

LIMITES E POSSIBILIDADES NA ATENÇÃO AO PORTADOR DE HANSENÍASE NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Limits and Possibilities in Care Bearer of leprosy within the Family Health Strategy

Rafaela Magalhães Fernandes Saltarelli¹, Denize Helena Terenzi Seixas²

RESUMO

A magnitude e a transcendência da hanseníase nos indicadores brasileiros fizeram com que esse problema fosse incluído nas ações da Atenção Primária à Saúde (APS) a serem desenvolvidas a partir de diretrizes políticas da assistência à saúde no Brasil. Na prática, entretanto, observa-se que as ações para a eliminação da hanseníase se encontram centralizadas e pouco difundidas dentro do trabalho das Equipes de Saúde da Família (ESFs). O presente estudo teve como objetivo analisar os limites e as possibilidades de implantação do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PCNH) nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Utilizou-se como metodologia a revisão integrativa. Apesar dos poucos registros de estudos no Brasil avaliando a relação entre os indicadores epidemiológicos e as ações de intervenção da doença, percebe-se que a descentralização é um instrumento capaz de ampliar o acesso aos serviços de saúde, possibilitando a integração das atividades de detecção precoce de casos novos, tratamento poliquimioterápico, prevenção de incapacidades e vigilância de comunicantes. Algumas experiências encontradas na literatura evidenciaram que é possível implantar o PNCH nas unidades do PSF, mas que, para isso, é preciso superar os limites relatados nesse trabalho, assim como garantir um sistema efetivo de referência e de contrarreferência.

PALAVRAS-CHAVE: Hanseníase; Programa Saúde da Família; Descentralização.

ABSTRACT

The magnitude and transcendence indicators of leprosy in Brazil made this issue to be included in the group of the strategic areas of Primary Health Care, developed by the municipalities from the recent guidelines on decentralization and regionalization of healthcare in the country. Although there is this indicator in the policy guidelines, in practice it is observed that the actions for the elimination of leprosy are still centralized and less widespread within the work of Family Health Teams (ESF's). This study aimed to analyze the limits and possibilities of implementation of the National Leprosy Control (PCNH) teams in the Family Health Program (PSF). The methodology used was an integrative review. Despite there are few reports of studies in Brazil assessing the relationship between the operational strategies and epidemiological indicators about the disease, it is clear that decentralization is an instrument capable of expanding access to health services, enabling the integration of activities early detection of new cases, chemotherapy treatment, disability prevention and surveillance of contacts. Some experiences in literature showed that one can deploy PNCH in the units of PSF, but for that, it is needed to overcome the limits reported in this work, as well as ensuring an effective system of reference and counter reference.

KEYWORDS: Leprosy; Family Health Program; Decentralization.

¹ Enfermeira da Universidade Federal de Viçosa (UFV). Enfermeira pela UFMG. Especialista em Saúde Coletiva/UFMG. Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família/NESCON/UFMG. E-mail: rafaelamagalhaes@yahoo.com.br.

² Médica Veterinária pela UFMG. Docteur d'Université pelo Institut National Polytechnique de Toulouse/ França. Professora da Faculdade Pitágoras de Betim.

INTRODUÇÃO

A partir da década de 1980, iniciou-se, no Brasil, um processo de redemocratização, marcado por intensas transformações no sistema de saúde brasileiro, resultantes das mudanças ocorridas no âmbito político-institucional. Nesse contexto, pensar outros caminhos para garantir a saúde da população significou a criação de um sistema de saúde inclusivo, o Sistema Único de Saúde (SUS), constituindo-se em uma política do estado brasileiro para a melhoria da qualidade de vida e para a afirmação do direito à vida e à saúde.¹ O SUS foi regulamentado pela Constituição Federal de 1988 e pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 – Leis Orgânicas da Saúde – que preveem, por meio de seus princípios e diretrizes, acesso universal, igualdade no atendimento assistencial e equidade na distribuição dos recursos.

A implantação do Programa Saúde da Família (PSF) consistiu em um marco na incorporação da estratégia de atenção primária na política de saúde brasileira. Surgido em 1994 e, inicialmente, visando à extensão da cobertura assistencial em áreas de maior risco social, o PSF, aos poucos, adquiriu centralidade na agenda governamental. A partir de 1999, passou a ser considerado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, com vistas a reorientar o modelo assistencial e imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde.²

A magnitude e a transcendência do problema nos indicadores brasileiros fizeram com que a eliminação da hanseníase fosse incluída no grupo das áreas estratégicas mínimas da Atenção Primária à Saúde (APS) a serem desenvolvidas pelos municípios brasileiros a partir das diretrizes de descentralização e regionalização da assistência à saúde no país. Os movimentos das décadas de 1970 e 1980 foram responsáveis pela orientação aos governantes sobre a necessidade de se realizar a mudança do programa vertical de atenção à hanseníase para um serviço descentralizado de controle da doença.³

A estratégia adotada pelos países membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu, em 1991, que a hanseníase deixaria de ser um problema de saúde pública naqueles países onde o coeficiente de prevalência fosse menor ou igual a um caso para cada 10 mil habitantes.⁴ No entanto, o objetivo de eliminação da hanseníase foi alcançado na maior parte do mundo em 2008, com exceção de apenas três países: Brasil, Nepal e Timor-Leste. Os dados apontavam que, nesse período, no Brasil, havia uma prevalência de 45.847 casos, com 39.125 casos novos detectados e uma taxa de incidência de 20,45/100.000 habitantes. No mundo, prevaleciam a Ásia, com 171.552 casos

novos, as Américas, com 41.978, e a África, com 31.037. A prevalência e número de novos casos detectados na Índia permaneciam em 87.228 e 137.685 respectivamente, ainda os maiores do mundo.⁵

