respostas aos problemas de saúde e orienta ações visando promover a saúde da população. Portanto, a abordagem coletiva dos problemas de saúde não é ainda uma questão que orienta as práticas dos profissionais que atuam nos municípios desse estudo.

5.3 Trabalho futuro

Os profissionais identificaram algumas áreas que necessitam de ações no futuro, com exceção dos sujeitos da pesquisa que atuam nos municípios de Jacinto, Jordânia e Palmópolis.

A principal sugestão dos profissionais que atuam nos municípios de Almenara, Rubim e Santa Maria do Salto para melhorar o programa de controle da hanseníase em seus respectivos municípios foi intensificar as ações de sensibilização da comunidade e dos ACS.

Os trabalhos de sensibilização, poderíamos estar indo nas escolas, nas reuniões do grupo, o próprio trabalho de PSF, capacitar esses meninos realmente para estar entrando nessas casas, falando de hanseníase, quer dizer uma coisa bem maior que deveria estar acontecendo certo, mas eu acho que poderia melhorar, intensificar mais. (G₇)

Eu acho que deveria ter uma capacitação com os agentes comunitários de saúde [...] porque eu acho que os agentes eles devem ser capacitados porque é eles que estão em contato com a comunidade, ele que é ponte da comunidade com a unidade de saúde, não é isso? Então eu acho que deveria trabalhar mais esses agentes comunitários, que ah em questão, até hoje não teve ainda essa capacitação, entendeu? Eu acho que deveria melhorar nessa questão. (ENF₆)

Em Salto da Divisa, além da sensibilização da comunidade e capacitação dos ACS, o profissional médico levantou a necessidade de abrir uma agenda para atender os suspeitos dermatológicos.

A primeira coisa que eu te proporia é que a gente capacitasse os agentes comunitários de saúde, primeira coisa que eu sugeriria pra que eles trouxessem esses pacientes pra cá. E depois, sugeriria talvez igual eu estou fazendo pra puericultura, marcasse um dia na semana ou de 15 em 15 dias, vamos colocar assim, uma sexta-feira de 15 em 15 dias pra que essas pessoas viessem até aqui. Essas pessoas que o agente identificasse em casa, acho que eu faria dessa forma, acho que sugeriria, acho que eu te daria essa sugestão e veria o que você acha [...] eu acredito que se a gente usasse como formas de divulgação a radio Arapuã, as igrejas, talvez a gente conseguisse estar conscientizando melhor a população nessa necessidade. (MED₉)

Em Jequitinhonha, o gestor identifica a necessidade de reestruturar o programa de controle da hanseníase, primeiramente a partir da capacitação dos profissionais de saúde para então estimular as equipes do PSF para atender os suspeitos, realizar a busca ativa e detecção de casos, além do exame de contatos. Relata também a importância de formar uma equipe de referência municipal para dar suporte às ACH desenvolvidas pelas equipes do PSF e de disponibilizar todos os instrumentos necessários para a realização do exame dermatoneurológico e a baciloscopia.

Temos que reestruturar o programa, né? Primeira ação, capacitação de todos os profissionais. Aí nós temos que montar e reestruturar o nosso sistema de trabalho, melhorar um pouco a visão das pessoas e dos profissionais [...] eu quero agradecer a presença suas aqui, falar que realmente é muito importante, aguça mais a nossa vontade de mudar porque tá uma tristeza, é uma certa tristeza em mim como enfermeira, como coordenadora do PSF, saber que nosso trabalho de hanseníase realmente está a desejar. E a minha vontade, a vontade do gestor, do secretário de que haja realmente essa mudança e num prazo assim rápido. Então, quero dizer pra você isso, que o meu desejo e o nosso desejo essa mudança. (G₂)

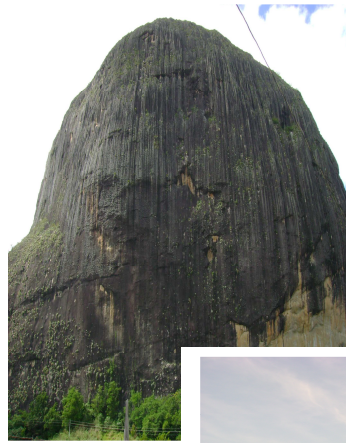
Os profissionais de Monte Formoso sugerem que, para implantar o programa de controle da hanseníase no município, é necessário primeiramente estabilidade profissional, estarem capacitados para exercerem as ações de controle da doença, realizar ações de sensibilização da comunidade e montar uma agenda para atendimento dos suspeitos dermatológicos.

Primeiro a gente tem que explicar pra população o que é a hanseníase. Porque não é de conhecimento da população uma doença que como não tem, o pessoal ouve-se falar muito pouco, então primeiro a gente teria que levar ao conhecimento da população o que é a hanseníase, qual que é os sinais, os sintomas, explicar todas as características da doença [...] e também fazer uma capacitação dos profissionais que estarão envolvidos nessa sensibilização que é o que a gente precisa também, tanto do profissional médico, do agente de saúde, da enfermagem e interesse também por parte da administração. [...] Eu queria agradecer porque eu acho que essa iniciativa, essa pesquisa vai mudar alguns olhares a partir de hoje. Gostei demais, demais, demais mesmo da presença de vocês aqui, porque às vezes a gente tem um pensamento, mas precisa de que pessoas de fora venham pra sensibilizar. Então achei muito importante a presença suas aqui pra isso, quem sabe a partir de agora a gente tenha um olhar diferente da administração pra esse agravo que tava realmente um pouco esquecido né, que a gente tenha capacitação de profissionais pra atualizar isso aí e leve o programa com maior seriedade né, atentando que o agravo existe, na realidade tá um pouquinho esquecido né, a questão da hanseníase. (ENF₁)

Já a GRS de Pedra Azul pretende realizar, com todos os municípios de sua jurisdição, uma reunião anual para discutir os dados epidemiológicos e operacionais e para fazer o Plano Anual de Trabalho em Hanseníase “pra ver o que eles vão estar pactuando naquele plano, o que eles vão estar se comprometendo a fazer, né? E aí entra tudo com relação a diagnóstico, a treinamento, alta por cura, a exame de contato, a referência” (G₁₃). As atividades de monitoramento devem ser realizadas periodicamente, como parte das atividades de supervisão, a fim de validar os indicadores epidemiológicos e verificar a qualidade da atenção à doença (OMS, 2005). Para Mendes-Gonçalves (1994), a discussão de programas em termos de seus objetivos e das estratégias de implantação e implementação é um instrumento importantíssimo para o controle do processo de trabalho desenvolvido pelos municípios da GRS de Pedra Azul.

Em estudos semelhantes, as sugestões que apareceram com maior frequência para melhorar as ACH foram a capacitação dos profissionais e a realização de campanhas de sensibilização da comunidade (FUZIKAWA, 2007; MORENO; ENDERS; SIMPSON, 2008). Para Lana (1992), é necessário desenvolver instrumentos para o controle da hanseníase que vão além daqueles voltados para o diagnóstico e tratamento. Nesse sentido, as ações de sensibilização da comunidade são instrumentos que incorporam a idéia da doença como um problema coletivo. Espera-se que os municípios da microrregião desenvolvam uma nova tecnologia no controle da hanseníase a partir da divulgação dos sinais e sintomas da doença para a comunidade.

Considerações finais



6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Em cada grão de tecnologia estão contidas, assim, ao mesmo tempo, todas as determinações do passado que nela desembocam e toda a construção viva do futuro”.

Mendes-Gonçalves, 1994, p. 268

Esta investigação permitiu caracterizar a organização tecnológica do processo de trabalho em hanseníase em nove municípios da microrregião de Almenara. Confirmando o nosso pressuposto teórico, concluímos que as atividades de controle da hanseníase que são ofertadas pelos serviços de saúde dos municípios da microrregião de Almenara são influenciadas pelo nível de organização tecnológica desses serviços ao verificarmos, por exemplo, que os municípios que possuem uma concepção fragmentada da finalidade do processo de trabalho em hanseníase não realizam todas as atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde para a prevenção e controle da doença.

