

CONTROLE DOS CONTATOS INTRADOMICILIARES DE HANSENÍASE EM EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Control of Household Contacts of Leprosy by Family Health Teams

Talita Helena Monteiro de Moura¹, Ângela Catarina Inácio Costa², Maria Eugenia Pires Pessoa Rafael³, Raphaela Delmondes do Nascimento⁴, Maria Sandra Andrade⁵, Maria Rejane Ferreira da Silva⁶

RESUMO

Objetivos: avaliar as ações de controle dos contatos intradomiciliares de hanseníase desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) do Distrito Sanitário II de Recife e descrever a relevância dessas ações, os obstáculos para a realização das mesmas e as estratégias que possam superá-los a partir da perspectiva dos profissionais de saúde. **Métodos:** estudo descritivo, com abordagem qualitativa. Para a coleta de dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada com profissionais de ESF. **Resultados:** as ações de controle dos contatos intradomiciliares têm importância reconhecida pelos profissionais das ESF, no entanto, essas vêm enfrentando alguns obstáculos como o não comparecimento dos usuários à unidade de saúde e dificuldades para realização de atividades educativas. **Conclusão:** há a necessidade de se manter uma vigilância mais efetiva dos contatos intradomiciliares de hanseníase, bem como de uma maior integração entre a gestão municipal, os profissionais de saúde e os usuários, permitindo a estes uma assistência mais resolutive.

PALAVRAS-CHAVE: Hanseníase; Saúde Coletiva; Saúde da Família.

ABSTRACT

Goals: To evaluate leprosy household contact control actions developed by the Family Health Teams (Equipes de Saúde da Família - ESF) from the Second Sanitary District of Recife, and describe their relevance, the obstacles to their accomplishment, as well as the strategies for overcoming such obstacles, from the health professional's perspective. **Methods:** a descriptive study with a qualitative approach. A semi-structured survey by ESF professionals was used for data collection. **Results:** the relevance of household contact control actions is recognized by ESF professionals. However, there have been some obstacles, such as user absences at the health care units and some difficulties in accomplishing education activities. **Conclusion:** it's necessary to maintain more effective surveillance on leprosy household contacts, as well as to increase integration among the city administration, health professionals, and users, offering them more efficient care.

KEY WORDS: Leprosy; Health Family; Public Health.

¹ Talita Helena Monteiro de Moura, Enfermeira residente em Saúde da Família/UPE

² Ângela Catarina Inácio Costa, Enfermeira residente em Saúde da Família/UPE

³ Maria Eugenia Pires Pessoa Rafael, Enfermeira graduada pela UPE

⁴ Raphaela Delmondes do Nascimento, Professora assistente da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG) da Universidade de Pernambuco, mestre em Saúde Pública.

⁵ Maria Sandra Andrade, Professora adjunta da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG) da Universidade de Pernambuco, doutora em Saúde Pública

⁶ Maria Rejane Ferreira da Silva, Professora adjunta da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG) da Universidade de Pernambuco, doutora em Saúde Pública. Pesquisadora da FIOCRUZ-Pernambuco. Membro do GRAAL-Gupo de Pesquisa da África e América Latinas Financiamento: PIBIC/CNPq

INTRODUÇÃO

A hanseníase tem grande relevância como problema de saúde pública e exige vigilância resolutiva.¹ O estado de Pernambuco ocupa o segundo lugar, na região Nordeste, em registro de casos novos e, em 2008, apresentou um coeficiente de detecção de 31,41 casos para cada 100 mil habitantes.²⁻⁴ A maioria desses casos (63,4%) foi registrada na Região Metropolitana do Recife. Destaca-se ainda que, entre as 10 áreas com maior risco de detecção da doença (*clusters*), que incluem 1.173 municípios, estão municípios de Pernambuco, entre os quais, Recife.²⁻⁵

Os contatos intradomiciliares das pessoas acometidas pela hanseníase desempenham um importante papel na transmissão da doença, especialmente no contexto familiar e social.⁶⁻⁸ As ações de controle desses contatos são consideradas prioritárias para o controle da doença, sendo reconhecidas como relevantes desde o século XIX.⁹ Uma das metas principais do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) é a intensificação das medidas de controle dos contatos e consequente redução na detecção de casos novos da doença.¹⁰

Neste contexto, as ações de vigilância epidemiológica, de maneira geral, e a investigação epidemiológica, em particular, são primordiais. Essas ações objetivam romper a cadeia de transmissão da doença, através da identificação das fontes de contágio. Os contatos, uma vez identificados, devem ser submetidos ao exame dermatoneurológico. Se confirmado o diagnóstico de hanseníase, devem ser tratados. Os casos não diagnosticados devem ser informados a cerca da doença e do aparecimento de sinais e sintomas e, neste caso, procurar os serviços de saúde.⁷