A partir da criação da Portaria 125/2009, a meta de eliminação tem sido substituída por estratégias de controle da doença.⁶ Assim, a detecção e o tratamento precoces são considerados elementos básicos para o seu controle. Essas ações devem ser executadas em toda a rede de atenção primária do SUS que, em razão do potencial incapacitante da hanseníase, deve garantir atenção especializada em unidades de referência de média e alta complexidade, sempre que necessário.⁶ No Brasil, a doença é uma das prioridades do Ministério da Saúde (MS), implementada por meio do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH).⁷

Segundo a Portaria 2.488/2011, é de competência dos municípios a organização dos serviços da atenção primária à saúde, bem como o desenvolvimento de estratégias visando alcançar as metas de saúde definidas pelos governos estadual e federal.^{1,8} Uma dessas metas corresponde à assistência ao paciente com hanseníase, no âmbito da Estratégia Saúde da Família. Dentre as diretrizes operacionais dos pactos pela saúde está o fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na Dengue, Hanseníase, Tuberculose, Malária e Influenza. No que se refere à hanseníase, especificamente, o objetivo e a meta para a sua eliminação consistem em se atingir o patamar de eliminação da doença enquanto problema de saúde pública, que corresponde a menos de 1 caso por 10.000 habitantes em todos os municípios prioritários, a partir de 2006.¹

O princípio do controle da hanseníase é o “controle da morbidade”, ou seja, a realização da detecção oportuna de novos casos, o tratamento com o esquema poliquimioterápico e a prevenção de incapacidades e a reabilitação. Para tanto, é necessário assegurar que as atividades de controle da doença estejam integradas aos serviços da Atenção Primária à Saúde.³

Até o momento, as estratégias vigentes para o controle e eliminação da doença, embora tenham apresentado resultados positivos, mostram-se ainda insuficientes. A principal estratégia brasileira para alcançar baixos níveis endêmicos da hanseníase baseia-se no princípio da descentralização, que propõe a integração das ações de controle da hanseníase na programação das atividades das Equipes Saúde da Família (ESFs), constituindo-se, assim, em uma rede de cuidados e atenção integral.

Diante disso, o governo vem trabalhando para assegurar que as atividades de controle da hanseníase estejam disponíveis e acessíveis a toda a população nos serviços

de saúde mais próximos às suas residências, ou seja, estejam descentralizadas nas unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF).³ Embora exista esse esforço por parte das diretrizes políticas atuais, na prática, observa-se que as ações para a eliminação da hanseníase ainda se encontram centralizadas e pouco difundidas no trabalho das ESFs.

Atualmente, o maior desafio é a garantia do acesso ao tratamento a todos os pacientes e que o mesmo ocorra em todas as unidades de saúde; para isso, torna-se necessário que gestores, profissionais de saúde e a própria comunidade sejam envolvidos nas ações de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no Brasil.¹¹ Uma descentralização efetiva do diagnóstico e do tratamento da doença, utilizando os recursos diagnósticos e terapêuticos disponíveis e localizada o mais próximo possível da casa do paciente, será capaz de levar a um diagnóstico na fase inicial da doença, permitindo o tratamento imediato e reduzindo as taxas de abandono do tratamento.

Percebe-se, no entanto, uma fragilidade na integração entre as ações de controle e a atenção primária à saúde, não pelas propostas estabelecidas diretamente pelo Ministério e sim pela precariedade da execução em nível municipal. Ainda hoje, em muitos municípios do Brasil, as condições de trabalho são precárias, o vínculo empregatício incerto e há dificuldades de lotação do profissional médico que, por sua vez, não possui, na maioria das vezes, a formação generalista ou de médico de família. Isso faz com que a rotatividade de profissionais seja intensa e as capacitações não sejam efetivas.

Há, também, uma realidade que não pode ser esquecida: muitos dos Secretários Municipais de Saúde não possuem formação na área e suas assessorias estão à mercê das demandas políticas locais, o que implica, muitas vezes, num descuido em relação às ações de controle da hanseníase.¹⁰ A hanseníase precisa ser vista como prioridade não apenas pelo poder público, mas também pelos profissionais de saúde e seu controle deve ser cobrado pela população por meio dos Conselhos Municipais de Saúde.

A importância da atenção ao portador de hanseníase no âmbito da Estratégia da Saúde da Família inspirou este trabalho, que se propõe a realizar um levantamento bibliográfico quanto aos limites e possibilidades dessa descentralização. É evidente que as diretrizes do PNCH indicam esse caminho, mas, na prática diária, ainda existe uma resistência por parte dos profissionais em trabalhar tal tema e uma desvalorização do mesmo por parte dos gestores. Espera-se que, ao final deste estudo, seja possível responder à seguinte questão: a Equipe Saúde da Família está preparada para atender os pacientes com hanseníase?