Os fatores que determinam esse processo de trabalho encontrado nos municípios objeto desse estudo são: a priorização deste agravo na política municipal de saúde, o comprometimento dos gestores; a presença de profissionais de saúde capacitados e empenhados na realização das ações de controle da doença, a disponibilização de instrumentos para a realização do exame dermatoneurológico, o oferecimento do exame baciloscópico e a disponibilização de recursos para a divulgação dos sinais e sintomas da hanseníase para a população.

Concluímos que a atual organização dos serviços de saúde dos municípios está estruturada pelo modelo clínico que visa o atendimento individual do doente, sendo que as práticas de saúde voltadas para a abordagem coletiva do problema (educação para a comunidade; busca dos contatos; vigilância epidemiológica) ainda são bastante pontuais. Apesar dessa fragilidade, as práticas de abordagem coletiva da hanseníase se articulam com as práticas individuais para dar sentido à totalidade do processo de trabalho em hanseníase.

A análise do modelo assistencial em hanseníase permitiu verificar que o processo de integração das ACH na atenção básica iniciou-se tardiamente, no momento em que a meta de eliminação da doença foi adiada para 2010, e partir de então foi considerada uma tecnologia capaz de enfrentar a endemia hanseníase na microrregião de Almenara. Por isso, em alguns municípios, o processo de descentralização para as unidades de PSF ainda está incompleto uma vez que em algumas unidades de saúde somente a suspeita diagnóstica é realizada, mas o tratamento fica a cargo da unidade de referência.

Almenara possui uma característica histórica, que é a atenção da hanseníase no Centro de Especialidades Médicas, que faz com que os profissionais de saúde do PSF se posicionem entre o novo e o antigo modelo de atenção num processo de contradição, que acaba não permitindo o envolvimento efetivo da atenção básica no controle da doença. Este obstáculo deve ser reconhecido pelos gestores para enfrentar e superar os problemas a fim de sustentar o processo de integração das ACH na atenção básica à saúde.

A descentralização das ACH para as unidades de PSF permitiu uma nova caracterização do trabalho em hanseníase e a incorporação de um novo agente ao processo de trabalho: o ACS. A inserção do ACS no desenvolvimento das ACH permitiu uma melhora da busca ativa dos faltosos, da busca dos comunicantes e até mesmo a supervisão do tratamento poliquimioterápico.

Verificamos que existe uma divisão do processo de trabalho em hanseníase nos serviços de saúde: os médicos ainda mantêm uma assistência curativa e individual ao enfatizarem o seu trabalho para o diagnóstico e a terapêutica, sendo que a maioria deles relatou que não participam de atividades de sensibilização da comunidade e treinamento dos ACS; os enfermeiros supervisionam o trabalho desenvolvido pelos ACS e, de um modo geral, dominam todo o processo de trabalho em hanseníase já que são os responsáveis pelo planejamento e execução das ações de assistência e controle dos pacientes e dos contatos e os ACS realizam as ações educativas, a busca de suspeitos dermatológicos, de contatos e de faltosos, e, em alguns casos, realizam a supervisão diária do tratamento.

Foram identificados os seguintes obstáculos enfrentados pelos serviços de saúde na realização das ações de controle da hanseníase:

- a. Oferta restrita dos serviços de saúde às comunidades localizadas na zona rural;
- b. Dificuldade em priorizar o agravo frente aos demais programas da Atenção Básica;
- c. Profissionais de saúde descomprometidos com a hanseníase e sem perfil para trabalharem no PSF;
- d. Alta rotatividade dos profissionais de saúde da Atenção Básica;
- e. A dificuldade da GRS de Pedra Azul em capacitar os profissionais recém-contratados;
- f. Profissionais de saúde alegarem que não estão capazes para realizarem as ACH apesar de terem participado de cursos de capacitação;
- g. Os serviços de saúde não realizam continuamente as atividades de sensibilização da comunidade;
- h. Ausência de profissionais bioquímicos capacitados em alguns municípios para realizarem o BAAR, o que gera a necessidade do município encaminhar os pacientes para outros municípios;
- i. Dificuldade de alguns municípios em oferecer para os profissionais de saúde os recursos materiais necessários para o controle da hanseníase, como exemplo, os estesiômetros;
- j. Planejamento inadequado do estoque de medicamentos hansenostáticos;
- k. Ausência de uma equipe de referência municipal;
- l. Insuficiência do sistema de referência para os serviços de Atenção Secundária e Terciária;
- m. A vigilância epidemiológica da doença nos municípios desse estudo assume um caráter de fragilidade, ficando num plano secundário, sendo que os municípios não incorporam o saber da epidemiologia para definirem a programação e monitorização de suas práticas de saúde.

Alguns municípios empregam estratégias específicas para enfrentar os obstáculos frente ao processo de controle da hanseníase como problema de Saúde Pública tais como a realização de cursos de capacitação para os profissionais recém-contratados, tendo como monitores os próprios profissionais que atuam nas equipes

de PSF, e as reuniões clínicas que possibilitam a construção do conhecimento das ACH na própria prática de seus agentes. Dessa forma, confirmamos também o nosso pressuposto teórico de que as práticas de saúde em hanseníase são tecnologias desenvolvidas dentro do próprio processo de trabalho e são historicamente e socialmente determinadas, pois ocorrem de formas distintas de acordo com o local e com as transformações que ocorrem na sociedade.

A partir dos resultados encontrados, concluímos que a estrutura e organização dos serviços de saúde têm grande influência no desenho da situação epidemiológica da doença nessa microrregião do Vale do Jequitinhonha. O principal desafio desses municípios é a reestruturação do programa de controle da doença fundamentada em políticas públicas efetivas que garantam a sustentabilidade econômica, política e social do plano de controle da hanseníase.

Considerando a inesgotabilidade da realidade da hanseníase na microrregião de Almenara, torna-se necessário a realização de novos estudos que permitam compreender a representação social que a comunidade dessa microrregião possui em relação à hanseníase e a sua influência no desenvolvimento das ações de controle da doença uma vez que a concepção de uma população sobre a doença na sociedade, transmissão, risco e assistência necessária para o controle podem exercer pressão para a organização de ações de controle. O conhecimento das representações sociais da população sobre a hanseníase pode indicar as diferentes formas como ela se relaciona com a endemia, tanto no reconhecimento da doença no indivíduo como na coletividade. E ainda, se este reconhecimento é capaz de orientar a população para a busca da definição desta endemia como prioritária nos serviços de saúde. Desta forma, considerando as características epidemiológicas, sociais, culturais e de organização de serviços, poderão ser formuladas estratégias apropriadas para a eliminação e controle da hanseníase como problema de Saúde Pública na região.

Esperamos que os conhecimentos gerados por esse estudo possam incentivar e subsidiar os gestores e os profissionais de saúde na reformulação da atenção à hanseníase.

Referências



REFERÊNCIAS

- ALENCAR, C. H. M. de *et al.* Hanseníase no município de Fortaleza, CE, Brasil: aspectos epidemiológicos e operacionais em menores de 15 anos (1995-2006). **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. especial, p. 694-700, nov. 2008.
- ALMEIDA, C. A. P. *et al.* Prontuário odontológico: uma orientação para o cumprimento da exigência contida no inciso VIII do artigo 5º do Código de Ética Odontológica. In: CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2004, Rio de Janeiro. **Relatório...** 39 p.
- ALMEIDA, E. S.; CASTRO, C. G. J.; LISBOA, C. A. **Distritos sanitários: concepção e organização.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. 62 p. (Série Saúde & Cidadania).
- ALMEIDA, M. C. P. *et al.* O trabalho de enfermagem e a sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva: rede básica de saúde. In: ALMEIDA, M. C. P; ROCHA, S. M. M. (Org.). **O trabalho de enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1997. cap. 3, p. 61-112.
- ALMENARA. Conselho Municipal de Saúde. **67ª Ata do Conselho Municipal de Saúde de Almenara.** Almenara, 2007a.
- _____. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Almenara 2007-2008.** Almenara, 2007b.
- AMARAL, E. P. **Análise espacial da hanseníase na microrregião de Almenara - Minas Gerais:** relações entre a situação epidemiológica e as condições socioeconômicas. 2008. 89 f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.
- AMARAL, E. P.; LANA, F. C. F. Análise espacial da hanseníase na microrregião de Almenara, MG, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. especial, p. 701-707, nov. 2008.
- ANDRADE, V. A descentralização das atividades e a delegação das responsabilidades pela eliminação da hanseníase ao nível municipal. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 47-51, jun. 2000.
- AQUINO, R.; BARRETO, M. L. Programa de Saúde da Família: acerca da adequação do uso do seu indicador de cobertura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 905-914, abr. 2008.
- ARAÚJO, M. J. Hanseníase no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Brasília, v. 36, n. 3, p. 373-382, maio/jun. 2003.