Observa-se, então, que a investigação adequada dos contatos além de contribuir para a interrupção da cadeia de transmissão da doença, previne a instalação de incapacidades, resultante do diagnóstico tardio, que pode limitar a produtividade do indivíduo e gerar a estigmatização social.¹¹ Adicionalmente, deve ser intensificada a divulgação para a população sobre sinais e sintomas relativos à doença, o treinamento de profissionais de saúde e ações de sensibilização de gestores, como aspecto indispensável ao fortalecimento das ações de vigilância de contatos.⁸

A grande maioria dos casos de hanseníase pode ser diagnosticada e tratada nos serviços de Atenção Básica. No entanto, os dados atuais demonstram que, apesar da recomendação do Ministério da Saúde a respeito da realização do exame dermatoneurológico de todos os contatos dos casos novos de hanseníase, isso não está sendo realizado na magnitude que se almeja. No Brasil,

em 2008, 54,3% dos contatos foram examinados e, em Pernambuco, 56,1%.^{2,4,8}

Embora certificada a necessidade do desenvolvimento das atividades voltadas para o controle de contatos, estas têm sido pouco valorizadas pelos serviços, profissionais de saúde e pesquisadores que se interessam pela temática. Estes parecem privilegiar a abordagem para o controle da doença e do doente, com pouca inclusão das ações de controle de contatos.¹¹⁻¹³

Este estudo justifica-se pela magnitude da doença no Recife e pela necessidade de se compreender a percepção das Equipes de Saúde da Família sobre as ações relacionadas ao controle dos contatos de hanseníase. Observa-se, ainda, a escassez de estudos com abordagem qualitativa sobre o tema, aspecto fundamental para o controle da doença.

O estudo tem como objetivo geral avaliar a percepção sobre ações de controle dos contatos de hanseníase desenvolvidas pelas equipes de saúde da família do Distrito Sanitário II (DS II) da cidade de Recife. Assim, procura descrever a relevância das ações de controle de contatos, os obstáculos para a realização dessas atividades percebidas pelos profissionais de saúde, bem como as estratégias identificadas por esses profissionais para superar esses obstáculos.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa, orientado a focar as percepções e práticas dos profissionais relativas ao controle de contatos de hanseníase.

A investigação foi realizada no município de Recife, que possui 1.422.905 habitantes, e está dividido em seis Distritos Sanitários (DS). Cada distrito abrange de oito a vinte e nove bairros. Em relação ao Programa de Saúde da Família, o município encontra-se hoje com uma cobertura de 54% de sua população.^{5,14} Foi selecionado, por critérios epidemiológicos, o DS II, uma vez que foi um dos que mais apresentou casos novos da hanseníase no município em 2007, com 171 casos notificados.¹⁴

A unidade de análise deste estudo é o controle de contatos de hanseníase, realizado pelas Equipes de Saúde da Família - ESF.

Foram consideradas as Unidades de Saúde da Família (USF) do DS II que contemplassem os seguintes critérios: estar em funcionamento há pelo menos um ano, acompanhando usuários com hanseníase em suas áreas, ou ter realizado este acompanhamento no ano de 2008. As USF que estiveram dentro destes critérios foram escolhidas aleatoriamente. Dessa forma, foi sorteada, inicialmente, uma

USF, para a investigação. Posteriormente, foram sorteadas outras USF até ser alcançado o número de sujeitos que proporcionasse a saturação da informação.

A amostra utilizada foi do tipo teórica, uma vez que buscou casos que exemplifiquem os achados principais.¹⁵ Participaram do estudo enfermeiros e médicos, que cumpriram os seguintes critérios: estar em atividade na USF há pelo menos um ano, assistir pessoas acometidas pela hanseníase ou já ter assistido na unidade que trabalhavam no ano de 2008. Foram entrevistados 19 profissionais de saúde.

Os dados foram coletados entre o período de janeiro a março de 2010. Foram realizadas entrevistas individuais, semiestruturadas, orientadas por um guia elaborado pelas autoras. As entrevistas foram gravadas, conforme concordância dos sujeitos e, posteriormente, transcritas. As entrevistas foram codificadas conforme ordem da realização das mesmas.

O guia de entrevista utilizado no estudo tomou como conceito norteador, para a sua elaboração, as atividades de controle de contatos preconizadas no Programa Nacional de Controle da Hanseníase.⁸ Desta forma, as temáticas foram: vigilância epidemiológica dos contatos, exame de contatos para garantir o diagnóstico precoce e atividades de educação em saúde.

A técnica de análise dos dados utilizada foi a análise de conteúdo, proposta por Bardin.¹⁶ Dentro da análise de conteúdo, realizou-se uma análise por categoria, consideraram-se as seguintes categorias de análise: relevância do controle de contatos, obstáculos para realização das atividades e estratégias para superação dos obstáculos. Dentro dessas duas últimas categorias pré-estabelecidas, emergiram, durante a leitura das entrevistas, subcategorias, analisadas à luz do referencial teórico.