No que se refere à metodologia utilizada, este artigo se constitui como uma revisão integrativa, ferramenta im-

portante no processo de comunicação dos resultados de pesquisas, facilitando a utilização desses na prática clínica, uma vez que proporciona uma síntese do conhecimento já produzido e fornece subsídios para a melhoria da assistência à saúde.¹¹

Esse método de pesquisa permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos.¹² Dessa forma, a revisão integrativa oferece aos profissionais de diversas áreas de atuação na saúde o acesso rápido aos resultados relevantes de pesquisas que fundamentam as condutas ou a tomada de decisão, proporcionando um saber crítico e a melhoria da prática clínica.

Para a coleta de dados, foram utilizados teses, dissertações e artigos científicos publicados nos últimos 20 (vinte) anos, nas seguintes bases de dados *online*: SciELO, LILACS, BIREME, MEDLINE, COCHRANE e Google Acadêmico. Para a pesquisa, foram utilizadas as seguintes palavras-chave: “hanseníase”, “Programa Saúde da Família”, “descentralização”. As produções científicas encontradas foram analisadas e os resultados discutidos, buscando uma integração entre eles.

DESENVOLVIMENTO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, de evolução lenta, que se manifesta principalmente por meio de sinais e sintomas dermatoneurológicos: lesões na pele e nos nervos periféricos, principalmente nos olhos, mãos e pés. Esse comprometimento dos nervos periféricos é a característica principal da doença, com grande potencial para provocar incapacidades físicas que podem, inclusive, evoluir para deformidades.¹³

A introdução oficial da poliquimioterapia (PQT), na década de 1980, possibilitou rápidos avanços no controle da hanseníase. Em maio de 1991, durante a 44ª Conferência Mundial de Saúde, os países membros da Organização Mundial de Saúde (OMS) definiram estratégias para que a hanseníase deixasse de ser um problema de saúde pública naqueles países nos quais o coeficiente de prevalência fosse menor ou igual a um caso para cada 10 mil habitantes.^{8,14}

Em 2000, essa meta foi alcançada na maior parte dos países, com exceção de alguns, entre eles o Brasil.¹⁵ A epidemia foi incluída no Sexto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento e tem como meta global eliminá-la como problema de saúde pública até 2020.¹⁶ Entre os indicadores, destacam-se a taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100 mil habitantes, a taxa de detecção

anual de casos novos de hanseníase, na população de zero a 14 anos, por 100 mil habitantes, a taxa de prevalência anual de hanseníase por 10.000 mil habitantes e a proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico entre os casos novos detectados e avaliados no ano.¹⁷

Apesar de todos os avanços na assistência ao paciente com hanseníase, percebe-se que o diagnóstico ainda é tardio: cerca de um ano e meio a dois anos após o aparecimento dos sintomas. No Brasil, 5,7% das pessoas que descobrem ter hanseníase já apresentam lesões sensitivas e/ou motoras e deformidades que poderiam ser evitadas.¹⁸

O país está diante da necessidade de vencer novos desafios, como integrar as atividades de prevenção e de reabilitação nos serviços que atendem a outros agravos, além de reduzir, evitar e inibir ações e atitudes discriminatórias. A ênfase continuará sendo a provisão de serviços de diagnóstico e de tratamento equitativamente distribuídos, financeiramente exequíveis e facilmente acessíveis. Não há, por enquanto, ferramentas ou informações novas que justifiquem qualquer mudança significativa na estratégia.¹⁹

Apesar dos esforços, a descentralização do atendimento aos pacientes com hanseníase ainda não ocorreu na prática. Para Mendes et al.,²⁰ no processo de descentralização das ações de saúde, muitas dificuldades se interpodem: no dia a dia, entre a disponibilidade planejada e a utilização efetiva dos serviços, principalmente no controle de doenças específicas como a hanseníase, a tuberculose e outras que encontram grandes obstáculos de ordem técnica, administrativa e operacional. A organização dos serviços mostra que ainda existe uma fragilidade nas práticas de saúde voltadas para a abordagem coletiva do problema.²¹

O Ministério da Saúde publicou a Portaria n. 3.125, de 2010,²² considerando que o modelo de intervenção para o controle dessa epidemia é baseado no diagnóstico precoce, tratamento oportuno de todos os casos diagnosticados até a alta por cura, prevenção de incapacidades e vigilância dos contatos domiciliares.

Diante disso, os questionamentos atuais se relacionam à efetividade das estratégias estabelecidas para a meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública. A descentralização do diagnóstico e tratamento dos casos para todas as unidades de atenção primária à saúde é suficiente para o alcance dessa meta? Outro questionamento importante e que se faz necessário: as Equipes Saúde da Família (ESFs) estão realmente preparadas para a assistência ao paciente com hanseníase?

Segundo Cunha et al.,²³ foi demonstrado em estudo no Ceará, Brasil, que a descentralização tem um papel importante, mas não melhora, por si só, o desempenho do sistema de saúde na assistência à população, não iso-

ladamente. Contudo, em estudo realizado pelos mesmos autores no município de Duque de Caxias, no Rio de Janeiro, ficou constatada a colaboração dessa estratégia de descentralização nas mudanças do quadro endêmico local, entre 2002 e 2007, mediante uma avaliação preliminar dos dados epidemiológicos.

Chen e Jiang,²⁴ por meio de sua pesquisa enfocando a avaliação de estratégias de controle da hanseníase na China, obtiveram a mesma conclusão e relataram um impacto favorável nos indicadores epidemiológicos e no cenário da doença após algumas intervenções, como o exame clínico de massa, promovendo-se, assim, a ampliação da rede de assistência.