BARBOSA, J. C. *et al.* Pós-alta em hanseníase no Ceará: limitação da atividade funcional, consciência de risco e participação social. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. especial, p. 727-733, nov. 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977. 229 p. Título original: **L'Analyse de Contenu**.

BECELLI, L. M. Prospects of global elimination of leprosy as a public health problem by the year 2000. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 30, n. 3, p. 371-378, jul./set. 1997.

BORRELLI, F. R. G. **A rotatividade dos profissionais de saúde na zona rural de Sergipe**: um problema a ser enfrentado. 2004. 102 f. Dissertação [Mestrado em Medicina Preventiva] - Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2004.

BRANDÃO, P. Assistência ao portador de hanseníase. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. especial, p. 782-783, nov. 2008.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. 292 p.

_____. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Seção 1. p. 18055.

_____. Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. p. 25694. 169º da Independência. 102º da República.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Informe epidemiológico do SUS**, Brasília, ano V, n. 2, abr./jun. 1996. Suplemento 3.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). **Como os gestores municipais de saúde vão acelerar a eliminação da hanseníase no Brasil**. Brasília: CONASEMS, 1999a. 28 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. 1. ed. **Guia para implantar / implementar as atividades de controle da hanseníase nos planos estaduais e municipais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999b. 28 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS):** princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a. 43 p.

_____. Portaria n. 816 de 26 de julho de 2000. Aprova as diretrizes destinadas a orientar, em todos os níveis do Sistema Único de Saúde, SUS, as medidas de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle da hanseníase no País. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 jul. 2000b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Legislação sobre o controle da hanseníase no Brasil**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000c. 48 p.

_____. Portaria n. 1.073 de 26 de setembro de 2000. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 set. 2000d. Seção 1. p. 18.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle da hanseníase na Atenção Básica:** guia prático para profissionais da equipe de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. 84 p. (Normas e Manuais Técnicos, 111).

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS/SUS 01/2001. Portaria n. 95 de 26 de janeiro de 2001. 2001b. 21 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de prevenção de incapacidades**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c. 107 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o controle da hanseníase**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 89 p. (Normas e Manuais Técnicos, 111).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. 56 p. (Textos Básicos em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.838 de 9 de outubro de 2002**. Brasília. 2002c. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria1838.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde:** o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 198 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 586 de 6 de abril de 2004. Institui conjunto de ações e medidas coordenadas para a eliminação da hanseníase. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 abr. 2004. Seção 1. p. 87. Disponível em:

<http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/Site/Arquivos_pdf_word/pdf/Portaria%2007%2004%2004%20%20%20588.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevalência da hanseníase no Brasil, Macrorregiões e Estados, 1985-2003**. 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/hansen_prevalencia.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2007.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006a. 164 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal 2006-2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 31 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 648 de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília. 2006c. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2007.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **CONASS 25 anos**. 1. ed. Brasília: CONASS, 2007a. 156 p. (Coleção Progestores).

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. 1. ed. Brasília: CONASS, 2007b. 528 p. (Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS, 12).

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. 1. ed. Brasília: CONASS, 2007c. 232 p. (Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS, 8).

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007d. 290 p. (Coleção Progestores, 1).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. 195 p. (Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, 21).

_____. Ministério da Saúde. **Série histórica do coeficiente de prevalência e número de pacientes em tratamento para hanseníase até 31/12 de cada ano, Brasil, 1990-2007**. 2008b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/gif/coef_prev_paci_trata.gif>. Acesso em: 18 ago. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Vigilância em saúde:** situação epidemiológica da hanseníase no Brasil. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c. 12 p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/boletim_novembro.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Série histórica do número de casos novos e coeficiente de detecção por 10.000 habitantes, Brasil, 1990-2007.** 2008d. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/gif/serie_casos_coef_2007.gif>. Acesso em: 18 ago. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Mais saúde:** direito de todos: 2008-2011. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008e. 100 p. (Projetos, Programas e Relatórios).

BYAMUNGU, D. C.; OGBEIWI, O. I. Integrating leprosy control into general health service in a war situation: the level after 5 years in Eastern Congo. **Leprosy Review**, London, v. 74, n. 1, p. 68-78, mar. 2003.

CORTELA, D. C. B.; IGNOTTI, E. Lesões visíveis na hanseníase: o papel do cirurgião-dentista na suspeita de casos novos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 619-632, 2008.

CUNHA, S. S.; RODRIGUES, L. C.; DUPPRE, N. C. Current strategy for leprosy control in Brazil: time to pursue alternative preventive strategies? **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 16, n. 5, p. 362-365, nov. 2004.

D'ABREU, P. C. *et al.* Hanseníase virchowiana diagnosticada através de exame histopatológico de lesão oral em paciente com pênfigo foliáceo. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 75, n. 3, p. 339-346, maio/jun. 2000.

DECLERCQ, E. Guide to eliminating leprosy as a public health problem. **Leprosy Review**, London, v. 72, n. 1, p. 106-107, mar. 2001.

DESSUNTI, E. M. *et al.* Hanseníase: o controle dos contatos no município de Londrina-PR em um período de dez anos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. especial, p. 689-693, nov. 2008.

DIAS, M. C. F. S.; DIAS, G. H.; NOBRE, M. L. Distribuição espacial da hanseníase no município de Mossoró/RN, utilizando o Sistema de Informação Geográfica - SIG. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 80, p. 289-294, nov./dez. 2005. Suplemento 3.

DIAS, R. C.; PEDRAZZANI, E. S. Políticas públicas na hanseníase: contribuição na redução da exclusão social. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. especial, p. 753-756, 2008.

DRUMOND JÚNIOR, M. Epidemiologia e serviços de saúde. In: _____. **Epidemiologia nos municípios além das normas**. São Paulo: Hucitec, 2003. cap. 4, p. 67-96.

DURRHEIM, D. N.; SPEARE, R. Global leprosy elimination: time to change more than the elimination target date. **Journal of Epidemiology and Community Health**, Stanford, v. 57, n. 5, p. 316-317, may 2003.

FEENSTRA, P. Strengths and weaknesses of leprosy elimination campaigns. **Lancet**, London, v. 355, n. 9221, p. 2089-2090, jun. 2000.

FEENSTRA, P.; VISSCHEDIJK, J. Leprosy control through general health services - revisiting the concept of integration. **Leprosy Review**, London, v. 73, n. 2, p. 111-122, jun. 2002.

FINE, P. E. M. Global leprosy statistics: a cause for pride, or frustration? **Leprosy Review**, London, v. 77, n. 4, p. 295-297, dec. 2006.

FRANCO, T.; MERHY, E. **PSF: contradições e novos desafios**. Conferência Nacional de Saúde On-Line. Tribuna Livre. Belo Horizonte / Campinas: 1999. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>>. Acesso em: 7 dez. 2008.

FREITAS, L. M. **As ações dos trabalhadores de saúde: o enfoque na assistência em hanseníase**. 2007. 117 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

FUZIKAWA, P. L. **Avaliação da descentralização das ações de controle da hanseníase em Betim: prevenindo incapacidades?** 2007. 114 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 206 p.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, mar./abr. 2005.

GOULART, I. M. B. *et al.* Risk and protective factors for leprosy development determined by epidemiological surveillance of household contacts. **Clinical and Vaccine Immunology**, Washington, v. 15, n. 1, p. 101-105, jan. 2008.

GROSSI, M. A. F. Vigilância da Hanseníase no Estado de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. especial, p. 781-781, nov. 2008.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 341-353, 1999.

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

INNIS, A. E. The quest for the global elimination of leprosy. **West Indian Medical Journal**, Jamaica, v. 54, n. 1, p.1-2, jan. 2005.

KALK, A.; FLEISCHER, K. The decentralization of the health system in Colombia and Brazil and its impact on leprosy control. **Leprosy Review**, London, v. 75, n. 1, p. 67-78, mar. 2004.

