

ACESSO ÀS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UMA MICRORREGIÃO ENDÊMICA DE MINAS GERAIS

Access to primary health care leprosy control actions in an endemic micro-region of Minas Gerais, Brazil

Fernanda Lanza¹, Francisco Carlos Félix Lana²

RESUMO

As ações de controle da hanseníase (ACH) estão descentralizadas na Estratégia de Saúde da Família (ESF). O objetivo do estudo é analisar o acesso às ACH na Atenção Primária à Saúde dos municípios da microrregião de Almenara, Minas Gerais. Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada em nove municípios dessa microrregião. Os sujeitos do estudo foram constituídos por 45 profissionais de saúde. Como técnicas para a coleta de dados, foram utilizadas a entrevista semiestruturada e a pesquisa documental e essa coleta ocorreu de novembro 2007 a fevereiro 2008. Para tratamento e análise dos dados, foi utilizada a Análise de Conteúdo. Os resultados apontam que a cobertura da ESF não assegura que a totalidade da população possua acesso às ACH. O acesso é determinado pela priorização desse agravo na política de saúde, pela presença de profissionais capacitados e comprometidos na realização das ACH, 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. Concluímos que as ACH que são ofertadas pelos serviços de saúde dos municípios da microrregião de Almenara são influenciadas pelo nível de organização tecnológica desses serviços.

PALAVRAS-CHAVE: Acesso aos Serviços de Saúde; Hanseníase/prevenção & controle; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Abstract: Leprosy control actions (LCA) are decentralized in the Family Health Strategy (FHS). The purpose of this paper was to analyze the access to LCA in the primary health care network of the cities localized within the Almenara micro-region of Minas Gerais, Southeastern Brazil. This was a qualitative research undertaken in nine municipalities, involving 45 health professionals. Semi-structured interviews and documental research were used for data collection from November 2007 through February 2008. Content analysis was used for data analysis and treatment. The FHS does not guarantee universal access to LCA. Access is determined by the political prioritization of this hazard, presence of trained and committed professionals, availability of facilities for dermatological and neurological examinations, availability of facilities for bacteriological investigation and resources for the education of the population about the signs and symptoms of leprosy. We concluded that the LCA provided in the region are influenced by the level of technological organization of the services.

KEY WORDS: Health Services Accessibility; Leprosy/prevention & control; Primary Health Care.

¹ Fernanda Lanza, Professora Assistente I do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de São João Del Rei. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: fmlanza@yahoo.com.br

² Francisco Carlos Félix Lana, Professor Associado do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

INTRODUÇÃO

A hanseníase é considerada um desafio em saúde pública no território brasileiro devido à alta taxa de detecção e ao potencial incapacitante. Dados da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) mostram uma redução de 27,5% dos casos novos de hanseníase entre 2003 e 2009, passando de 51.900 casos para 37.610. No mesmo período, o total de casos por 100 mil habitantes, na população geral, passou de 29,37 para 19,64; o que representa uma redução de 49,5% na prevalência do agravo.¹

Segundo a Organização Panamericana de Saúde², nos países, como o Brasil, em que a hanseníase 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 intraurbanos no caso de grandes cidades. O estudo sobre a distribuição espacial dos casos de hanseníase notificados no Brasil, entre 2005 e 2007, realizado pelo PNCH (Programa Nacional de Controle da Hanseníase), delimitou a existência de dez clusters correspondentes às áreas de maior risco e o cluster 4 engloba 138 municípios dos estados da Bahia, Espírito Santo e Minas Gerais.³

Enquadra-se, nesse cenário, a microrregião de Almenara, situada no Vale do Jequitinhonha/Minas Gerais. Estudo recente⁴ evidenciou que a situação epidemiológica da doença na microrregião – 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 e baixo percentual de casos descobertos através de ações de busca ativa – pode estar sendo influenciada por falhas nos serviços de saúde responsáveis pelas ações de prevenção e controle da hanseníase.

