

As ações básicas de saúde na eliminação da hanseníase – DIR XIII – Franca – SP

Niomara de Cássia Cunha Fernandez Gea

Dissertação apresentada ao Programa de Pós -
Graduação em Saúde Pública da faculdade de
Saúde Pública da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em Saúde
Pública.

Área de Concentração: Serviços de Saúde
Pública
Orientadora: Profa Dra Cleide Lavieri Martins

**São Paulo
2004**



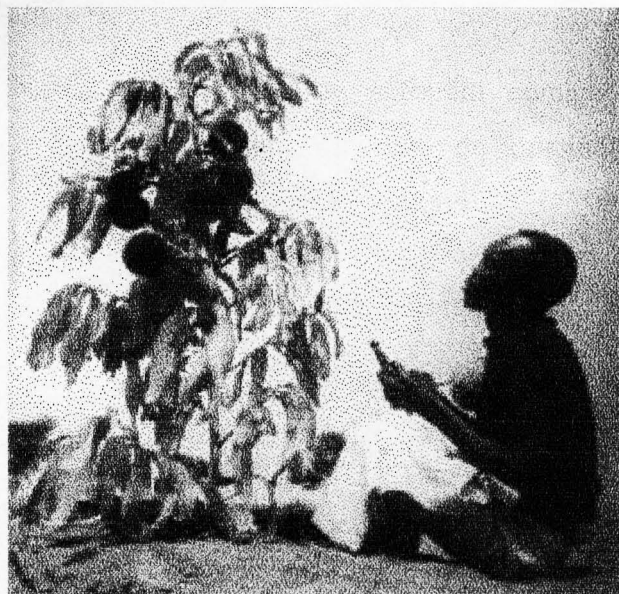
45119 / 2004 CGJ

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Assinatura:

Data:

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA



AS AÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE NA ELIMINAÇÃO DA
HANSENÍASE - DIR XIII - FRANCA - S. P.