KASTURIARATCHI, N. D.; SETTINAYAKE, S.; GREWAL, P. Processes and challenges: how the Sri Lankan health system managed the integration of leprosy services. **Leprosy Review**, London, v. 73, n. 2, p. 177-185, jun. 2002.

KERR-PONTES, L. R. S. *et al.* Inequality and leprosy in Northeast Brazil: an ecological study. **International Journal of Epidemiology**, London, v. 33, n. 2, p. 262-269, apr. 2004.

KRISHNAMURTHY, P. Hidden leprosy - Who is hiding from whom? **Leprosy Review**, London, v. 75, n. 4, p. 303-305, dec. 2004.

LANA, F. C. F. **Organização tecnológica do trabalho em hanseníase com a introdução da poliquimioterapia**. 1992. 217 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1992.

_____. **Políticas sanitárias em hanseníase: história social e a construção da cidadania**. 1997. 304 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

LANA, F. C. F.; ROCHA, S. M. M. Organização tecnológica do trabalho em hanseníase com a introdução da poliquimioterapia. In: ALMEIDA, M. C. P; ROCHA, S. M. M. (Org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. cap. 4, p. 113-150.

LANA, F. C. F. *et al.* Transmissão e controle da hanseníase no município de Governador Valadares/MG. Período de 1990 a 2000. **Hansenologia Internationalis**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 83-92, jul./dez. 2002.

_____. *et al.* Distribuição da hanseníase segundo sexo no município de Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil. **Hansenologia Internationalis**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 131-137, 2003.

LANA, F. C. F. *et al.* Detecção da hanseníase no Vale do Jequitinhonha - Minas Gerais: redução da tendência epidemiológica ou problemas operacionais para o diagnóstico? **Hansenologia Internationalis**, São Paulo, v. 29, n. 2, p.118-123, jul./dez. 2004a.

_____ *et al.* Estimativa da prevalência oculta da hanseníase no Vale do Jequitinhonha - Minas Gerais. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 8, n. 2, p. 295-300, abr./jun. 2004b.

_____ *et al.* **Relatório de pesquisa:** distribuição espacial da hanseníase na microrregião de Almenara - Minas Gerais: relações entre a situação epidemiológica e as condições sócio-econômicas. Município: Almenara. Belo Horizonte: EEUFMG, 2008. 22 p. Mimeografado.

LAPA, T. *et al.* Vigilância da hanseníase em Olinda, Brasil, utilizando técnicas de análise espacial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1153-1162, set./out. 2001.

LARA, M. O. **Configuração identitária do agente comunitário de saúde de áreas rurais.** 2008. 136 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

LOCKWOOD, D. N. J.; SUNEETHA, S. Leprosy: too complex a disease for a simple elimination paradigm. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneve, v. 83, n. 3, p. 230-235, mar. 2005.

LOMBARDI, C. (Coord.) *et al.* **Hanseníase:** epidemiologia e controle. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 1990. 85 p.

LWIN, K. *et al.* Leprosy control in Myanmar 1952-2003: a success story. **Leprosy Review**, London, v. 76, n. 1, p. 77-86, mar. 2005.

MALLICK, S. N. Integration of leprosy control with primary health care. **Leprosy Review**, London, v. 74, n. 2, p. 148-153, jun. 2003.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde: revendo alguns conceitos. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 7, n. 1, p. 61-66, jan./jul. 2003.

MARTELLI, C. M. T. *et al.* Endemias e epidemias brasileiras, desafios e perspectivas de investigação científica: hanseníase. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 273-285, dez. 2002.

MARTINS, R. B.; LIBÂNIO, J. C. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil.** Belo Horizonte: ESM Consultoria, 2003. CD-ROM.

MENDES-GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde:** características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC, 1994. 278 p. (Saúde em Debate, 76).

MERHY, 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. In:

CAMPOS, C. R. *et al.* **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. 1. ed. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle da Hanseníase. **Encontro Estadual 2000**. Belo Horizonte, 2000. Mimeografado.

_____. **Encontro Estadual 2001**. Belo Horizonte, 2001. Mimeografado.

_____. **Encontro Estadual 2002**. Belo Horizonte, 2002. Mimeografado.

_____. **Encontro Estadual 2004**. Belo Horizonte, 2004. Mimeografado.

_____. **Encontro Estadual 2006**. Belo Horizonte, 2006. Mimeografado.

_____. **Encontro Estadual 2007** - Hanseníase: procurar para curar. Belo Horizonte, 2007a. Mimeografado.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à Saúde do Adulto**: Hanseníase. Belo Horizonte: SAS/MG, 2007b. 62 p. (Coleção Saúde em Casa).

_____. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Superintendência de Atenção à Saúde. Gerência de Normalização e Atenção à Saúde. Coordenadoria Estadual de Dermatologia Sanitária. **Supervisão na Atenção Básica**: enfoque em hanseníase. 2. ed. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007c. 72 p.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle da Hanseníase. **Seminário Estadual 2008** - Mobilizando parceiros para o controle da hanseníase em Minas Gerais. Belo Horizonte, 2008. Mimeografado.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. 406 p.

MISHIMA, S. M. *et al.* Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (Org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. cap. 8, p. 251-296.

MONTENEGRO, A. C. D. *et al.* Spatial analysis of the distribution of leprosy in the State of Ceará, Northeast Brazil. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 99, n. 7, p. 683-686, nov. 2004.

MOREIRA, T. M. A. **Avaliação da descentralização das ações programáticas de hanseníase**: um estudo de caso. 2002. 228 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

MORENO, C. M. C.; ENDERS, B. C.; SIMPSON, C. A. Avaliação das capacitações de hanseníase: opinião de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família.

Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 61, n. especial, p. 671-675, nov. 2008.

NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 333-345, abr./jun. 2005.

NOGUEIRA, W.; MARZLIAK, M. L. C. Perspectivas da eliminação da hanseníase no Estado de São Paulo e no Brasil. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 30, p. 364-370, jul./set. 1997.

OGBEIWI, O. I. Progress towards the elimination of leprosy in Nigeria: a review of the role of policy implementation and operational factors. **Leprosy Review**, London, v. 76, n. 1, p. 65-76, 2005.

OLIVEIRA, M. L. W. O papel estratégico do enfermeiro no controle da hanseníase. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. especial, p. 668-668, nov. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **A estratégia do esforço final para eliminação da hanseníase: plano estratégico 2000-2005**. [Genebra], 2000. 19 p.

_____. **Estratégia global para aliviar a carga da hanseníase e manter as atividades de controle da hanseníase (Período do Plano: 2006-2010)**. [Genebra], 2005. 27 p.

_____. **Diretrizes operacionais para a implementação da estratégia global para maior redução da carga de lepra e sustentação das atividades do controle da lepra 2006-2010**. Nova Deli, 2006. 67 p.

OPROMOLA, A. P.; DALBEM, I.; CARDIM, M. Análise da distribuição espacial da hanseníase no Estado de São Paulo, 1991-2002. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 356-364, 2005.

_____. Análise geoestatística de casos de hanseníase no Estado de São Paulo, 1991-2002. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 907-913, out. 2006.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - OPAS. **Hanseníase Hoje: Boletim Eliminação da Hanseníase das Américas**. Brasília, 2000. v. 8, 4 p.

PAIM, J. S. Atenção à saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 15-44.

_____. **Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde**. [200-?]. Disponível em:

<<http://www.anvisa.gov.br/Institucional/snvs/coprh/seminario/modelo.htm>>. Acesso em: 6 dez. 2008.

PALMÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de PALMÓPOLIS**. Palmópolis, 1998. Mimeografado.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION - PAHO. **Situacion de los programas de control de la lepra en las Americas**. Washington: PAHO, 1988. 133 p.

PANDEY, A.; PATEL, R.; UDDIN, M. J. Leprosy control activities in India: integration into general health system. **Leprosy Review**, London, v. 77, n. 3, p. 210-218, sep. 2006.

PEREIRA, A. J. *et al.* Atenção básica de saúde e a assistência em hanseníase em serviços de saúde de um município do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. especial, p. 716-725, nov. 2008.

PINTO NETO, J. M. **A percepção dos comunicantes intradomiciliares de doentes de hanseníase sobre a doença, o convívio com o doente e o controle realizado pelo serviço de saúde**. 2004. 229 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 118 p.