No estudo de Cunha et al.,²³ relatou-se uma influência positiva da estratégia de descentralização, relacionada ao incremento da detecção de casos novos. O acesso facilitado à assistência aos portadores da doença, em todo o município de Duque de Caxias, ampliou a precocidade do diagnóstico e, conseqüentemente, reduziu o número de pacientes incapacitados. Assim, a facilitação do acesso e também a ampliação do rastreamento dos casos, por meio da democratização do diagnóstico por um número maior de profissionais de saúde, foram decisivas no processo de eliminação da doença.

Lanza,³ ao realizar uma análise do modelo assistencial de atendimento aos pacientes com hanseníase na microrregião de Almenara, em Minas Gerais, evidenciou que o processo de integração das ações de controle da hanseníase na APS iniciou-se tardiamente, mais precisamente no momento em que a meta de eliminação da doença foi adiada para 2010 e que, a partir de então, foi considerada uma maneira capaz de enfrentar a epidemia hanseníase.

No estudo dessa microrregião, a autora concluiu que, em alguns municípios, o processo de descentralização para as unidades de PSF ainda estava incompleto, uma vez que, em algumas unidades de saúde, somente a suspeita diagnóstica era realizada, ficando o tratamento a cargo da unidade de referência. Isso se devia à organização dos serviços de saúde nesses municípios, estruturados pelo modelo clínico, que visava ao atendimento individual do doente, sendo que as práticas de saúde voltadas para a abordagem coletiva do problema, como educação para a comunidade, busca ativa dos contatos e vigilância epidemiológica, ainda eram bastante pontuais.

Pereira et al.²⁵ evidenciaram essa mesma realidade no município de Bauru, em São Paulo, pois, embora a política pública municipal em saúde priorizasse o desenvolvimento da atenção primária à saúde, verificou-se a não realização da busca ativa dos casos e das ações de educação em saúde. Por essa razão, ao final desse estudo, as autoras destacaram a importância de se executarem, constantemente,

ações de educação em saúde, como práticas que otimizem a adesão ao tratamento e a emancipação do sujeito com hanseníase, a partir da superação das limitações provocadas pela doença. A necessidade de se implementar a busca ativa no controle da hanseníase, visando à detecção de casos novos, e a realização de ações de educação em saúde são entendidas por elas como possibilidades de um diagnóstico precoce e controle da situação epidemiológica da hanseníase em Bauru.

Estudo de Penha et al.²⁶, realizado em Cariri, no Ceará, apontou que os profissionais de saúde usavam pouco a estratégia de educação em saúde para as ações de controle da hanseníase e ressaltaram a importância do aprimoramento dos conhecimentos dessa doença em relação aos profissionais que trabalham na atenção primária à saúde para auxiliar os pacientes com hanseníase a superarem os desafios do tratamento.

Segundo Lastória e Putinatti,²⁷ a ampla divulgação, em campanhas educativas desencadeadas pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, é medida fundamental para diagnosticar o maior número de doentes. Esses autores também reforçam a importância das atividades de busca ativa e do exame minucioso de todos os comunicantes de pacientes em tratamento e salientam, ainda, que esse tipo de atuação pode detectar casos nas formas iniciais da doença, como constatado em seu trabalho de análise epidemiológica referente à cadeia de transmissão em três municípios paulistas: Chavantes, Ipaussu e São Pedro do Turvo.

Figueiredo e Silva²⁸ observaram, no município de São Luiz, Maranhão, a importância dessa busca ativa da doença, principalmente na faixa etária de 15 a 19 anos, frente à tendência ao aumento do número de casos nessa população. Pereira et al.²⁵ evidenciaram que a ação de busca ativa dos casos de hanseníase não estava sendo realizada por nenhum dos serviços de saúde estudados. Segundo Mercaroni,²⁹ “a ausência de busca ativa de casos novos pode traduzir um silêncio epidemiológico e retratar uma nova realidade epidemiológica preocupante”.

Os autores concordam com as indicações ministeriais, que ressaltam a importância da educação em saúde e da busca ativa como forma de se detectarem novos casos; no entanto, esses estudos evidenciam que as propostas não são efetivamente seguidas nos diversos municípios estudados. Para Andrade et al.,³⁰ ainda que nos últimos trinta anos tenha sido estabelecido um processo de ampliação da cobertura à população, o avanço da cobertura de serviços para as pessoas com hanseníase vem ocorrendo em um ritmo lento, aquém do padrão de avanços do SUS.

Os municípios que prestavam atendimento aos portadores de hanseníase continuaram centralizando a atenção

em uma única unidade de saúde, quase sempre as antigas unidades estaduais de saúde. Já os municípios de pequeno porte, sem oferta das atividades de controle da hanseníase, referenciaram seus casos para os outros municípios maiores. Com base nessas informações, esses autores concluíram que a declaração do compromisso político de alguns gestores estaduais e/ou municipais não garantiu a descentralização da assistência ao portador de hanseníase.³⁰

Segundo Arantes et al.,¹⁸ a realização de campanhas frequentes, a distribuição de panfletos e outras atividades educativas junto à comunidade, a partir das ESFs, influenciam o aumento da detecção de casos no estágio inicial da doença. Lapa et al.,³¹ avaliando o impacto da estratégia de descentralização no atendimento à hanseníase em Olinda, demonstraram que, após a descentralização, houve um aumento da detecção e da demanda espontânea nos serviços, uma redução da evasão do tratamento e alterações importantes nos indicadores epidemiológicos.