É sabido que, para garantir o princípio cardinal do controle da hanseníase (realização da detecção oportuna de novos casos; tratamento com o esquema poliquimioterápico; prevenção de incapacidades e reabilitação), é necessário assegurar que as atividades de controle da doença estejam integradas aos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS).⁵

No Brasil, a estratégia inicial para a integração da hanseníase na APS ocorreu em 1991, por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, a partir de 1994, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), programas que priorizam as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos de forma integral e contínua. A publicação da NOAS/SUS 01/2001⁶ ampliou as responsabilidades dos municípios na APS e enfatizou a importância de qualificar e melhorar a resolutividade desse

nível de atenção 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 controle da hanseníase na rotina de atendimento da APS.⁷

Nessa perspectiva, a ESF tornou-se um instrumento de reorganização do sistema de serviços de saúde no Brasil, permitindo assim reformulação de áreas programáticas até então estruturadas verticalmente.⁸ Dessa forma, os serviços descentralizados são mais apropriados para fortalecer a política de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, oferecendo fácil acesso ao diagnóstico e tratamento.

O conceito de acesso varia entre diversos autores, mas predomina a visão do acesso como uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta de serviços.⁹ Para analisar o acesso, é necessário identificar os componentes que facilitam ou dificultam a oferta dos serviços de saúde para a população. 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.¹⁰ Outro estudo ainda propõe 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.¹¹

Considerando que os serviços de saúde dessa microrregião podem estar apresentando problemas operacionais em relação à hanseníase, justifica-se a necessidade de avaliar o acesso às ações de controle da doença nas unidades da APS.

É necessário que os municípios da microrregião de Almenara ampliem e fortaleçam as ações de enfrentamento à hanseníase para reduzir o número de pessoas infectadas pelo bacilo e reafirmar o compromisso de eliminação da doença.¹

Nesse sentido, o objetivo geral deste artigo é analisar o acesso às ações de controle da hanseníase (ACH) na APS dos municípios da microrregião de Almenara, Minas Gerais.

MÉTODOS

Esta pesquisa possui abordagem qualitativa, fundamentada no conceito de “Organização Tecnológica do Trabalho”.¹² 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”*.^{12:269}

Essa opção teórico-metodológica foi escolhida por entender ser capaz não só de captar a realidade dos dife-

rentes 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 do acesso às ACH e de seu contexto historicamente determinado.

O estudo foi realizado em nove municípios da microrregião de Almenara, situada no Vale do Jequitinhonha, Estado de Minas Gerais: Almenara, Jacinto, Jequitinhonha, Jordânia, Monte Formoso, Palmópolis, Rubim, Santa Maria do Salto e Salto da Divisa.

Os dados foram coletados nos serviços de saúde da APS 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 polo desta microrregião, optamos por coletar os dados em duas unidades de saúde da APS e também foi incluído o serviço da Atenção Secundária, que compreende o Centro de Especialidades Médicas, uma vez que é o local de atendimento da população que não é coberta pelas ações da ESF. No total, os pesquisadores visitaram 10 unidades de APS, sendo todas habilitadas na Estratégia de Saúde da Família e um Centro de Especialidade Médica, localizado no município de Almenara.

Como técnicas para a coleta de dados, foram utilizadas a entrevista semiestruturada e a pesquisa documental em registros institucionais (Planos Municipais de Saúde, documentos das Atas das reuniões dos Conselhos Municipais de Saúde e Relatórios das Conferências Municipais de Saúde).

Os sujeitos do estudo foram constituídos de um Coordenador da Área Técnica de Hanseníase da Gerência Regional de Saúde (GRS); sete Secretários Municipais de Saúde; quatro Coordenadores da APS; um Coordenador Municipal da Área Técnica de Hanseníase; dez Médicos; doze Enfermeiros e dez Agentes Comunitários de Saúde. Essa amostra correspondeu aos 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 APS, 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 APS 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 foi de 90 minutos), totalizando 30 horas gravadas. Em relação à pesquisa documental, foram analisadas 111 Atas do Conselho Municipal de Saúde (de 2005 até 2007); 10 Planos Municipais de Saúde (os dois últimos planos encontrados sendo que o período variou entre os municípios) e 11 Relatórios Finais das Conferências Municipais de Saúde (os dois últimos relatórios encontrados, sendo que o período variou entre os municípios). Essa coleta de dados ocorreu em três etapas, entre os meses de novembro de 2007 e fevereiro 2008.