PORTER, J. D. H. *et al.* Lessons in integration - operations research in an Indian leprosy NGO. **Leprosy Review**, London, v. 73, n. 2, p. 147-159, jun. 2002.

PORTER, J. D. H. Supporting "the individual" with leprosy: the need for a "post-elimination strategy". **Leprosy Review**, London, v. 75, n. 1, p. 2-6, mar. 2004.

QUEIROZ, M. S.; CARRASCO, M. A. P. O doente de hanseníase em Campinas: uma perspectiva antropológica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 479-490, jul./set. 1995.

RAO, P. S. S. S. *et al.* Elimination of leprosy: the integration of leprosy related activities into the general health services of Tamil Nadu. **Leprosy Review**, London, v. 73, n. 2, p. 123-129, jun. 2002.

RICHARDUS, J. H.; HABBEMA, D. F. The impact of leprosy control on the transmission of *M. leprae*: is elimination being attained? **Leprosy Review**, London, v. 78, n. 4, p. 330-337, dec. 2007.

RINALDI, A. The global campaign to eliminate leprosy. **PLoS Medicine**, San Francisco, v. 2, n. 12, p. 1222-1225, dec. 2005.

SAMY, A. A. National Workshop on "Is integration a leap forward? - Implications of integration on quality care in leprosy", Mumbai. **Leprosy Review**, London, v. 78, n. 3, p. 306-308, sep. 2007.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Planejamento e Coordenação. Gerência de Acompanhamento e Avaliação do SUS. **Roteiro para elaboração do Plano Municipal de Saúde**. Santa Catarina, 2004. 6 p. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/instrumentos_gestao/Modelo-Roteiro_elaboracao_Plano_Municipal_de_Saude.doc>. Acesso em: 3 out. 2008.

SANTOS, A. S.; CASTRO, D. S.; FALQUETO, A. Fatores de risco para transmissão da hanseníase. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. especial, p. 738-743, nov. 2008.

SAUNDERSON, P. Learning to manage leprosy after 2005: preserving critical knowledge and exploiting new technology. **Leprosy Review**, London, v. 76, n. 1, p. 2-4, mar. 2005.

SAUNDERSON, P. R.; ROSS, W. F. Training for integration. **Leprosy Review**, London, v. 73, n. 2, p. 130-137, jun. 2002.

SILVA SOBRINHO, R. A.; MATHIAS, T. A. F. Perspectivas de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no Estado do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 303-314, fev. 2008.

SILVA, A. R. *et al.* Hanseníase no município de Buriticupu, Estado do Maranhão: busca ativa na população estudantil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Brasília, v. 40, n. 6, p. 657-660, nov./dez. 2007.

SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 25-38, fev. 2005.

SOUTAR, D. Integration of leprosy services. **Leprosy Review**, London, v. 73, n. 2, p. 109-110, jun. 2002.

SOUZA, E. M.; GRUNDY, E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1354-1360, set./out. 2004.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 153-162, 2002. Suplemento.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 7-28, abr./jun. 1998.

THE INTERNATIONAL FEDERATION OF ANTI-LEPROSY ASSOCIATION - ILEP. The final push strategy to eliminate leprosy as a public health problem: questions and answers. **Leprosy Review**, London, v. 73, n. 3, p. 279-281, sep. 2002.

_____. **Training in leprosy**. Technical Guide. London: ILEP, 2003. 72 p.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 190-198, 2004. Suplemento 2.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 975-986, oct./dec. 2006.

UNGLERT, C. V. S.; ROSENBERG, C. P.; JUNQUEIRA, C. B. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 5, oct. 1987.

VAN VEEN, N. H. J.; MEIMA, A.; RICHARDUS, J. H. The relationship between detection delay and impairment in leprosy control: a comparison of patient cohorts from Bangladesh and Ethiopia. **Leprosy Review**, London, v. 77, n. 4, p. 356-365, 2006.

VIEIRA, C. S. C. A. *et al.* Avaliação e controle de contatos faltosos de doentes com hanseníase. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. especial, p. 682-688, nov. 2008.

VILLA, T. C. S.; MISHIMA, S. M.; ROCHA, S. M. M. A enfermagem nos serviços de saúde pública do Estado de São Paulo. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (Org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. cap. 2, p. 27-60.

VISSCHEDIJK, J. *et al.* Leprosy control strategies and the integration of health services: an international perspective. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1567-1581, nov./dec. 2003.

WALDMAN, E. A.; SILVA, L. J.; MONTEIRO, C. A. Trajetória das doenças infecciosas: da eliminação da poliomielite à reintrodução da cólera. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 8, n. 3, p. 5-47, set. 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Monitoramento da Eliminação da Hanseníase (LEM)**: manual para monitores. [Genebra], 2000. 40p. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/prevencao/site/UploadArq/manualLEM.pdf>>. Acesso em: 23 dez. 2008.

_____. **Weekly Epidemiological Record**, Geneva, v. 77, n. 1, p. 1-8, jan. 2002.

_____. **Weekly Epidemiological Record**, Geneva, v. 78, n. 3, p. 9-16, jan. 2003.

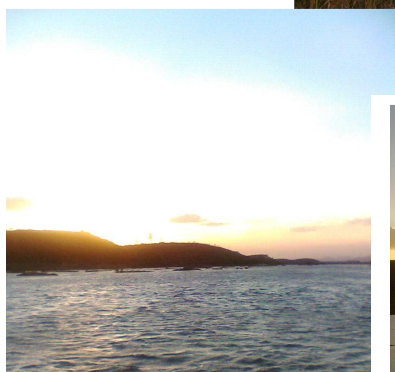
WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Weekly Epidemiological Record**, Geneva, v. 79, n. 37, p. 329-340, sept. 2004.

_____. **Weekly Epidemiological Record**, Geneva, v. 80, n.13, p.113-124, apr. 2005.

_____. **Weekly Epidemiological Record**, Geneva, v. 83, n. 33, p. 293-300, ago. 2008.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212 p.

Apêndices



APÊNDICE A

Série histórica de indicadores epidemiológicos dos municípios da microrregião de Almenara, período 1998-2006

TABELA 1

Taxa de detecção geral nos municípios da microrregião de Almenara no período de 1998-2006 e média de detecção no período

MUNICÍPIOS	TAXA DE DETECÇÃO										CLASSIFICAÇÃO ³³
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	MÉDIA DO PERÍODO	
ALMENARA	14,13	16,54	10,74	10,69	12,03	15,87	13,58	13,44	11,74	13,19	HIPER
BANDEIRA	2,02	0	0	0	1,92	0	0	2	6,06	1,33	ALTO
DIVISÓPOLIS	0	1,69	1,54	0	0	1,50	0	0	0	0,52	MÉDIA
FELISBURGO	0	3,82	16,02	6,39	12,72	4,75	9,47	6,26	10,90	7,81	HIPER
JACINTO	2,55	5,96	4,96	1,66	4,97	2,49	1,66	2,49	10,81	4,17	HIPER
JEQUITINHONHA	1,67	1,24	0,87	0	0	0	0,44	0,87	0,43	0,61	MÉDIA
JOAÍMA	0,66	0	1,37	0	0	0	1,37	0,68	0	0,45	MÉDIA
JORDÂNIA	2,91	5,76	4,05	1,01	3,02	5,01	9	13,89	7,91	5,84	HIPER
MATA VERDE	0	0	1,41	0	0	0	0	0	2,50	0,43	MÉDIA
MONTE FORMOSO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	BAIXO
PALMÓPOLIS	4,01	0	3,38	1,1	2,16	5	4,18	5,02	12,81	4,19	HIPER
RIO DO PRADO	0	0	0	0	11,51	0	0	0	0	1,27	ALTO
RUBIM	9,47	9,68	5,17	7,37	3,18	15,02	10,85	12,26	7,91	8,99	HIPER
SALTO DA DIVISA	1,41	10,08	1,48	10,46	0	3,09	3,14	1,63	9,94	4,58	HIPER
SANTA MARIA DO SALTO	26,99	4,24	14,71	26,52	7,32	23,72	7,29	18,13	21,70	16,73	HIPER
SANTO ANTÔNIO DO JACINTO	0	0	0,82	0,82	0	1,65	0,82	0,82	0	0,54	MÉDIA

Fonte: FICHAS DE NOTIFICAÇÃO DE HANSENÍASE SES/MG.