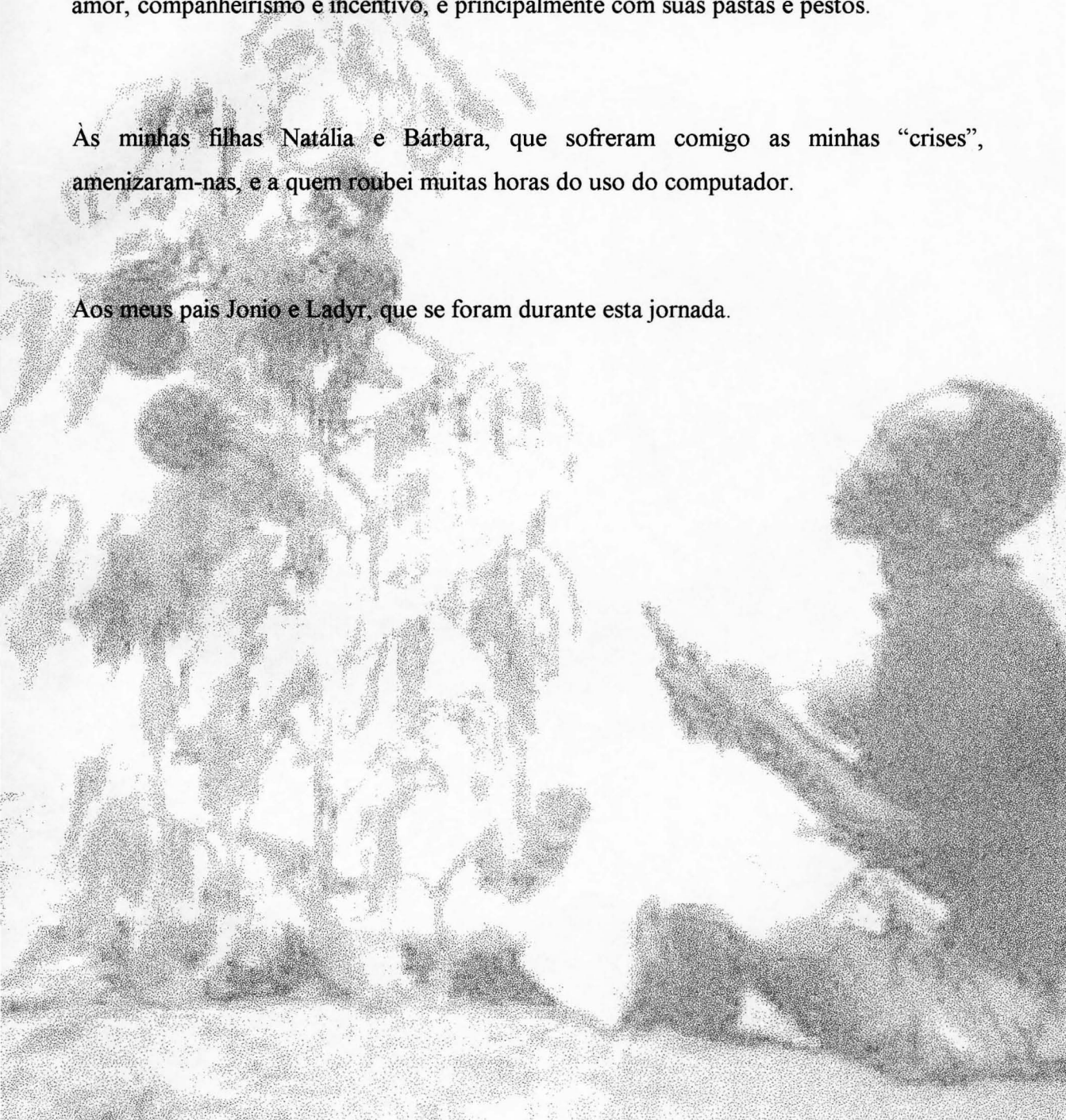
Niomara de Cássia Cunha Fernandez Gea

DEDICATÓRIAS

Ao meu marido Gustavo, que literalmente me alimentou nesse período, com muito amor, companheirismo e incentivo, e principalmente com suas pastas e pestos.

Às minhas filhas Natália e Bárbara, que sofreram comigo as minhas “crises”, amenizaram-nas, e a quem roubei muitas horas do uso do computador.

Aos meus pais Jonio e Ladyr, que se foram durante esta jornada.



AGRADECIMENTOS

À Dra. Cleide Lavieri Martins, que mais que orientadora, foi uma amiga, e sempre um porto seguro.

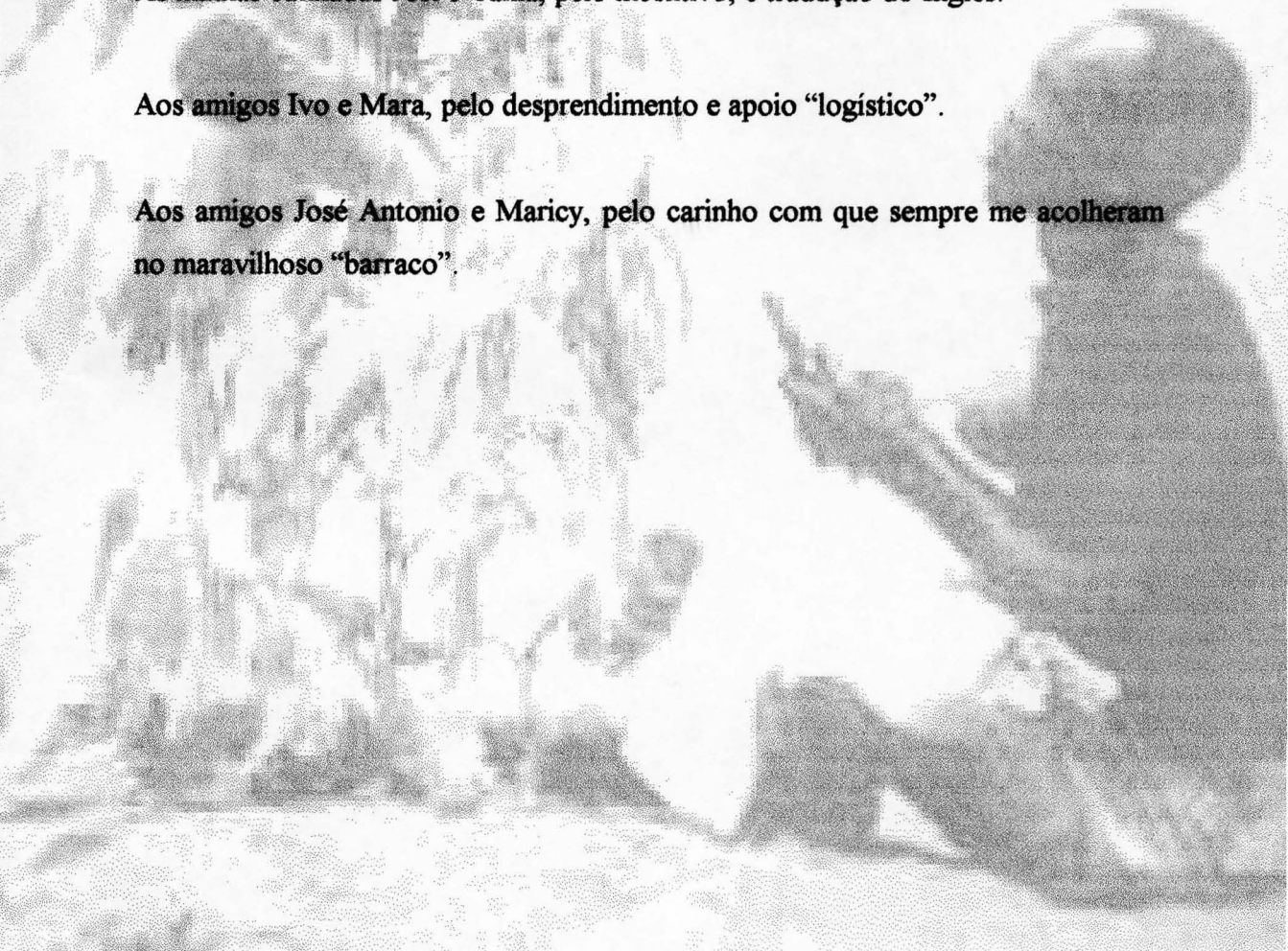
À Cida, interlocutora de hanseníase da DIR XIII, pela paciência, e por todas as informações que me disponibilizou.