Para tratamento e análise dos dados, foi utilizada a Análise de Conteúdo, na modalidade Temática, que “*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*”.^{13:105} 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.¹³

As entrevistas gravadas foram transcritas na íntegra e foram utilizadas as seguintes identificações dos entrevistados, seguida de um número em ordem crescente, de acordo com o quantitativo de entrevistados por categoria: gestores (G_1 até G_{13}); médicos (MED_1 até MED_{10}); enfermeiros (ENF_1 até ENF_{12}); agentes comunitários de saúde (ACS_1 até ACS_{10}).

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. Na etapa de codificação, os dados brutos foram transformados sistematicamente e agregados em unidades de significação, permitindo atingir uma representação do conteúdo. A seguir, realizamos a compreensão das unidades de registro e as codificamos nas unidades de contexto, que “*corresponde ao segmento da mensagem cujas dimensões são ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registro*”.^{13:107}

Os dados que apresentaram características comuns foram agrupados em categorias nas quais o conteúdo das falas foi organizado, respeitando o critério semântico de

codificação do material. Nesse contexto, surgiu a categoria empírica “Acesso às ações de controle da hanseníase nos municípios da microrregião de Almenara”. Na última etapa da análise dos dados, interpretamos os dados empíricos, relacionando-os com as categorias analíticas e com o conceito de “Organização Tecnológica do Trabalho em Saúde”.¹²

Este estudo foi realizado atendendo às determinações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e foi aprovado no Comitê de ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais, conforme parecer n° ETIC 459/05 - Ad 01/07.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

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.¹¹ A microrregião de Almenara possui uma população total de 175.432 habitantes, sendo que 70,0% dessa população residem na zona urbana.^{14,15}

Nesta pesquisa, sete dos nove municípios possuem uma cobertura total da sua população pela ESF, inclusive daquelas localizadas na zona rural. Em Palmópolis e Salto da Divisa, a ampliação do número de equipes da ESF foi proposta aprovada 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.

No município de Jequitinhonha, apesar de ter cerca de 90,0% de cobertura populacional pelas equipes da ESF, 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.¹⁶ Esse dado epidemiológico sugere que a população do município de Jequitinhonha, apesar do acesso à APS ser relativamente boa (90,0% de cobertura populacional), tem dificuldades de acesso às ACH, indicando a existência de problemas operacionais.

Em Almenara, a população que não é cadastrada na ESF é atendida no Centro de Especialidades Médicas. O gestor acredita que a implantação de novas equipes da ESF, principalmente na zona rural, aprimorará as ações de

prevenção e controle da hanseníase no município já que “os pacientes não ter onde se referenciar”.¹⁷ 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 (G_{11}). O aumento da cobertura populacional e geográfica das ACH proporciona o diagnóstico dos casos antigos que estavam ocultos perante aos serviços de saúde.¹⁸

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 da ESF 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 hanseníase¹⁴, dados que sugerem uma possível existência de uma prevalência oculta nesses setores censitários.

Em relação à distribuição geográfica, os municípios possuem equipes da ESF que atendem a população da zona urbana e rural e os discursos dos profissionais de saúde evidenciaram que eles encontram barreiras geográficas para prestarem assistência nessas localidades. 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.¹⁹

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, dependendo os profissionais da disponibilização de veículos para prestarem assistência à zona rural (MED_{10}); o fato de as estradas não serem pavimentadas, o que dificulta o trânsito de veículos no período das chuvas; e a presença do Rio Jequitinhonha (G_8), que atravessa algumas cidades da microrregião como Jequitinhonha, Almenara, Jacinto e Salto da Divisa.

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 (40 reais ida e volta), 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 (ENF_{11} , G_8).

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 da ESF para atender a população da zona rural, pois o gestor reconheceu que a população da zona rural está desassistida (G₁₀).

Somente 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.⁴ Isso nos revela que a maioria dos casos não precisou deslocar para outros municípios à procura de atendimento à saúde, mesmo com a existência de barreiras geográficas importantes na região.