Foram obedecidos os princípios da bioética, registrados na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde¹⁷, sobre pesquisa envolvendo seres humanos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Pernambuco, e, aos sujeitos do estudo, foi solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Participaram do estudo 19 profissionais de saúde, entre eles, 13 enfermeiros(as) e 06 médicos(as). Deste total, 17 eram do sexo feminino e 02 do sexo masculino. A idade dos entrevistados variou entre 26 a 57 anos. Foram registrados no DS II 171 casos novos de hanseníase e 477 contatos, desses 252 (52,83%) foram examinados.

Os resultados são apresentados segundo as categorias analíticas pré-estabelecidas e as subcategorias emergentes correspondentes: relevância do controle de contatos; obstáculos para realização das atividades (comparecimento dos usuários à unidade; realização de atividades educativas; organização dos serviços e das ações de saúde); estratégias para superação dos obstáculos (atividades de educação em saúde, parcerias, atividades da equipe, necessidades inerentes à gestão).

Relevância do controle de contatos

Os sujeitos da pesquisa, em sua maioria, identificaram que as ações de controle dos contatos intradomiciliares de casos de hanseníase são importantes, uma vez que se relacionam à possibilidade de um maior controle da transmissão, à contribuição para o diagnóstico precoce e à eliminação da hanseníase.

A maioria dos sujeitos destacou que a importância das ações para o controle dos contatos está relacionada à interrupção do ciclo de transmissão da doença possibilitada por essas ações. Segundo algumas narrativas, a condição de contato de hanseníase reporta ao usuário um meio de propagação da doença, sendo necessária uma vigilância mais intensa para o mesmo. Observa-se que há preocupação por parte de alguns entrevistados em intervir no grupo familiar do paciente portador de hanseníase. Há o conhecimento de que se a ação é individualizada, pouco se está contribuindo para a erradicação do problema.

“Demais, importantíssimo. Tem que cortar a transmissibilidade da doença, tem que deixar ela evoluir não.” (Entrevistado 6)

“É importante. Porque você tem a garantia de que a doença foi limitada àquela pessoa, ou àquela família. Se caso eu trato o usuário isoladamente sem observar os que tão ao redor, eu pouca coisa eu estou fazendo. (...) Estou dando tempo para aquele comunicante depois ser comunicante do próprio usuário que foi curado.” (Entrevistado 10)

Outros entrevistados identificaram que controle de contatos é importante para o diagnóstico precoce da doença, que é reconhecidamente fundamental para a interrupção da transmissão da doença e a prevenção de incapacidades. Além de ser imprescindível para a eliminação da doença.

“(...) se o comunicante você não diagnosticar em tempo, vai ficar contaminando outras pessoas.” (Entrevistado 12)

“Porque é através desse controle de comunicantes que a gente consegue acabar com a doença.” (Entrevistado 16)

Obstáculos para realização das atividades

Os sujeitos da pesquisa identificaram diversos obstáculos que limitam a realização das atividades preconizadas pelo MS para o controle de contatos, entre eles, destacaram-se: a falta de comparecimento dos usuários à unidade, a realização de atividades educativas, e alguns obstáculos organizacionais.

Falta de Comparecimento dos usuários à unidade básica de saúde

A grande maioria dos profissionais de saúde referiu que uma das principais dificuldades para realizar ações de controle de contatos está relacionada com a falta de comparecimento dos usuários à unidade. Os sujeitos apontaram diversos motivos para o absentismo dos usuários, tais como: o desconhecimento da doença; as atividades ocupacionais (trabalho, escola); o acesso geográfico, particularmente quando a unidade é fora da área de cobertura; o preconceito/estigma da doença.

“A maioria não dá muita importância não, ‘ah não tenho nada não, não tenho mancha não, não vou lá não, não tenho nada não.’ As pessoas não dão muita importância. A não ser quando já estão com a lesão (...). Ai uns vêm, outros não vêm porque dizem que tão trabalhando, dizem que não pode. Aquela coisa as pessoas sempre só procuram mais quando a doença já se instalou, não é?” (Entrevistado 8)

“Porque o posto da gente não é na área, a gente tá fora da área de abrangência (...). A gente tá, mais ou menos, uns cinco quilômetros do posto.” (Entrevistado 3)

“A grande dificuldade de diagnosticar, mesmo com a atenção básica qualificada, o serviço de referência qualificado, a gente tem muita dificuldade no diagnóstico, porque as pessoas têm muito medo desse diagnóstico de hansen e aí, por muitas vezes, eles escondem.” (Entrevistado 3)

Realização de atividades educativas

Em relação aos obstáculos para a realização das atividades educativas, foram mencionados alguns fatores limitantes, tais como: a organização do serviço e a falta de compromisso do usuário no comparecimento a essas

atividades. Quanto à organização do serviço, foram relatadas, por alguns entrevistados, as seguintes dificuldades: a organização de cronograma que incluía atividades educativas e formação de grupos; quantidade insuficiente de material educativo; espaço físico inadequado da unidade.