A todos que participaram, sendo os sujeitos desta pesquisa.

Às minhas cunhadas Josi e Tânia, pelo incentivo, e tradução do Inglês.

Aos amigos Ivo e Mara, pelo desprendimento e apoio “logístico”.

Aos amigos José Antonio e Maricy, pelo carinho com que sempre me acolheram no maravilhoso “barraco”.



RESUMO

Gea NCCF – **As ações básicas de saúde na eliminação da hanseníase – DIR XIII – Franca – SP.** São Paulo; 2004 [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Justificativa. O Brasil permanece sendo um dos países com maior prevalência em hanseníase no mundo. As várias iniciativas de eliminação da doença discutidas em nível mundial tem seu desdobramento no país através do estímulo às ações básicas de saúde, determinadas pelas normas do Sistema Único de Saúde. A hanseníase porém, não é uma doença como as outras. A história de seu modelo de assistência, a permanência do estigma e as dificuldades inerentes à realização do diagnóstico, entre outras, a diferenciam e levam a buscar compreender como esse processo está se desenvolvendo. **Objetivo.** Avaliar como as ações de eliminação da hanseníase são percebidas pelos trabalhadores de saúde das unidades básicas e de referência que atendem os casos da doença, nos municípios que compõem a Direção Regional de Saúde XIII – Franca, Estado de São Paulo. **Procedimentos Metodológicos.** Na primeira etapa, foram enviados questionários aos 22 municípios, para identificar as ações de controle que são executadas no nível local. Num segundo momento, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com profissionais de saúde em 8 municípios, com abordagem qualitativa, para entendimento das variáveis que interferem no atendimento. **Conclusões.** A maioria dos municípios da região ainda não assume integralmente a responsabilidade pelas ações básicas de saúde no que tange às ações de eliminação da hanseníase, havendo uma contradição entre o discurso descentralizador do Sistema Único de Saúde e a percepção e atuação dos trabalhadores de saúde envolvidos nas ações de controle da doença.

Descritores: hanseníase, eliminação, ações de controle, atenção básica de saúde.