A descentralização da assistência à hanseníase deve ser vista como um importante instrumento, porém não único, a ser utilizado como estratégia para eliminação da doença. Fatores regionais, culturais, socioeconômicos, geográficos e políticos devem ser considerados para direcionar as decisões. Independentemente de a eliminação da doença ter ou não ocorrido no país até o prazo estabelecido, a epidemia pode permanecer por um tempo maior em determinados municípios.¹⁴

Considerando a situação de saúde do município de São José do Rio Preto (SP) e a avaliação dos achados do estudo, Arantes et al.¹⁸ sugerem que a descentralização ocorra para o diagnóstico, tratamento e controle de comunicantes, permanecendo centralizado o tratamento das intercorrências e reabilitação das incapacidades. Segundo os mesmos, é necessário incentivar campanhas de esclarecimento à população, além de educação permanente na preparação dos profissionais da saúde, evitando, assim, o descaso e esquecimento da hanseníase, que se encontra em fase pós-eliminação no município.

Percebe-se que a descentralização da gestão da saúde, instituída por meio do processo de municipalização, não se baseia apenas na transferência legal e material dos serviços de saúde ao município e nem na transferência de recursos financeiros. É preciso que os gestores locais tenham autonomia e vontade política para descentralizar as ações de eliminação da hanseníase para toda a rede de atenção primária à saúde.³⁰

Para se alcançar a efetivação da integração entre hanseníase e atenção primária à saúde, Brandão¹⁰ ressalta que é necessária a valorização das ações de comunicação e educação. A inserção ampliada de conteúdos sobre assistência

ao paciente com hanseníase deve estar presente na grade curricular de formação técnica em saúde, bem como nos currículos de graduação dos diversos cursos da área da saúde, formando-se, assim, profissionais habilitados para a atenção integral ao portador de hanseníase e seus familiares.

Para Mendes et al.,¹¹ há um reconhecimento da necessidade de descentralização para eliminação da hanseníase; entretanto, na prática, a descentralização parece mais um desejo do que uma estratégia. No estudo realizado no Estado da Paraíba, os autores observaram que a mudança na formação universitária dos profissionais de saúde, a valorização e a capacitação do profissional no serviço, a regularização das relações de trabalho e o interesse dos gestores em viabilizar as mudanças necessárias parecem ser as principais etapas para a implantação da estratégia da descentralização.

Moreno et al.⁷ evidenciam que existem relatos de pacientes que enumeram a quantidade de profissionais da área da saúde pelos quais passaram sem que a doença fosse descoberta; muitos desses pacientes informam, ainda, os vários tipos de tratamento que realizaram, sem obterem nenhum resultado. Essas autoras ressaltam que existem depoimentos de profissionais que relatam não se sentirem capazes de acompanhar pacientes com hanseníase, devido ao conhecimento insuficiente que têm sobre a doença.

Essa fragilidade de controle da hanseníase na atenção primária à saúde também foi constatada por Canesqui e Spinelli,³² em estudo no estado de Mato Grosso, onde 50% das ESFs não realizavam ações de diagnóstico e controle da doença. Oliveira³³ relata, em sua pesquisa, que a maioria dos portadores desse agravo informou que os médicos pelos quais foram avaliados tiveram dificuldade em concretizar o diagnóstico, ocasionando, assim, situações constrangedoras, até que se chegasse a um profissional capaz de efetivar o diagnóstico.

Para Moreno et al.,⁷ há necessidade da continuação da educação permanente dos profissionais das ESFs com enfoque em hanseníase, considerando a sua importância para a saúde pública brasileira. Nesse estudo, realizado no estado do Rio Grande do Norte, as autoras afirmam que não há um caminho mais seguro a percorrer a não ser o da educação em saúde.

Compreende-se que os processos educativos são fundamentais nos serviços de saúde; no entanto, o que se vê, na realidade de algumas ESFs, é que as capacitações, treinamentos ou cursos ainda são pontuais e não abordam criticamente os problemas encontrados na prática profissional, com dificuldades em chegar à essência das questões para melhor compreender os determinantes da doença.²⁵

Para Pereira,²⁵ quanto mais capacitados forem os trabalhadores de saúde, melhor será a assistência às necessidades da população. Os mesmos ressaltam que a problematização dos processos de trabalho ainda não é vista como instrumento de aprendizagem, resultando no não entendimento das raízes históricas e sociais da prática cotidiana de trabalho, limitando os processos educativos e impedindo transformações no serviço.

O trabalho dos agentes comunitários (ACS) é de suma importância na efetivação das ações de controle da hanseníase e, devido à sua proximidade com a comunidade, esse profissional pode ser eleito como o principal executor da busca ativa de suspeitos dermatológicos na população. As orientações realizadas por eles, durante as visitas domiciliares, podem ser consideradas como a principal estratégia para promover e manter a sensibilização da comunidade em relação à hanseníase, já que essas atividades possuem uma periodicidade sistemática e alcançam a totalidade da população adscrita em cada microárea.²¹

Outro ponto fundamental no processo de descentralização é a vontade política dos gestores locais. Para que a descentralização das ações de diagnóstico e tratamento de hanseníase progrida, deve-se incluir o gestor local nas discussões e decisões, para que um correto diagnóstico de viabilidade promova a identificação de soluções práticas no aproveitamento da estrutura e da capacidade instalada da rede de saúde dos municípios, promovendo uma maior equidade em saúde à população.³⁰

Bodstein³⁴, Ferreira³⁷ e Mendes et al.²⁰ referiram que análises do processo da descentralização da saúde dão evidências, em alguns casos, de despreparo da esfera municipal e precariedade na estrutura técnico-administrativa e incapacidade gerencial.