³³ **Hiperendêmico:** detecção maior que 4 casos / 10.000 hab.; **Alto:** 1,0 a 1,9 casos / 10.000 hab.; **Média:** 0,2 a 0,9 casos / 10.000 hab.; **Baixo:** detecção abaixo de 0,2 casos / 10.000 hab.

TABELA 2
Proporção de incapacidades físicas II entre os casos diagnosticados nos municípios da Microrregião de Almenara no período de 1998-2006 e média da proporção no período

MUNICÍPIOS	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	PROPORÇÃO MÉDIA	CLASSIFICAÇÃO ³⁴
ALMENARA	2,20	3,80	8,10	10,80	11,90	6,40	8,90	9,80	13,00	8,30	MÉDIO
BANDEIRA	0	0	0	0	0	0	0	0	33,30	3,70	BAIXO
DIVISÓPOLIS	0	0	100,00	0	0	50,00	0	0	0	16,60	ALTO
FELISBURGO	0	0	0	25,00	0	50,00	0	0	14,30	9,90	MÉDIO
JACINTO	0	0	0	0	33,30	0	0	0	0	3,70	BAIXO
JEQUITINHONHA	50,00	0	50,00	0	0	0	0	0	0	11,10	ALTO
JOAÍMA	0	0	50,00	0	0	0	33,30	0	0	9,20	MÉDIO
JORDÂNIA	0	16,60	75,00	0	33,30	33,30	0	21,40	22,20	22,40	ALTO
MATA VERDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	BAIXO
MONTE FORMOSO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	BAIXO
PALMÓPOLIS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	BAIXO
RIO DO PRADO	0	0	0	0	50,00	0	0	0	0	5,50	MÉDIO
RUBIM	22,20	11,10	20,00	14,30	33,30	9,50	0	0	0	12,20	ALTO
SALTO DA DIVISA	0	28,57	0	16,70	0	0	50,00	0	28,60	13,70	ALTO
SANTA MARIA DO SALTO	7,70	0	12,50	7,10	0	0	0	0	0	3,00	BAIXO
SANTO ANTÔNIO DO JACINTO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	BAIXO

Fonte: Fichas de Notificação de Hanseníase SES/MG

³⁴ **Alto:** igual ou acima de 10,0%;
Médio: 5,0 a 9,9%;
Baixo: abaixo de 5,0%.

APÊNDICE C

ROTEIRO DA ENTREVISTA - Profissionais de Saúde

✓ Identificação

Município: _____

Unidade de Saúde: _____

Nome: _____

Profissão: _____

Idade: _____ anos Sexo: () Masculino () Feminino

Grau de escolaridade (completo ou em andamento): _____

Instituição: _____

Tempo de atuação na instituição: _____

Formação profissional - cursos e treinamentos em hanseníase: _____

✓ Questões orientadoras:

1. Como você vê o trabalho em hanseníase realizado na sua unidade?
2. Como você vê o trabalho em hanseníase realizado no município?
3. Descreva as atividades relativas à hanseníase que desenvolve na unidade de saúde.
4. Quais são as ações e finalidades do trabalho em hanseníase dos diversos profissionais de saúde que atuam na unidade de saúde?
5. Quais instrumentos você utiliza para realizar o seu trabalho?
6. Processo de capacitação/treinamento para ações de controle de hanseníase.
7. Qual é a situação epidemiológica da hanseníase na área de abrangência da unidade de saúde?
8. Descreva as estratégias empregadas para desenvolver as ações de controle da hanseníase na sua área de abrangência.
9. Como é realizada a avaliação das ações de controle de hanseníase desenvolvidas neste serviço?
10. Quais são os fatores facilitadores e dificultadores do processo de trabalho na unidade de saúde em relação às ações de controle da hanseníase?

APÊNDICE D**ROTEIRO DA ENTREVISTA – Coordenação da Área Técnica de Hanseníase da Gerência Regional de Saúde de Pedra Azul****1. Identificação**

Nome: _____

Idade: _____ anos Tempo de atuação na coordenação: _____

Profissão: _____

Especialização: _____

2. Perguntas Norteadoras

- ✓ Qual é a situação epidemiológica da hanseníase na microrregião de Almenara?
- ✓ Você tem alguma explicação a respeito de algumas regiões da micro apresentarem uma endemia hansênica, outras com elevado índice de casos diagnosticados com grau de incapacidade física II?
- ✓ Descreva o trabalho em hanseníase que é desenvolvido nos seguintes municípios:

(Descrever a particularidade de cada município em relação ao diagnóstico, tratamento, campanhas educativas, prevenção de incapacidades, ações de controle, capacitação de profissionais...).

- Almenara;
- Jacinto;
- Jequitinhonha;
- Jordânia;
- Monte Formoso;
- Palmópolis;
- Rubim;
- Salto da Divisa;
- Santa Maria do Salto.

- ✓ Como você vê o seu trabalho em hanseníase?
- ✓ Qual é a finalidade do seu trabalho em hanseníase?
- ✓ Quais estratégias você utiliza para desenvolver esse trabalho?

▪ **Capacitação:**

- ✓ Como é a política de capacitação dos profissionais de saúde para o desenvolvimento das ações de controle da hanseníase?
- ✓ Os profissionais de saúde da microrregião estão aptos para fazerem as ações de controle da doença?
- ✓ Eles apresentam algum tipo de dificuldade?
- ✓ Como você lida com a rotatividade dos profissionais? Isso é um problema?

▪ **Reuniões:**

- ✓ A GRS realiza reuniões nos municípios para discutir o trabalho em hanseníase?
- ✓ Com qual periodicidade?
- ✓ O que é discutido?
- ✓ Quais são as parcerias que são feitas entre município e a Regional de Saúde?
- ✓ Quais são os incentivos?

▪ **Tratamento:**

- ✓ Como é realizado o envio da medicação para os municípios?
- ✓ Há dificuldades para o envio?
- ✓ Ocorre demora para o início do tratamento?
- ✓ Como estão os índices de abandono ao tratamento? Quais são os motivos?
- ✓ O que você me fala de um médico em Palmópolis que tratava hanseníase com pomada tópica?

▪ **Descentralização:**

- ✓ Como você vê a descentralização da atenção à hanseníase para os PSF's?
- ✓ Quais são os problemas da descentralização da atenção à hanseníase para a atenção básica?
- ✓ O que você acha que ainda deve melhorar na questão da descentralização?

- ✓ Qual é a referência para hanseníase na microrregião de Almenara?
- ✓ Porque a referência para a grande maioria dos municípios é GV ou BH e não Almenara?

▪ **Sistema de informações:**

- ✓ Como está estruturado o sistema de informações em hanseníase na GRS?
- ✓ Como é o fluxo do sistema de informações Município – GRS?
- ✓ Há feed-back com os dados consolidados para os municípios?
- ✓ Porque a GRS não envia os dados consolidados das fichas de notificação para os municípios?
- ✓ Os municípios analisam os dados?

▪ **Outros:**

- ✓ Quais são os subsídios que a regional oferece para a realização das campanhas educativas?
- ✓ Qual é o trabalho que está sendo feito com os municípios prioritários?
- ✓ Como vocês lidam com a situação das pessoas procurarem outras cidades para fazerem o diagnóstico? Há contra-referência?
- ✓ Porque alguns municípios precisam encaminhar os exames laboratoriais para outras cidades? O que está sendo feito para enfrentar essa dificuldade?
- ✓ Como ocorre o monitoramento das ações de controle da hanseníase desenvolvidas nos municípios?
- ✓ Como é realizada a avaliação das ações de controle da hanseníase desenvolvidas nos municípios?
- ✓ Como você avalia o trabalho dos médicos e enfermeiros dos municípios?
- ✓ Quais são os fatores facilitadores no desenvolvimento das ações de controle da hanseníase na microrregião de Almenara?
- ✓ E os dificultadores?
- ✓ O quê que a GRS cobra dos municípios em relação à hanseníase?
- ✓ E quando não cobra, o que acontece?
- ✓ O que você acha que deve melhorar?