SUMMARY

Gea NCCF. – **As ações básicas de saúde na eliminação da hanseníase – DIR XIII – Franca – São Paulo** [Basic sanitary actions for elimination of leprosy – DIR XIII – Franca – SP]. São Paulo (BR); 2004 [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Justification. Brazil continues to be one of the world's countries with more leprosy prevalence. Various initiatives discussed at worldwide level for elimination of disease as a public health problem are deployed in this country by encouraging basic sanitary actions under the rules of the Unified Health System. Leprosy, however, is not a disease like others. The history of its assistance model, the stigma's permanence, and the difficulties implied in performing the diagnosis, among other, differentiate it and lead us to seek the understanding of how this process is developing in our region. **Target.** Appraise how the actions for eliminating leprosy are perceived by the sanitary reference and basic units' staff tending the disease cases, in the municipalities that constitute the XIII Health Regional Board - Franca, State of São Paulo. **Methods.** During the first stage, questionnaires were distributed to the 22 municipalities, for identifying the control actions performed at local level. Following that, semi-structured interviews were held in 8 municipalities, with a qualitative approach, to understand the variables that interfere in the care. **Conclusions.** Most municipalities still do not fully undertake the responsibility for the basic sanitary actions related to the leprosy extinction, and there is contradiction between the decentralizing speech of the Unified Health System, and the perception and actions by the sanitary workers involved in controlling the disease.

Descriptors: leprosy, elimination, control actions, primary health care.

ÍNDICE

1 Apresentação	01
2 Introdução	02
2.1 Alguma história	02
2.2 A clínica	04
2.3 O (ainda) estigma	06
2.4 A situação atual	10
2.5 Aspectos do enfrentamento	23
3 A eliminação da hanseníase	29
4 Objetivo geral	32
4.1 Objetivos específicos	32
5 Procedimentos metodológicos	32
5.1 Caracterização do local de pesquisa	30
5.2 Alguns indicadores econômicos e sociais	44
5.3 O percurso metodológico	48
5.4 Cuidados Éticos	51
6 Resultados e Discussão	52
6.1 As ações de controle referidas pelos municípios	52
6.2 A percepção dos profissionais de saúde	58
6.2.1 As ações de controle	59
6.2.2 Os Recursos Humanos	79
6.2.3 A descentralização, a gestão e a gerência	90
6.2.4 a reorganização da atenção básica pelo PSF	97
7 Conclusões	101
Referências bibliográficas	104
Anexós	
Anexo I – Carta de apresentação da pesquisadora	110
Anexo II – Termo de consentimento livre e esclarecido	111
Anexo III – Questionário - unidades que atendem hanseníase	112
Anexo IV – Questionário - municípios que não atendem hanseníase	118
Anexo V – Roteiro da entrevista semi-estruturada	124
Anexo VI – Responsabilidades e ações estratégicas – Port. MS nº 95	125

AS AÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE NA ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE – DIR XIII – FRANCA - SP

1 APRESENTAÇÃO

Meu interesse pela hanseníase, começou desde a graduação (1979-1983), na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, talvez motivada por um sentimento de curiosidade por uma moléstia que me causou tanta inquietação na infância, já que era colega de classe no antigo primário, de Ana, uma filha de hanseniano. Naquele tempo, as carteiras escolares eram duplas, e lembro-me bem que ninguém queria sentar-se ao lado de Ana, ou ficar ao seu lado na fila do pátio, segurar sua mão nas brincadeiras de roda. A exclusão de Ana me doía, e acho que dói até hoje.

Formada, trabalhei durante anos no sistema hospitalar, sem ter contato com a doença. Em 1994, lotada numa Unidade Básica de Saúde do Município de São Paulo, deparei-me com o atendimento em hanseníase. Depois de tantos anos, ao defrontar-me novamente com o problema, a hanseníase continuava a me causar inquietação. Além de ficar surpresa com a magnitude da endemia, encontrei uma realidade caótica, no que diz respeito principalmente a avaliação e prevenção de incapacidades, desconhecimento por parte da equipe da unidade sobre o assunto, médicos que duvidavam da segurança da nova terapêutica instituída (poliquimioterapia), e se recusavam a adotá-la, entre tantas outras questões.

Foi assim, que na monografia de conclusão do curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Pública, em 1999, resolvi abordar as ações de avaliação e prevenção de incapacidades em Hanseníase nas unidades que tinham o programa, pertencentes à área geográfica correspondente ao núcleo 5 da Secretaria de Estado de Saúde no Município de São Paulo.