“A gente já pega as pessoas doentes e a parte educativa é inexistente. A gente não tem grupos, a gente não tem reuniões, não tem palestras, não tem. Até porque os únicos horários que a gente tinha pra fazer alguma coisa educativa tá no acolhimento (...).” (Entrevistado 1)

“A questão mesmo de recurso mesmo, visual, por exemplo, mais folder, mais cartaz, a gente sempre precisa de mais até para no ‘porta a porta’ está divulgando.” (Entrevistado 11)

“A gente não tem espaço físico pra fazer educação em saúde aqui. Essa unidade não dispõe de espaço (...).” (Entrevistado 18)

Um dos sujeitos entrevistados destacou a falta de compromisso do usuário no comparecimento às atividades educativas, como um limitante para realização das mesmas.

“Questão das faltas é que a pessoa não quer vir, da comunidade não querer vir [para atividades educativas]. A comunidade ela só vem se você disser que vai fazer um sorteio ou que vai dá lanche, infelizmente.” (Entrevistado 14)

Organização dos serviços e das ações de saúde

Outro aspecto evidenciado na fala dos profissionais, quanto aos obstáculos para realização das ações de controle de contatos, está relacionado às questões organizacionais das ações e serviços de saúde. A sobrecarga de trabalho na Atenção Básica foi considerada um obstáculo significativo para o controle de contatos de hanseníase. Os profissionais se queixam do aumento diário de ações que devem realizar, o que os leva a priorização de algumas.

(...). A gente realmente tem tido menos tempo ou menos condições porque são tantas as ações que a gente tem que fazer que a gente tem que priorizar a do momento muitas vezes (...). A gente não tem só a hanseníase como atenção prioritária da gestão.” (Entrevistado 2)

Outro obstáculo identificado para o controle de contatos refere-se à escassez de capacitação e atualização para os profissionais.

“Faz muito tempo que não tem capacitação.” (Entrevistado 9)

Estratégias para superação dos obstáculos

No que se refere às estratégias para superação das dificuldades para o controle de contatos de hanseníase, emergiram as seguintes subcategorias: atividades de educação em saúde; parcerias; atividades da equipe; atividades inerentes à gestão.

Atividades de educação em saúde

A maioria dos profissionais apontou como estratégia a necessidade de intensificar a realização de atividades educativas. Foi também sugerido maior investimento financeiro para a realização das atividades supracitadas, e identificada a necessidade de ampliar o espaço físico para a realização de atividades de educação em saúde.

“Tem que está fazendo todo dia, não só em grupos específicos, que tem na unidade. Mas, a sala de espera, é na própria visita domiciliar, é no atendimento individual. Intensificar a informação, o repasse dessa informação.” (Entrevistado 4)

“Então eu acho que a unidade deveria ter um suprimentozinho pouquinho, sei lá R\$ 40,00, R\$ 50,00 por mês pra contribuir pra isso. Acho que ajudaria bastante.” (Entrevistado 19)

“Ampliar o espaço para realizar as atividades de educação em saúde.” (Entrevistado 18)

No entanto, alguns entrevistados relataram limites para o desenvolvimento dessas ações justamente pela falta de participação da população aos serviços de saúde.

“Às vezes a gente faz o Dia da Mancha, o pessoal não comparece.” (Entrevistado 5)

Parcerias

A articulação com parcerias foi apontada, por alguns profissionais, como uma estratégia para fortalecer as ações preconizadas para o controle de contatos. Em uma das falas, quando indagado sobre o que poderia ser feito para um eficaz controle dos contatos, o profissional referiu a importância de se criarem parcerias com a família.

“Aí, tem que ter uma supervisão maior da família e do agente comunitário na casa. E, às vezes, também a gente

vai intervir, conversar com a família, falar a importância do tratamento, porque se ele para o tratamento, ele vai voltar a contaminar a vizinhança, os familiares, os próximos a ele.” (Entrevistado 12)

Em outras entrevistas, a mídia foi referenciada como um importante meio para transmitir informações sobre a doença.

“(...) a mídia é muito forte, não é? Talvez se investisse mais, botasse na mídia, falassem mais a respeito da doença na televisão, no rádio, tem uma rádio comunitária aqui na comunidade que poderia ser utilizada pra isso também.” (Entrevistado 17)

Atividades da equipe

Para alguns profissionais, conhecer o diagnóstico da situação de saúde do usuário, o engajamento e compromisso entre os membros da equipe e a busca dos contatos são atividades que devem fazer parte da rotina na Atenção Básica. É importante enfatizar, ainda, que o diagnóstico da situação de saúde, segundo relatos, fortalece o vínculo com a comunidade. Alguns destacam a importância da visita domiciliar que permite uma aproximação realista do contexto em que vive o paciente.