Como exemplos da falta de investimento da gestão municipal nas unidades de atenção primária à saúde, temos os estudos de Lanza³ e Helene et al.³⁶ O primeiro evidenciou que as ESFs da zona rural não possuíam estrutura física adequada para prestar atendimento aos casos de hanseníase, fazendo com que os profissionais atendessem em salas de aula ou mesmo nos domicílios. O segundo estudo, por sua vez, verificou que as salas eram inadequadas e insuficientes e que, na maioria das unidades, não havia salas para a técnica do curativo, bem como local para ações educativas com os doentes.

Torna-se evidente que as responsabilidades das gestões estaduais e federais não podem ficar esquecidas. Segundo Andrade et al.,³⁰ é essencial operacionalizar as competências das coordenações da área programática de hanseníase nas diferentes esferas de governo, nas ações de vigilância epidemiológica e no controle da endemia, para que o conjunto dessas ações possa efetivar a meta de eliminação da

hanseníase.³⁰

Poucos registros na literatura de estudos no Brasil avaliam a relação entre estratégias de intervenções operacionais e os indicadores epidemiológicos sobre a hanseníase; percebe-se que a descentralização é um instrumento capaz de ampliar o acesso aos serviços de saúde, possibilitando a integração das atividades de detecção precoce de casos novos, tratamento poliquimioterápico, prevenção de incapacidades e vigilância de comunicantes.

A análise dos diversos estudos aqui apresentados deixou evidente que ainda não se pode afirmar que a descentralização do diagnóstico e tratamento dos casos, em todas as unidades de atenção primária à saúde, conduza efetivamente à eliminação da doença e que seja essa a melhor estratégia para manter a pós-eliminação. No entanto, percebe-se que ela tem se mostrado eficiente, na maioria dos estudos realizados, possibilitando aumentar a rede de assistência.

Juliano et al.³⁷ divergem do resultado encontrado, visto que esses autores consideram que a descentralização pode não ser benéfica ao país, argumentando que os municípios recebem funções sem receber os recursos necessários. Consideram, também, que, pela diferença entre estados, não há um modelo único de descentralização.

Para Ramos Jr. et al.,³⁸ sem uma equipe de coordenação qualificada administrando o PNCH em nível municipal e sem suporte político necessário, as ações de descentralização e integração desse programa na rede de serviços da atenção primária não progredirão. Segundo esses autores, sem um sistema de referência (e de contrarreferência) efetivo, de suporte ao PSF/PACS pela equipe de profissionais dos centros de referência, os profissionais de saúde da atenção primária continuarão a se sentir inseguros em situações mais complexas de diagnóstico e de tratamento de pacientes com hanseníase.

Percebe-se, nesse estudo, que os profissionais das ESFs possuíam dificuldade em priorizar as ações de prevenção, controle, diagnóstico, tratamento e reabilitação das incapacidades desse agravo frente aos demais programas da atenção primária à saúde. Somado a isso, observou-se, nos estudos, que muitos desses profissionais não se sentiam preparados para a assistência ao paciente com hanseníase e que as capacitações são insuficientes e pontuais. A rotatividade de profissionais médicos, a precarização dos direitos trabalhistas dos profissionais que atuam nas ESFs, a deficiência em educação permanente, a ausência de recursos materiais e a falta de vontade política da gestão local são fatores que influenciam o não preparo das ESFs para realizar as ações de controle da hanseníase. Para Ronzani et al.,³⁹ as ESFs necessitam, além de profissionais capacitados, de profissionais que se comprometam

com o trabalho.

Apesar do alcance da meta de eliminação na maioria dos municípios brasileiros, ainda é preocupante o silêncio epidemiológico de alguns, pois a inexistência de casos diagnosticados pode indicar que é nula a sensibilidade do serviço local de saúde na detecção do agravo.³

Mendes et al.,²⁰ em seu estudo, fornecem dados para a elaboração de recomendações e estratégias simples e efetivas para aperfeiçoar o PCNH, como a necessidade de melhor informação da população, a qualificação dos profissionais de saúde e a melhora do sistema de referência e contrarreferência. Da mesma forma, Penha et al.²⁶ ressaltam a importância do aprimoramento dos conhecimentos sobre hanseníase em relação aos profissionais que trabalham na atenção primária à saúde para auxiliar os pacientes com hanseníase a superarem os desafios do tratamento.