Mas a existência das barreiras físicas, como topografia ou terrenos difíceis e longas distâncias até a unidade de saúde mais próxima, são fatores que impõem desafios específicos, especialmente em áreas com baixa cobertura de serviços de saúde, e exigem soluções flexíveis para a prestação de serviços de diagnóstico e tratamento.²⁰

Sabemos que a hanseníase é uma doença endêmica na microrregião de Almenara, constituindo-se, assim, um agravo prioritário no planejamento das ações de saúde. Como os municípios são responsáveis pelo planejamento, pela organização, pelo monitoramento e pela avaliação dos serviços de saúde²¹, a hanseníase precisa ser vista como prioridade, não apenas pelo poder público, mas também pelos profissionais de saúde e cobrada pela população por meio dos Conselhos Municipais de Saúde.²²

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 APS e mobiliza os profissionais de saúde para que o diagnóstico seja precoce a fim de se evitarem as incapacidades físicas decorrentes da doença. Dos Planos Municipais de Saúde analisados, todos citam o seu perfil de morbimortalidade, mas os municípios de Rubim, Palmópolis, Jordânia e Almenara consideram a hanseníase como agravo prioritário. Coincidentemente, esses são municípios hiperendêmicos, confirmando o discurso do gestor em que afirma: “o município que prioriza o agravo acha os casos” (G₁₃).

Outro aspecto que influencia o acesso às ações de prevenção e controle da hanseníase nessa microrregião é a priorização da doença pelos profissionais de saúde, uma vez que as ACH estão incluídas no conjunto das ações gerais da APS.

Os profissionais relatam que as ações do programa de hanseníase são divididas com as outras atividades da APS e o desenvolvimento das ACH precisa ser cobrado pela Gerência Regional de Saúde de Pedra Azul.

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. (ENF₉)

A sobrecarga de trabalho também foi citada como um fator que influencia no desenvolvimento das ACH.

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 da ESF é fragmentado, mesmo tendo o profissional médico como membro da equipe, os enfermeiros detêm, sozinhos, a função gerencial da ESF, com a supervisão da equipe de auxiliares de enfermagem e ACS, realização das ações de vigilância epidemiológica e programação local.²³

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 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)

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 APS dos municípios.^{24,25} No município silencioso (Monte Formoso), 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 [...] Vou te dizer que a gente talvez esteja um pouco despreparado na questão específica da hanseníase. (G₁)

Em Jacinto, o gestor apoiou o trabalho das equipes na realização das ACH, os profissionais foram capacitados, “vestiram a camisa” da hanseníase e assim o programa de controle da doença foi fortalecido.

Verificamos assim que a oferta das ações de prevenção e controle da hanseníase pelas unidades da ESF também é influenciada pela presença de profissionais tecnicamente capacitados e comprometidos com a doença. 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 APS.^{21,26}

Os discursos evidenciaram que há uma grande desigualdade no perfil dos profissionais, sendo que alguns municípios possuem equipes da ESF bem comprometidas com a hanseníase.

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.¹⁴

Nem sempre os municípios possuem profissionais, principalmente de nível superior, comprometidos com a hanseníase. Normalmente, eles não querem atender esses pacientes na APS e resolvem o problema através do encaminhamento do paciente para um centro de referência (G₁₁, G₁₂).

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 devido 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)

Estudos evidenciaram que a falta de compromisso dos profissionais, principalmente do médico, na realização das ACH e a manutenção da ideia de que o diagnóstico e o tratamento da hanseníase devem ser conduzidos por especialistas (dermatologistas ou hansenólogos) são aspectos dificultadores do processo de descentralização.^{24,27} Esses profissionais às vezes não consideram o direito do paciente realizar o tratamento na unidade mais próxima de sua residência e não avaliam os custos que esse paciente terá para deslocar até a unidade de referência.²⁰ O estudo realizado em Betim, Minas Gerais, evidenciou que, após a descentralização das ACH, os pacientes preferiram realizar o tratamento nas unidades da ESF à qual pertencem, diminuindo assim os custos com o transporte e o tempo de deslocamento.²⁶ Para esses autores, isso sugere melhoria do acesso.

Existem também aqueles profissionais que não possuem perfil para atender na ESF, uma vez que não se preocupam em se integrar com a equipe, em realizar ações educativas com a comunidade e educação continuada com os membros da equipe. Entende-se que os profissionais

que atuam na APS devem realizar ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes.