APÊNDICE E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a),

Vimos, através desta, convidá-lo(a) para participar da Pesquisa "**Distribuição espacial da hanseníase na Microrregião de Almenara, Vale do Jequitinhonha/MG, e sua relação com as condições de vida e ações de controle. Período: 1998-2005**", coordenado pelo Prof. Dr. Francisco Félix Lana e desenvolvido por Fernanda Moura Lanza, aluna do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

O objetivo desta pesquisa é analisar a situação epidemiológica da hanseníase e sua relação com as condições de vida e o desenvolvimento das ações de controle na Microrregião de Almenara, tendo em vista subsidiar a formulação de estratégias para a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública na região.

Serão realizadas entrevistas semi-estruturadas com profissionais de saúde que trabalham nas unidades de saúde e Gestores Municipais de Saúde e/ou Coordenadores Municipais/Regionais da Área Técnica de Hanseníase com o objetivo analisar as estratégias de controle utilizadas pelos serviços, por meio do conceito de processo de trabalho e organização tecnológica do trabalho, procurando identificar as ações dos profissionais de saúde dirigidas ao controle da Hanseníase.

Estas entrevistas serão gravadas, transcritas e será garantido o anonimato. O participante poderá ouvir as suas declarações, caso desejar. As falas serão utilizadas, em partes ou na íntegra, para a compreensão do objeto em estudo.

Os resultados desta pesquisa serão divulgados na dissertação de Mestrado, em revistas e encontros científicos.

A sua participação é voluntária, portanto poderá recusar a participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem nenhuma penalização. Sempre que necessário, o participante poderá procurar os pesquisadores para esclarecimentos de qualquer natureza em relação a esta pesquisa.

Agradecendo a sua colaboração, solicito a sua autorização para participar desta pesquisa ao assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Atenciosamente,

Fernanda Moura Lanza

Pesquisadora do Projeto

CONSENTIMENTO:

Eu, _____, RG _____, abaixo qualificado, **DECLARO** para fins de participação em pesquisa, que fui devidamente esclarecido sobre o Projeto de Pesquisa intitulado "**Distribuição espacial da hanseníase na Microrregião de Almenara, Vale do Jequitinhonha/MG, e sua relação com as condições de vida e ações de controle. Período: 1998-2005**".

Declaro ter sido informado quanto aos seguintes aspectos:

- a) A participação na pesquisa não acarreta nenhum tipo de ônus a minha pessoa;
- b) Justificativa e objetivos da pesquisa;
- c) A entrevista será gravada e, tão logo transcrita, será apagada. Será assegurado a privacidade completa e anonimato. As falas poderão ser utilizadas em partes ou na íntegra no relatório final do trabalho e em veículos de divulgação científica;
- d) Os resultados serão divulgados em congressos, dissertações de mestrado, seminários e artigos científicos;
- e) Tenho a liberdade de me recusar a participar ou retirar meu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- f) As reclamações contra os pesquisadores podem ser encaminhadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais no endereço abaixo.

Após convenientemente esclarecido pelos pesquisadores e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar desta pesquisa.

_____, _____ de _____ de 2007

Assinatura do entrevistado

Fernanda Moura Lanza - Pesquisadora do projeto

Rua Três Corações, 136/201. Calafate. Belo Horizonte, MG. Tel: (31) 3309.9892. e-mail: fmlanza@yahoo.com.br

Prof. Francisco Carlos Félix Lana - Coordenador do projeto

Escola de Enfermagem da UFMG. Av. Alfredo Balena, 190. Santa Efigênia. Belo Horizonte, MG. CEP: 30130-100. Tel. (31) 3248.9862. e-mail: xicolana@enf.ufmg.br

Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG

Endereço: Av. Pres. Antônio Carlos, nº 6627. Unidade Administrativa II, 2 andar, sala 2005 Bairro Pampulha, Belo Horizonte / Minas Gerais. CEP: 31270-901. Telefone: (31) 3409-4592.

APÊNDICE F

FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS DOCUMENTAIS

Município: _____

1. Planos Municipais de Saúde

- ✓ Prioridades de saúde de acordo com o quadro epidemiológico.
- ✓ A hanseníase está incluída no conjunto de prioridades do Plano Municipal de Saúde?
- ✓ Definição de estratégias de eliminação da hanseníase.
- ✓ Metas epidemiológicas e operacionais definidas no Conselho Municipal de Saúde.

2. Atas do Conselho Municipal de Saúde

- ✓ Composição do CMS.
- ✓ Questões relacionadas às ações de controle da hanseníase (atuação na implantação, acompanhamento e avaliação das ações programáticas de hanseníase; descentralização das ações; recursos financeiros; recursos humanos; participação da comunidade).
- ✓ Definição de metas epidemiológicas e operacionais.
 - Ata da Reunião realizada em: ____/____/____
 - Local da Reunião: _____
 - Membros presentes na reunião:
 - Conteúdo da ata:

3. Relatórios das Conferências Municipais de Saúde

APÊNDICE G CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA
Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - Bairro Santa Efigênia
CEP.: 30.130-100 - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
Tel.: 3248-9860 FAX.: 3248-9859 E-mail: *demi@enf.ufmg.br*

Belo Horizonte, 09 de julho de 2007

Senhor (a) Secretário (a) de Saúde

Venho por meio deste, solicitar sua autorização para a realização da pesquisa "Distribuição espacial da hanseníase na Microrregião de Almenara, Vale do Jequitinhonha/MG, e sua relação com as condições de vida e ações de controle. Período: 1998-2005", **coordenada pelo Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana.**

O presente estudo tem como objetivos:

1. Analisar a distribuição espacial da hanseníase e sua relação com as condições sócio-econômicas e ações de controle na microrregião de Almenara - Vale do Jequitinhonha/MG;
2. Analisar a situação epidemiológica da hanseníase nos 16 municípios da microrregião de Almenara em relação ao momento de notificação dos casos novos (precoce ou tardio), através da análise de indicadores que refletem esta situação, tais como: percentual das formas clínicas, grau de incapacidade no diagnóstico, percentual de casos multibacilares, taxa de detecção em menores de 15 anos;
3. Analisar as condições sócio-econômicas da população da microrregião de Almenara a partir de indicadores selecionados junto ao IBGE;
4. Analisar a cobertura das ações de controle da hanseníase no município por meio da identificação da proporção de municípios com ações de controle implantadas, proporção da população coberta pelas ações de controle, proporção de unidades de saúde da rede básica que desenvolvem ações de controle, porcentagem de cura entre casos novos diagnosticados nos anos estudados;
5. Avaliar a execução das ações de controle da hanseníase a partir da análise da estrutura dos serviços e organização tecnológica do trabalho, verificando os

indicadores operacionais que se relacionam ao controle de comunicantes, motivos de saída do registro ativo e tempo médio de permanência em registro ativo, percentual de contatos de casos novos examinados e; o processo de trabalho empreendido pelos profissionais de saúde, tendo por referência a finalidade e a condução das ações cotidianas de controle;

6. Analisar a relação entre a distribuição espacial dos casos de hanseníase e as condições sócio-econômicas e ambientais da população da microrregião de Almenara, na perspectiva de delimitar áreas homogêneas de risco.
7. Formular diretrizes políticas e estratégias epidemiológicas para a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública nos municípios da microrregião de Almenara.

Este estudo será realizado através dos relatórios técnicos da SES/MG e de entrevistas semi-estruturadas a serem aplicadas aos gestores municipais, gerentes de unidades de saúde e profissionais de saúde da localidade escolhida pelo estudo.

Em face do exposto, necessito da autorização de V. Sa para realizar o estudo proposto que deverá ser apresentada ao Comitê de Ética e Pesquisa (COEP) da UFMG, atendendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Desde já, firmo o compromisso do uso restrito dos dados e informações para a pesquisa e divulgação dos seus resultados através de trabalhos científicos colocando-os à disposição da instituição e que o trabalho de pesquisa não trará qualquer ônus financeiro para o município.

Certo de contar com a atenção de V.Sa., coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos,

Atenciosamente,

Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana

Coordenador

Ilmo. Senhor (a)

Secretário (a) Municipal de Saúde de

Anexos



ANEXO A CARTA DE AUTORIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS EM ESTUDO



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALMENARA
ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Trabalhando para você

Ofício Nº: 299/2007

Almenara/MG, 09 de julho de 2007.