Como exemplo de sucesso na proposta de descentralização do PNCH, está a experiência de Barra Mansa (RJ), que foi capaz de promover o envolvimento interinstitucional e da sociedade civil, a fim de comprovar a factibilidade da implantação de propostas inovadoras na eliminação da hanseníase.⁴⁰

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), lançado em 2011, também tem contribuído para a garantia da qualidade da assistência aos pacientes com hanseníase na APS.^{41,42} Na primeira etapa, as equipes da APS identificam as potencialidades e fragilidades no desenvolvimento das ações de vigilância, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos de hanseníase no território, para desenvolverem o planejamento das intervenções. A segunda etapa consiste na avaliação do indicador de monitoramento "média de atendimentos de hanseníase", que é calculado dividindo-se o número de atendimentos de médico e de enfermeiro para pessoas com hanseníase em determinado local e período pelo número de pessoas com hanseníase cadastradas no mesmo local e período.^{41,42}

Lanza et al.^{41,42} consideram que os parâmetros estabelecidos pelo PMAQ não são sensíveis para identificar os reais problemas da APS no desenvolvimento das ações de controle da hanseníase. Assim, esses autores têm desenvolvido instrumentos para avaliar o desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase na perspectiva dos gestores⁴¹ e dos usuários.⁴²

Apesar desses avanços ocorridos na descentralização das ações de controle da hanseníase, ainda persistem limites para a integração das ações do PNCH na APS em alguns municípios brasileiros. Dentre essas fragilidades, se destacam:³ profissionais de saúde pouco envolvidos e com conhecimentos insuficientes para realizarem a assis-

tência ao paciente com hanseníase de forma segura; alta rotatividade de profissionais, principalmente de médicos; condições precárias de trabalho, com vínculo empregatício incerto e precarização dos direitos trabalhistas; ESFs com unidades improvisadas, sem adequada estrutura para os atendimentos; não priorização da hanseníase frente aos demais programas da atenção primária à saúde; poucos materiais educativos nas equipes para promover a educação nas comunidades; ausência de recursos materiais, como o estesiômetro e fichas para a avaliação das incapacidades, na grande maioria das equipes; ausência de profissionais bioquímicos capacitados em alguns municípios para realizarem o BAAR, o que gera a necessidade de aquele município encaminhar os pacientes para outros municípios; planejamento inadequado do estoque de medicamentos hansenostáticos; ausência de uma equipe de referência municipal; insuficiência do sistema de referência para os serviços de Atenção Secundária e Terciária; ausência de vontade política por parte da gestão local.³

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O monitoramento dos indicadores epidemiológicos e operacionais da hanseníase é indispensável para a avaliação de programas e para o planejamento e tomada de decisão nas políticas públicas de saúde. A utilização dessas informações é imprescindível para desencadear o processo “informação-decisão-ação” na prática cotidiana das equipes de atenção primária à saúde, a fim de determinar prioridades e avaliar ações e intervenções.

O presente estudo evidenciou que o diagnóstico precoce da hanseníase pode colaborar na interrupção do ciclo de transmissão da doença, além de atuar reduzindo ou evitando a incapacidade nos pacientes. Dessa forma, a descentralização da assistência é uma estratégia capaz de ampliar o acesso aos serviços de saúde, possibilitando a integração das atividades de detecção precoce de casos novos, do tratamento poliquimioterápico, da prevenção de incapacidades e da vigilância de comunicantes.

Os profissionais das ESFs ainda possuem dificuldade em priorizar as ações de prevenção, controle, diagnóstico, tratamento e reabilitação das incapacidades desse agravo, frente aos demais programas da atenção primária à saúde. Somado a isso, observou-se, nos estudos analisados, que muitos desses profissionais não se sentem preparados para a assistência ao paciente com hanseníase e que as capacitações são ainda insuficientes e pontuais.

Algumas experiências encontradas na literatura evidenciaram que é possível implantar o PNCH nas unidades do Programa Saúde da Família, mas que, para isso, é preciso superar os limites relatados acima, assim como garantir

um sistema efetivo de referência e de contrarreferência.

Os fatores necessários para a implantação do PNCH nas unidades do Programa Saúde da Família, em acordo com vários estudos analisados, são: a priorização desse agravo na política municipal de saúde; o comprometimento dos gestores; a presença de profissionais de saúde capacitados e empenhados na realização das ações de controle da doença; a disponibilização de instrumentos para a realização do exame dermatoneurológico; o oferecimento do exame baciloscópico e a disponibilização de recursos para a divulgação dos sinais e sintomas da hanseníase para a população.

Os conhecimentos gerados por este estudo contribuirão para o fortalecimento da integração das ações de controle da hanseníase na atenção primária à saúde e poderão incentivar os gestores e os profissionais de saúde na reformulação da atenção à hanseníase.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Brasília [Acesso em 2011 out. 19]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-basica/Portaria_648.pdf>.
2. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Pan American Journal of Public Health*. 2007; 21(2/3):164-176.
3. Lanza FM. Tecnologia do processo de trabalho em hanseníase: análise das ações de controle na microrregião de Almenara, Minas Gerais [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem; 2009.
4. World Health Organization (WHO). The World Health Assembly Resolution 1991: World Health Assembly (WHA) resolution to eliminate leprosy. Genebra: WHO; 1991 [Acesso em 2011 out. 17]. Disponível em: <<http://www.who.int/lep/strategy/wha/en/index.html>>.
5. World Health Organization – Weekly Epidemiological Report (WHO-WHE). Global leprosy situation beginning of 2008. *Wkly Epidemiol Rec*. 2008; 83:293-300.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 125/SVS-SAS, de 26 de março de 2009. Instruções normativas [Acesso