Os discursos revelam que os profissionais médicos possuem dificuldades em reconhecer que a hanseníase é um agravo prioritário na região (G_6 , G_{11} , G_{12}), mas espera-se que o médico que atua na Atenção Primária no Vale do Jequitinhonha tenha, no mínimo, uma responsabilidade social com esse problema de Saúde Pública (MED_6) e que essa responsabilidade seja realmente cobrada pelos gestores, Conselho de Saúde e também pela própria população.

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 [Programa de Saúde da Família] 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 e de enfermagem não deve valorizar a queixa do cliente, esse deve ser visto na sua integralidade e, no Vale do Jequitinhonha, deve-se considerar a hanseníase, a tuberculose, e outras doenças de destaque epidemiológico como as verminoses e desnutrição. O Ministério da Saúde 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.²⁸

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)

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 em mais de um treinamento. Essa insegurança dos profissionais para realizar as atividades de hanseníase, mesmo após o treinamento, é relatada em outros estudos.^{24,27} Muitos chegam a fazer três, quatro até cinco treinamentos e ainda expressam que não estão preparados para atender a hanseníase (G_{11}). 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)

Inclusive a GRS de Pedra Azul também questiona por qual motivo os profissionais que já estão treinados não fazem as ações de hanseníase. 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 (G_{13}).

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 é uma estratégia de educação continuada porque, durante as discussões, há aquisição de

conhecimento técnico²⁴, já que o atendimento do paciente junto com o supervisor²⁰ é uma oportunidade para obter melhor qualidade do trabalho.¹²

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 polo virchowiano e tem importância no diagnóstico e classificação da doença”.²⁹

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 a hanseníase podem inclusive interferir no tratamento da doença.²⁴

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.

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)

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). 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 APS.³⁰

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.¹²

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 devem estar presentes no processo de trabalho em hanseníase.

Em relação aos instrumentos, na maioria dos municípios desse estudo, as equipes da ESF 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). 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.

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

Antes tinha só um estesiômetro, a gente só tinha um, só tinha aqui no meu posto, e quando o PSF [Programa de Saúde da Família] 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, a baciloscopia (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.¹⁴

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.

Quando surge 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? (MED₃)

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 têm 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.

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.

Esforços para aumentar a detecção de casos concentram-se em facilitar a demanda espontânea de pessoas que desenvolvam hanseníase. Isso é feito aumentando a conscientização do público em geral a respeito dos sinais e sintomas precoces da hanseníase [...] Essa questão pode ser abordada de forma mais eficaz por meio de campanhas de informação pública através de diferentes veículos da mídia, incluindo meios tradicionais de comunicação.^{20:13-14}

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.³¹ A descentralização da atenção à hanseníase para a APS é primordial para incrementar o trabalho de educação em saúde para a comunidade.³² 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”. (ENF₃)

“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”. (ENF₃)

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 e, durante essas visitas, os ACS podem identificar e encaminhar os suspeitos para as unidades de saúde.³¹

Outras estratégias possuem um público mais específico como palestras nas escolas, na sala de espera da unidade de saúde, 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 feitas 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 unidade de saúde precisam organizar uma estratégia para mobilizar toda a comunidade do município.

Torna-se necessário o fortalecimento das estratégias de educação em saúde, pois só assim a sociedade estará mobilizada para reconhecer os sinais e sintomas da doença e procurar a unidade de saúde mais próxima da residência se estiver com manchas suspeitas para que seja precocemente diagnosticada e tratada.^{21,26}

CONCLUSÕES

Os resultados apontam que analisar somente a cobertura populacional da ESF não assegura que a totalidade da população possui acesso às ACH. 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 têm 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)

A partir dos resultados encontrados e fundamentado no discurso acima, 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, que exerce grande influência no desenho da situação epidemiológica da doença nessa microrregião.