“(...) se a gente faz a visita domiciliar, você consegue perceber todo o contexto que esse paciente está inserido, questão da localização, moradia, os aglomerados populacionais que eles se encontram, a questão do saneamento básico, enfim, acessibilidade ao posto, tem isso tudo que eu acho que é interessante.” (Entrevistado 3)

No que diz respeito ao engajamento e compromisso entre os membros da equipe, foram propostas, em alguns relatos, a implementação e a avaliação de ações de controle. Um dos entrevistados afirma a necessidade do envolvimento dos três níveis assistenciais. Destaca a necessidade de esforço coletivo e a participação no planejamento das políticas como estratégias de equipe para melhorar as ações de controle.

“Tem que ter senso de equipe nesse tipo de atividade, (...) todo mundo engajado nesse processo de atividade.” (Entrevistado 11)

“Eu acho que a gente precisava um trabalho em conjunto, envolvendo a atenção básica, média complexidade num

esforço coletivo. (...) mais empenho, eu acho, entendesse? A gente precisa planejar as políticas e a gente precisa implantar e implementar, fazer um planejamento estratégico, significa avaliar se essas ações estão indo [se estão sendo eficazes].” (Entrevistado 3)

Outro profissional destaca a necessidade de um atendimento mais humano durante a consulta, com mais sensibilidade, tempo e uma visão mais integral.

“Acho que é mais sensibilidade na consulta. Mas, acho que falta mais tempo pra esses pacientes, entendeu? A gente tentar, realmente, não se deter à queixa do paciente, tentar vê-lo de forma integral.” (Entrevistado 4)

Ainda dentro das atividades que a equipe deve desenvolver, vários profissionais deram ênfase à busca de contatos com a finalidade de resgatar esses usuários para ações de controle da doença. Alguns deles ressaltam a importância do papel de cada membro da equipe.

“A partir de um foco de um paciente doente, ir na casa, examinar todas as pessoas da casa, todos os seus comunicantes diretos e fazer aquele bloqueio em volta naquela família e as pessoas que são mais frequentes (...) então nós mandamos chamar essas pessoas para serem examinadas e também fazer a vacinação, também fazer a busca ativa através do agente comunitário de saúde, do médico e dos enfermeiros.” (Entrevistado 8)

No que se refere ao controle dos casos de hanseníase, os entrevistados relataram desenvolver busca ativa, visita domiciliar, atendimento programado na unidade de saúde e, em caso dúvida no diagnóstico, encaminha para a referência.

“O paciente é identificado pelo Agente Comunitário de Saúde, imediatamente a gente faz uma visita domiciliar e convida esse paciente para ser atendido no posto. Ele passa por uma consulta pela médica e pela enfermeira (...) se a gente conseguir fechar o diagnóstico, pede os exames laboratoriais ou então encaminha para a média complexidade (...)” (Entrevistado 3)

Atividades inerentes à gestão

Ao sugerirem estratégias para superação de obstáculos, no que se referem a funções inerentes à gestão, observou-se que alguns profissionais sentem a falta da presença atuante de coordenadores e gerentes. Nesse sentido, foi sugerido um monitoramento mais efetivo do programa, maior inves-

timento em educação permanente, apoio na discussão de casos clínicos, melhoramento da infraestrutura, e presença de profissionais com perfil adequado na equipe.

“Os coordenadores, dos programas, dos projetos fizessem umas visitas pontuais a cada equipe, porque o ano tem 365 dias, não é? (...), vamos chegar mais junto das equipes para saber quais são, de fato, as dificuldades (...)” (Entrevistado 3)

“É interessante que, além desse processo de consulta, atrelado a essa consulta, exista educação em saúde permanente, entende? Na visita domiciliar, na consulta, na referência, na contrarreferência.” (Entrevistado 3)

“(...) o repasse da informação, a gente ter um momento para isso, para discutir o caso [caso clínico], não ficar só nos corretores dizendo ‘Ob, encontrei um’ [caso].” (Entrevistado 4)

Para garantir a efetividade do programa, foi evidenciada, nos depoimentos dos entrevistados, a importância de melhores condições de trabalho. Para isso, foi sugerida a melhoria da estrutura física do ambiente de trabalho e a atuação de uma equipe multiprofissional a fim de promover uma assistência integral.