- em 2011 jun. 01]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/poc0125_26_03_2009.html>.
7. Moreno CMC, Enders BC, Simpson CA. Avaliação das capacitações de hanseníase: opinião de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2008; 61(Especial):671-675.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011 [Acesso em 2016 jul. 01]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> .
9. Andrade V. A descentralização das atividades e a delegação das responsabilidades pela eliminação da hanseníase ao nível municipal. *Boletim de Pneumologia Sanitária*. 2000; 1(8):47-51.
10. Brandão P. Assistência ao portador de hanseníase. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2008; 61(Especial):782-783.
11. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 4(17):758-64.
12. Polit DF, Beck CT. Using research in evidence-based nursing practice. In: Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Essentials of nursing research: methods, appraisal and utilization*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 457-94.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia para o Controle da Hanseníase. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002a. (Normas e Manuais Técnicos, 111).
14. Silva Sobrinho RA, Mathias TAF. Perspectivas de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no Estado do Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008; 2(24):303-314.
15. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: período do plano: 2011-2015*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.
16. World Health Organization (WHO). Global leprosy update, 2014: need for early case detection. *Weekly Epidemiological Record*. 2015; 90(36):461-474. [Acesso em 2016 jul. 01]. Disponível em: <<http://www.who.int/wer/2015/wer9036.pdf?ua=1>>.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
18. Arantes CK et al. Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. *Epidemiol Serv Saúde*. 2010; 2(19).
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em Nível Municipal 2006-2010. Brasília; 2006b [Acesso em 2011 maio 12]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/hanseniase_plano.pdf>.
20. Mendes MS et al. Descentralização das ações de controle da hanseníase em João Pessoa (Paraíba): a visão dos gestores. *Cad Saúde Coletiva*. 2008; 16(2):217-230.
21. Lanza FM, Lana FCF. O processo de trabalho em hanseníase: tecnologias e atuação da equipe de saúde da família. *Texto Contexto Enferm*. 2011; 20(Esp.):238-46.
22. Brasil. Portaria nº 3.125, de 07 de outubro de 2010. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF; 15 out. 2010.
23. Cunha MD et al. Os indicadores da hanseníase e as estratégias de eliminação da doença, em município endêmico do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(5):1187-1197.
24. Chen XS et al. Leprosy in China: epidemiological trends between 1949 and 1998. *Bull World Health Organ*. 2001; 79:306-12.
25. Pereira AJ et al. Atenção básica de saúde e a assistência em hanseníase em serviços de saúde de um município do Estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2008; 61(Especial):716-725.
26. Penha AAG, Oliveira JL, Soares JL, Rufino NF, Rocha RPB, Viana MCA. Desafios na adesão ao tratamento da hanseníase segundo enfermeiros da atenção primária à saúde. *Cad Cult Ciênc*. 2015; 14 (2):75-82.

27. Lastória JC, Putinatti MSMA. Utilização de busca ativa de hanseníase: relato de uma experiência de abordagem na detecção de casos novos. *Hansen Int.* 2004; 29(1):6-11.
28. Figueiredo IA, Silva AAM. Aumento na detecção de casos de hanseníase em São Luiz, Maranhão, Brasil: a endemia está em expansão? *Cad Saúde Pública.* 2003; 2(19):439-445.
29. Mercaroni D. Análise espacial da endemia hanseníase no município de Fernandópolis /SP [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo Escola de Enfermagem; 2003.
30. Andrade V, Moreira T, Soares RCFR. Impacto da descentralização do Programa de Eliminação da Hanseníase no Brasil. In: Yadon ZE, Gürtler RE, Tobar F, Medici AC (Ed.). *Descentralización y gestion del control de las enfermedades transmisibles en América Latina.* Buenos Aires: OPS; 2006. p. 165-185.
31. Lapa TM et al. Análise da demanda de casos de hanseníase aos serviços de saúde através do uso de técnicas de análise espacial. *Cadernos de Saúde Pública.* 2006; 22(12):2575-2583.
32. Canesqui AM, Spinelli MAS. Saúde da Família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. *Cad Saúde Pública.* 2006; 22(9):1881-1892.
33. Oliveira MHP, Romanelli G. Os efeitos da hanseníase em homens e mulheres: um estudo de gênero. *Cad de Saúde Pública.* 1998; 14:51-60.
34. Bostein R. Atenção Básica na agenda da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2002; 3(7):401-412.
35. Ferreira AS. Competências gerenciais para unidades básicas do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2004; 1(9):69-76.
36. Helene LMF et al. Organização de serviços de saúde na eliminação da hanseníase em municípios do Estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 2008; 61(Especial):744-752.
37. Juliano IA, Assis MMA. A vigilância sanitária em Feira de Santana no processo de descentralização da saúde (1998-2000). *Ciência & Saúde Coletiva.* 2004; 2(9):493-505.
38. Ramos JR et al. 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; 16(2):147-168.
39. Rozani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2008; 1(13):23-34.
40. Moreira TM, Marinho MF. A eliminação da hanseníase em Barra Mansa: uma experiência local. *Hansen Int.* 2005; 1(30):20-24.
41. Lanza FM, Vieira NF, Oliveira MMC, Lana FCF. Avaliação das ações de hanseníase desenvolvidas na atenção primária: proposta de um instrumento para gestores. *REME Rev Min Enferm.* 2014; 18(3):598-605.
42. Lanza FM, Vieira NF, Oliveira MMC, Lana FCF. Avaliação da Atenção Primária no controle da hanseníase: proposta de uma ferramenta destinada aos usuários. *Rev Esc Enferm USP.* 2014; 48(6):1054-61.

Submissão: julho de 2014

Aprovação: julho de 2016