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

Artigo elaborado a partir da dissertação “Tecnologia do Processo de Trabalho em Hanseníase: Análise das Ações de Controle na Microrregião de Almenara, Minas Gerais”, 2009, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SVS apóia seminário de mobilização contra hanseníase em MG. Brasília: Programa Nacional de Controle da Hanseníase; 2011. [Citado 2011 fev. 10]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=1498&CO_NOTICIA=12157
2. Pan American Health Organization. Situacion de los programas de control de la lepra en las Americas. Washington: Pan American Health Organization; 1988.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância em saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil. Brasília: Programa Nacional de Controle da Hanseníase; 2008.
4. Amaral EP, Lana FCF. Análise espacial da hanseníase na microrregião de Almenara, MG, Brasil. Rev Bras Enferm. 2008 nov; 61(esp):701-7.
5. Organização Mundial de Saúde. Estratégia global para aliviar a carga da hanseníase e manter as atividades de controle da hanseníase (Período do Plano: 2006-2010). Genebra: OMS; 2005.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS/SUS 01/2001. Portaria n. 95 de 26 de janeiro de 2001. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
7. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2007.
8. Marcolino ABL, Nogueira JA, Ruffino-Netto A, et al. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux - PB. Rev Bras Epidemiol. 2009 jun; 12(2):144-57.
9. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saúde Pública. 2004; 20(Supl): S190-8.
10. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. Ciênc Saúde Coletiva. 2006 dez; 11(4): 975-86.
11. Aquino R, Barreto ML. Programa de Saúde da Família: acerca da adequação do uso do seu indicador de cobertura. Cad Saúde Pública. 2008 abr; 24(4): 905-14.

12. Mendes-Gonçalves RBM. 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.
13. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
14. Amaral EP. Análise espacial da hanseníase na microrregião de Almenara - Minas Gerais: relações entre a situação epidemiológica e as condições socioeconômicas [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2008.
15. Minas Gerais. 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: Coordenadoria de Controle da Hanseníase; 2008.
16. Van Veen NHJ, Meima A, Richardus JH. The relationship between detection delay and impairment in leprosy control: a comparison of patient cohorts from Bangladesh and Ethiopia. *Lepr Rev.* 2006; 77(4): 356-65.
17. Almenara. Conselho Municipal de Saúde. 67ª Ata do Conselho Municipal de Saúde de Almenara. Almenara: Conselho Municipal de Saúde; 2007.
18. Ogbeiwi OI. Progress towards the elimination of leprosy in Nigeria: a review of the role of policy implementation and operational factors. *Lepr Rev.* 2005; 76(1): 65-76.
19. Unglert CVS, Rosenburg CP, Junqueira CB. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. *Rev Saúde Pública.* 1987 out; 21(5): 439-446.
20. Organização Mundial da Saúde. Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: 2011-2015. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2010.
21. Visschedijk J, Engelhard A, Lever P, Grossi MAF, Feenstra P. Leprosy control strategies and the integration of health services: an international perspective. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19(6):1567-81.
22. Brandão P. Assistência ao portador de hanseníase. *Rev Bras Enferm.* 2008 nov; 61(esp): 782-3.
23. Nascimento MS, Nascimento MAA. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005 jun; 10(2):333-45.
24. Fuzikawa PL. Avaliação da descentralização das ações de controle da hanseníase em Betim: prevenindo incapacidades? [dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; 2007.
25. Grossi MAF. Vigilância da Hanseníase no Estado de Minas Gerais. *Rev Bras Enferm.* 2008 nov; 61(esp):781.
26. Fuzikawa PL, Acúrcio FA, Velema JP, Cherchiglia, ML. Decentralisation of leprosy control activities in the municipality of Betim, Minas Gerais State, Brazil. *Lepr Rev.* 2010; 81: 184-95.
27. Moreno CMC, Enders BC, Simpson CA. Avaliação das capacitações de hanseníase: opinião de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. *Rev Bras Enferm.* 2008 nov; 61(esp):671-5.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Como os gestores municipais de saúde vão acelerar a eliminação da hanseníase no Brasil. Brasília: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde; 1999.
29. D'abreu PC, Durães SMB, Estrela RR. Hanseníase virchowiana diagnosticada através de exame histopatológico de lesão oral em paciente com pênfigo foliáceo. *An Bras Dermatol.* 2000 jun; 75(3): 339-46.
30. Saunderson P. Learning to manage leprosy after 2005: preserving critical knowledge and exploiting new technology. *Lepr Rev.* 2005 mar; 76(1): 2-4.
31. Krishnamurthy P. Hidden leprosy -- who is hiding from whom? *Lepr Rev.* 2004 dec; 75(4): 303-5.
31. Soutar D. Integration of leprosy services. *Lepr Rev.* 2002 jun; 73(2):109-10.

Recebido: fevereiro de 2011

Aprovado: agosto de 2011