“Eu acho que é reorganização do modelo de atenção à saúde, que perpassa desde a questão da estrutura, da questão institucional, da estrutura física, até capacitação, uma melhor triagem.” (Entrevistado 3)

“(...) a equipe multidisciplinar também seria importante, não é? A gente ter, realmente, o NASF, um assistente social, um psicólogo, que possa estar dando um apoio a esse paciente, caso ele venha descobrir a doença.” (Entrevistado 4)

DISCUSSÃO

O sistema de saúde do Brasil passou por muitas mudanças no decorrer dos últimos 20 anos, uma vez que foram implementadas diversas reformas políticas a fim de efetivar a estratégia de descentralização dos serviços, dando lugar prioritário de investimento as ações na Atenção Básica na perspectiva de estruturação de uma rede de serviços. Dentro desse contexto, o controle da hanseníase vem sendo integrado nos diferentes níveis, desde a atenção primária à especializada, buscando promover a detecção precoce da hanseníase por meio do aumento da acessibilidade aos serviços e de ações de educação em saúde a fim de contribuir com informações sobre sinais e sintomas desta patologia na população.^{18,19}

De acordo com o Ministério da Saúde, todos os contatos intradomiciliares dos casos de hanseníase notificados devem ser examinados. No entanto, segundo dados do SINAN⁴, nas 18 USF do DS II de Recife, foram registrados 477 contatos em 2008, sendo apenas 252 examinados, o que corresponde a um percentual de 52,83%, atingindo um parâmetro irregular, segundo a classificação para a avaliação da porcentagem de contatos examinados, definida pelo Ministério da Saúde.^{2,8} Os obstáculos apontados pelos profissionais de saúde, para a realização das atividades de controle de contatos, refletem no baixo percentual dos contatos examinados.

A maioria dos sujeitos do estudo identificou a relevância do controle de contatos, na interrupção da transmissão da doença a partir de suas atividades. Identificaram ainda que os contatos são mais susceptíveis em adquirir a infecção. Neste sentido, há concordância com a afirmação de Nascimento²⁰ quando relata em seu estudo que grande parte dos casos novos de hanseníase identificados é ou já foi contato intradomiciliar dos casos da doença.

Na realização das atividades para o controle dos contatos, foram especificados alguns obstáculos no que diz respeito à falta de comparecimento dos usuários à unidade, que relaciona-se, entre outros motivos, às atividades ocupacionais dos contactantes, que limitam o tempo dos mesmos para irem à unidade. Essa questão traz à tona um problema que é identificado na operacionalização das ações da Estratégia de Saúde da Família: o horário de funcionamento das Unidades de Saúde. Desta forma, fazem-se necessários horários alternativos de atendimentos nesses serviços ou a utilização de outras estratégias que facilitem o acesso destes usuários.

O preconceito/estigma da doença, outro limitante do acesso ao serviço de saúde, esteve presente em boa parte dos discursos dos sujeitos da pesquisa. Considerando que o medo da doença pode ser decorrente da falta de informação e que esta, por sua vez, pode contribuir para retardar o diagnóstico e manter as fontes de infecção, fica evidente a necessidade de desenvolver estratégias educativas próximas à realidade dos usuários.¹⁹

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, não seguem tal indicação. Por outro lado, as equipes de saúde parecem não conseguir cumprir um programa eficiente de busca ativa desses contatos.¹¹

No que concerne ao obstáculo relacionado à realização de atividades educativas, foram citadas limitações na or-

ganização do serviço, bem como pouco compromisso do usuário em comparecer à unidade. Pereira²¹ afirma que as ações educativas como práticas sociais e pedagógicas devem ser inerentes a todas as atividades de controle da hanseníase e desenvolvidas pela equipe de saúde, voltadas aos usuários, doentes, familiares, instituições e grupos da comunidade.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde tem promovido campanhas nacionais e incentivado, em nível estadual e municipal, o incremento do conhecimento da população o mais precocemente possível.²² Contudo, os resultados do estudo mostram entraves identificados pelos sujeitos para a concretização dessas atividades.

Dentre as estratégias sugeridas pelos profissionais para a realização das atividades de educação em saúde, foi citada a necessidade de espaço físico adequado para a realização das mesmas. Considerando que a maior parte das USF não dispõe de espaços físicos específicos para realização de palestras e atividades de grupo, cabe às equipes desenvolverem estratégias para a realização dessas atividades, como a utilização de espaços comunitários, como escolas e igrejas.

Outro entrave evidenciado pelos sujeitos da pesquisa relaciona-se a aspectos organizacionais do serviço e das ações de saúde. Alguns deles referiram a escassez de capacitação e atualização como barreira para o desenvolvimento eficaz das ações de controle. Dentro desse contexto, Mendes²³ identificou, em um estudo, a relevância da capacitação dos profissionais, não só para aumentar o conhecimento sobre a doença, mas também para sensibilizá-los. Dessa forma, destaca-se a importância de investimentos na qualificação técnico-científica dos profissionais, a fim de contribuir para as ações de controle.