**Ilmo. Sr.
Dr. Francisco Carlos Félix Lana
Professor coordenador UFMG
Belo Horizonte - MG**

Prezado Senhor,

Em resposta à solicitação de V.Sa., colocamo-nos, como também, o serviço de saúde e profissionais que aqui trabalham ao inteiro dispor dos pesquisadores.

Considerando a situação de Hanseníase no município, temos certeza de que esta pesquisa muito nos ajudará a entender melhor os nossos problemas para a erradicação deste mal.

Desejando muito sucesso em vosso trabalho.

Atenciosamente.


Maria da Glória Pena Silveira
Secretária Municipal de Saúde




SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JACINTO
RUA Dr. ÉRICO LEMOS LEITE, 455 - CENTRO - JACINTO - MG
CNPJ (MF) 18.349.910/0001-40 - email:secsaudejacinto@yahoo.com.br
Tel 33 3723-1514 FAX 3723 1106
* ADMINISTRAÇÃO - 2005 - 2008 *

"O FUTURO É AGORA"
PREFEITURA MUNICIPAL DE JACINTO

AUTORIZAÇÃO

Eu, Antônio Carlos Gonçalves Quaresma, Secretário Municipal de Saúde de Jacinto **autorizo** a realização da pesquisa "Distribuição espacial da hanseníase na Microrregião de Almenara, Vale do Jequitinhonha/MG, e sua relação com as condições de vida e ações de controle", neste município, coordenada pelo Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana da Escola de Enfermagem da UFMG.


Antônio Carlos G. Quaresma
Secretário Municipal de Saúde



Of. 0113 saúde/2007

Palmópolis, 09 de agosto de 2007

Assunto: autorização

Dr. Francisco Carlos

Cordialmente, venho através deste autorizar a realização da pesquisa "Distribuição espacial da hanseníase em nosso Município e sua relação com as condições de vida e ações de controle", estando-nos à inteira disposição para esclarecer às dúvidas existentes.

Nada mais para o momento agradeço.

Atenciosamente


Ariovaldo Costa de Almeida
Secretário Municipal de Saúde

Prof. Dr.
Francisco Carlos Félix Lana
Coordenador
Belo Horizonte/MG



PREFEITURA MUNICIPAL DE RUBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua São Geraldo, 162 - Centro 39950-000

Telefax: (33) 3746.1890 E-mail: secretsauderubim@yahoo.com.br

Ofício N°064/2007.

Assunto: Autorização (Faz)

Serviço: Universidade Federal de Minas Gerais

Data: Rubim - MG, 12 de julho de 2007

Senhor Coordenador,

Com o objetivo de analisar e avaliar as ações de controle de hanseníase, a Secretaria Municipal de Saúde de Rubim através do Secretário Municipal de Saúde **Moisés Vieira de Araújo** vem por meio desta autorizar o professor e coordenador a realizar toda e qualquer pesquisa sobre hanseníase neste município.

Sendo só para o momento e na certeza de termos atendido, despeço-me.

Atenciosamente

Moisés Vieira de Araújo
Séc. Municipal de Saúde de Rubim

Ilmo Sr.

Dr. Francisco Carlos Felix Lana

Coordenador de Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG
Belo Horizonte – MG

Secretaria de Saúde



Junto com você
Salto da Divisa - MG

PREFEITURA MUNICIPAL DE SALTO DA DIVISA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA: EMÍLIO LAGO PIMENTA, 106 – BARRO PRETO - CEP: 39.925-000

TELEFAX: (33) 3725-1474 – SALTO DA DIVISA/MG.

CNPJ: 18.347.401/0001-88 – E-MAIL: saudesalto@yahoo.com.br

AUTORIZAÇÃO

Venho por meio deste, autorizar a realização da pesquisa
**“DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DA HANSENÍASE NA MICRO-REGIÃO DE
ALMENARA, (Salto da Divisa), VALE DO JEQUITINHONHA/ MG, E SUA
RELAÇÃO COM AS CONDIÇÕES DE VIDA E AÇÕES DE CONTROLE,
PERÍODO 1998/ 2005”**, com a coordenação do Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana

Atenciosamente,

Salto da Divisa/MG, 30 de julho de 2007


Maurílio Oliveira de Moraes
Secretário Municipal de Saúde
Salto da Divisa/MG



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA DO SALTO

CNPJ 18.347.419/0001-80

E-mail: pmsmsalt@bvalnet.com.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

FONES: (33)37271413

CEP 39928-000

ESTADO DE MINAS GERAIS

OF. Nº 110/2007
25 DE JULHO DE 2007.

Sr. Coordenador,

Em atenção a vossa solicitação venho informar que o Departamento de Saúde de Santa Maria do Salto, autoriza a realização da **Pesquisa Especial da Hanseníase** em nosso município nos termos da vossa solicitação. Aproveito para informar que o serviço de controle e tratamento da hanseníase vem sendo realizado e coordenado anteriormente pela Téc. Arlene Viana e atualmente pela enfermeira Vanessa Porto Lima.

Ao ensejo renovo votos de estima e consideração.

Atenciosamente,


Maria Auxiliadora Renon Moreira
Sec. Municipal de Saúde

À
Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
DD. Coordenador
Prof. Francisco Carlos Félix Lana
Belo Horizonte – MG.



PREFEITURA MUNICIPAL DE JEQUITINHONHA
Secretaria Municipal de Saúde – Fone/Fax: (33) 3741-1926.
Rua Porto Alegre, 119 – Centro - Jequitinhonha/MG – CEP: 39.960-000
e-mail: smsjequitinhonha@yahoo.com.br
CNPJ: 18.083.659/0001-14

Autorizo o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa intitulado “Distribuição Espacial da Hanseníase na Microrregião de Almenara, Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Coordenado pelo Professor Francisco Carlos Felix Lana da Escola de Enfermagem da UFMG no município de Jequitinhonha. Este projeto será de grande relevância para o município e esperamos que possa contribuir para a formulação de diretrizes políticas e de estratégias epidemiológicas para eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública nesta região.

Jequitinhonha, 28 de novembro de 2007.

Valdeir Cordero de Oliveira
Secretário Municipal de Saúde



ANEXO B PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFMG

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

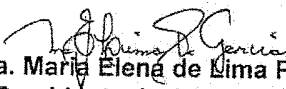
Parecer nº. ETIC 459/05

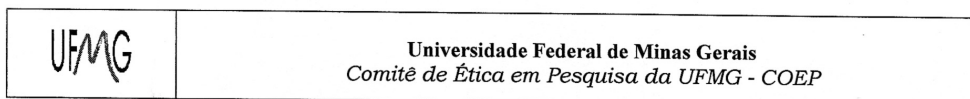
Interesse: Prof. Francisco Carlos Félix Lana
Depto. de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP, aprovou no dia 15 de fevereiro de 2006, o projeto de pesquisa intitulado << Distribuição espacial da hanseníase na microrregião de Almenara, Vale do Jequitinhonha/MG, e sua relação com as condições de vida e ações de controle. Período 1998-2005 >> 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.


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

**Parecer nº. ETIC 459/05– Ad 01/07**

Interessado: Prof. Francisco Carlos Félix Lana
Depto. de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem-UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP analisou e aprovou, no dia 31 de agosto de 2007, a solicitação das emendas: 1) inclusão de uma entrevista semi-estruturada, a ser realizada com os profissionais de saúde que atuam nos serviços de controle de hanseníase na microrregião; 2) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; 3) alteração do objetivo específico (item 4) com a seguinte redação: Avaliar a execução das ações de controle da hanseníase a partir da análise da estrutura dos serviços e organização tecnológica do trabalho, verificando os indicadores operacionais que se relacionam ao controle de comunicantes, motivos de saída do registro ativo e tempo médio de permanência em registro ativo, percentual de contatos de casos novos examinados e; o processo de trabalho empreendido pelos profissionais de saúde, tendo por referência a finalidade e a condução das ações cotidianas de controle, do projeto de pesquisa intitulado "**Distribuição espacial da hanseníase na microrregião de Almenara, Vale do Jequitinhonha/MG, e sua relação com as condições de vida e ações de controle. Período 1998-2005**", datada de 17 de maio de 2007.

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


Profa. Dra. Maria Elena de Lima Perez Garcia
Coordenadora do COEP/UFMG