Na compreensão dos profissionais de saúde, articular parcerias é uma estratégia significativa, uma vez que pode envolver a contribuição de equipamentos sociais, o que vai ao encontro com o defendido por França.²⁴ Para o mesmo, o papel da mídia como veículo de comunicação é capaz de produzir esclarecimento e incentivar o papel do cidadão, não apenas como cumpridor de tarefas citadas por autoridades sanitárias, mas como participante popular, gerando sujeitos críticos e corresponsáveis pelo processo coletivo de construção da saúde.

Outras estratégias levantadas dizem respeito às atividades da equipe. Esta constatação corrobora os resultados do estudo de Barbosa²⁵, que constatou que o comprometimento de cada profissional ou a falta do mesmo pode trazer como consequência a eficácia ou insucesso do programa. No que diz respeito a este aspecto, os profissionais devem realizar as atividades independentemente de haver monitoramento da gestão.

A busca de contactantes configura-se atividade fundamental, segundo os profissionais entrevistados. Destaca-se que a vigilância de contatos tem recebido atenção especial no Plano de Ação do MS para 2008-2011.¹⁰ Faz-se necessário grande esforço local para maior efetividade dessa estratégia, muito embora os dados sejam passíveis de subregistro.

É preciso destacar que a efetividade e a sustentabilidade das estratégias para o controle são dependentes da realização conjunta de muitas ações. Condições como equipes qualificadas em nível municipal, suporte político e ações de descentralização na rede de atenção primária à saúde são relevantes.¹⁹

No estudo, muitos profissionais sugeriram o monitoramento mais efetivo do programa estadual e municipal. Achado que vai ao encontro do estudo de Nascimento²⁰, que constatou a necessidade de que a gestão municipal atente para a vigilância dos contatos intradomiciliares para que, uma vez doentes, tenham acesso ao diagnóstico e tratamento precoce, evitando a evolução da doença. Além disso, esse acompanhamento pode ser viabilizado pela educação continuada e capacitação da equipe multiprofissional.²⁶

Outra condição sugerida a respeito da efetividade do programa tem como referência o investimento em melhores condições de trabalho. No intuito de promover uma assistência integral à saúde, foi apontado o melhoramento da estrutura física do ambiente de trabalho e a atuação de uma equipe multiprofissional. Destaca-se, neste sentido, que a integração das Ações do Controle da Hanseníase na Atenção Básica requer a valorização dos profissionais que garanta direitos trabalhistas, adequação de salários às horas de trabalho, condições dignas de trabalho, educação permanente planejada, contratação pública de agentes comunitários e formação dos mesmos, bem como a ampliação e cobertura das equipes.²⁷

CONCLUSÃO

As ações de controle de contatos intradomiciliares dos casos de hanseníase são reconhecidas pelos profissionais do estudo. No entanto, ainda não são realizadas como preconizado em diretrizes reconhecidas internacionalmente. Os profissionais identificam obstáculos para a realização das atividades e propõem estratégias para a resolução do problema. Esses obstáculos relacionam-se aos usuários, aos profissionais e à organização das ações e serviços de saúde.

No que concerne aos obstáculos descritos, chamam atenção a falta de estrutura e as deficiências no funcionamento das Unidades de Saúde da Família, e as poucas ações dos profissionais no campo e no domicílio, precarizando

a abordagem familiar e comunitária, fundamental para o controle de contatos.

Ao que parece, a falta de infraestrutura, o precário funcionamento das unidades de saúde e a baixa cobertura da população, sobretudo nos grandes centros urbanos, são problemas que exigem definições políticas e estabelecimentos de acordos entre as diferentes esferas de governo e que, em determinados aspectos, vão mais além da capacidade de resolução do setor saúde. No campo político, o financiamento do setor ainda constitui um grande desafio para o sistema melhorar o seu funcionamento. Do mesmo modo, o SUS enfrenta várias crises, entre elas, a de consolidar seus modelos de gestão e de atenção à saúde, isto significa que, enquanto não se consolida a formação de redes integradas, dotadas de amplas ofertas de assistência e vigilância à saúde, adequadamente gerenciadas e funcionalmente reguladas, haverá fragilidade na vigilância e controle das doenças tanto transmissíveis como não transmissíveis.

Por outro lado, é necessário melhorar as relações entre trabalhadores e gestão em vários aspectos, entre eles, a promoção da qualificação e satisfação no trabalho. Nesse sentido, possivelmente se fortalece o engajamento dos profissionais das equipes de saúde em várias atividades, entre elas as vigilância e particularmente as de controle de contatos de portadores de hanseníase. Por este caminho, é possível contribuir para a redução e controle da incidência da doença.

Finalmente, considera-se que a condução deste estudo permitiu apreender e compreender a percepção dos profissionais quanto ao objeto do estudo. Essa compreensão possibilitou uma maior aproximação com a realidade das USF a respeito do desenvolvimento de ações de controle de contatos, uma vez que estes profissionais representam os principais atores da efetivação das ações de controle.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global leprosy situation, beginning of 2008. *Weekly Epidemiol Record*. 2008; 83(33):293-300.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Hanseníase no Brasil dados e indicadores selecionados. Brasília-DF; 2008. [Citado 2010 maio 13] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_de_indicadores_hanse_brasil_01_a08_atual.pdf.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Brasil reduz casos de Hanseníase em menores de 15 anos. 69ª ed. Brasília - DF; 2010.: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area>>.

4. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) [online] Recife-PE; 2009. [Citado 2010 maio 13] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21383
5. Recife. Secretaria Municipal de Saúde. A política municipal de controle da hanseníase no Recife. Recife; 2009. [Apresentação em Power Point].
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Hanseníase e Direitos Humanos: direitos de deveres dos usuários do SUS. Brasília-DF; 2008.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Guia para o controle da hanseníase. [online] Brasília; 2002. [Citado 2010 maio 13] Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hanseníase.pdf
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 125/SVS-SAS. Diário Oficial da União Brasília; 2009.
9. Andrade V, Velloso AP. Hanseníase: curar para eliminar. Porto Alegre: [s.n]; 2002.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da Hanseníase - PNCH. Relatório de Gestão maio de 2007 a dezembro de 2008. Brasília; 2009.
11. Dessunti EM, Dessunti EM, Soubhia Z, Alves E, *et al.* Hanseníase: o controle dos contatos no município de Londrina-PR em um período de dez anos. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61(Esp): 689-93.
12. Pinto Neto JM, Villa TCS. Características epidemiológicas dos comunicantes de hanseníase que desenvolveram doença, notificados no centro de saúde de Fernandópolis (1993 à 1997). *Hansen Int.* 1999; 24 (2):129-36.
13. Goulart TM, Santos MS, Muniz DLO, *et al.* Caracterização da endemia hanseníase no município de Uberlândia - Minas Gerais, Brasil 1996-2000. *Hansen Int.* 2006; 31(1):33-40.
14. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) [online]; 2007. [Citado em: 2009 maio 07]. Disponível em: www.saude.gov.br
15. Santos MJFS. Diseños de los estúdios e diseños muestras en la investigación cualitativa. In: Navarrete MLV, organizador. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas em salud. Serviei de Publicaciones. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona; 2006.
16. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa-Portugal: Edições 70; 1977.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Resolução 196/96. [online] Brasília-DF; 1996.
18. Porter JDH, Ogden JA, Ranganadha Rao PV, *et al.* Lessons in integration - operations research in an Indian leprosy NGO. *Leprosy Review.* 2002; 5(2): 147-59.
19. Ramos Junior AN, Heukelbach J, Gomide M, Hinders DC, Schreuder PAM. Investigações em sistemas de serviços de saúde como ferramenta para o alcance de programas de controle da Hanseníase mais efetivos no Brasil. *Cad Saúde Coletiva.* 2008 abr./jun.; 16(2): 147-68.
20. Nascimento RD. O acolhimento ao portador de hanseníase na cidade do Recife, sob a ótica da integralidade [dissertação]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2010.
21. Pereira AJ, Helene LMF, Pedrazini ES, Martins CL, Vieira CSCA. Atenção básica e assistência em hanseníase em serviços de saúde de um município do Estado de São. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61(Esp): 718-26.
22. Santana SC, Ueda ES, Schreuder PAM, Gomide M. Papel das ações educativas e o controle da hanseníase no município de Ariquemes, Rondônia. *Cad Saúde Coletiva.* 2008 abr./jun.; 16(2).
23. Mendes MS, Trindade LC, Cantídio MM, *et al.* Descentralização das ações de controle da hanseníase em João Pessoa (Paraíba): a visão dos gestores. *Cad Saúde Coletiva.* 2008 abr./jun.; 16(2): 217-30.
24. França E, Abreu D, Siqueira M. Epidemias de dengue e divulgação de informações pela imprensa. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20(5): 1334-41.
25. Barbosa JC, Ramos Júnior AN, Mota MV, Hinders D, Mello MGS. Olhares sobre as ações do programa de controle da hanseníase: a perspectiva dos profissionais de saúde no Brasil. *Cad Saúde Coletiva.* 2008; 16(2): 273-92.
26. Vieira CSCA, Soares MT, Ribeiro CTSX, Silva LFG. Avaliação dos contatos faltosos de doentes com Hanseníase. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61(Esp):682-8.
27. Brandão P. Entrevista: assistência ao portador de Hanseníase. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61(Esp): 782-3.

Submissão: junho de 2011

Aprovação: outubro de 2011