Esse trabalho transcendeu o objetivo inicial, e nos fez perceber diferenças significativas na maioria das ações de controle da hanseníase, entre as unidades da esfera municipal e estadual. Esse quadro apontava para a necessidade de ampliar a discussão sobre a organização tecnológica da Saúde Pública no controle da

hanseníase, e a dicotomia existente entre centralização e descentralização das ações do programa, naquele município.

Com a discussão acerca das ações do programa de hanseníase no município de São Paulo sendo amadurecidas e foco principal do meu problema de pesquisa, fui surpreendida com a necessidade imediata de mudança com a família para o município de Franca, em Dezembro de 2001, onde trabalhei por quatro meses no Centro de Saúde I de Franca, responsável pelo atendimento à hanseníase no município e referência para os municípios vizinhos. Achei, então, que valeria a pena mudar meu projeto, estudando aspectos do atendimento local para compreensão da sua realidade, almejando trazer uma contribuição para a região onde hoje me insiro.

2 INTRODUÇÃO

2.1 ALGUMA HISTÓRIA

A hanseníase é uma das doenças mais antigas conhecidas pelo homem. Embora seja difícil afirmar a época de seu aparecimento, há referências de moléstia cuja descrição muito se assemelha à hanseníase na Índia em 1500 a.C. Admite-se a possibilidade de ter se originado na Índia e depois seguido para o leste, gerando focos no Sudeste Asiático, China e Japão, tendo chegado à Ásia Menor e Grécia, através do Império Persa, com as guerras de conquista ocorridas em 480 a.C..

A primeira descrição da doença está no tratado do médico chinês Nei Ching Wen, traduzido entre 2698 - 2598 a.C., e compilado em 500 a.C. que descrevia uma moléstia caracterizada por articulações doloridas, dormências, quedas de sobrancelhas, nódulos e desabamento de nariz (PERNAMBUCO, 1982).

Segundo MONTEIRO (1995), o termo lepra, que na verdade significa descamação ou esfoliação, se tornou conhecido a partir da tradução dos livros hebreus, para o grego (século III a.C.). Hipócrates (460 a.C.), descreveu uma doença que denominou “lepra”, que se caracterizava por muitas manchas na pele. Porém ele não menciona as manifestações neurológicas características da hanseníase. Seu correspondente nos originais hebreus é a expressão *tsara'ath*.. Provavelmente o que é

descrito no Antigo Testamento como “lepra” não era hanseníase, pois esse termo genérico era utilizado para quaisquer afecções de pele, e até mesmo para manchas em roupas ou casas, conforme se observa nas normas descritas em Levítico, capítulo 13 e 14. Já no Novo Testamento, algumas citações devem se referir à moléstia, pois certamente existia na época de Jesus Cristo (BÍBLIA SAGRADA, 1990).

Admite-se que a hanseníase tenha surgido no Egito, trazida pelas tropas de Alexandre o Grande, em campanhas realizadas na Índia (300 a.C.); e que teriam sido os soldados de Pompeu, voltando do Egito (62 a.C.), que a teriam introduzido na Itália. As conquistas do Império Romano teriam então disseminado a doença pelo continente, atingindo seu pico na Idade Média.

ROSEN (1994, p. 59), analisa que “a lepra representou a grande praga, a sombra sobre todos os dias da humanidade medieval (...) Nem mesmo a Peste Negra, no século XIV, ou o aparecimento da sífilis, no final do século XV, produziram tamanho pavor”.

Ainda segundo ROSEN (1994), como a medicina não tinha nada a oferecer, a igreja assume o papel norteador das medidas a serem adotadas em relação à lepra, adotando como princípio o conceito de contágio do Velho Testamento, ligado à noção de impureza espiritual. Vários Concílios da Igreja ocupam-se em estabelecer as normas minuciosas e precisas em relação à doença. Entre elas a cerimônia de serviço funerário com a presença do leproso, antes de ser levado aos leprosários, exemplifica a terrível exclusão social dos doentes. Nessa missa dos mortos, denominada *Separatio Leprosarum*, chegava-se a lançar terra sobre a cabeça do doente, simbolizando a sua morte a partir desse momento.

A melhoria das condições socioeconômicas na Europa proporcionou um declínio na incidência de hanseníase, com a desativação progressiva dos “lazareto”, que chegaram a ser 19.000 em toda a Europa no século XII (MONTEIRO, 1995). Atualmente, ainda ocorre em prevalência muito baixa em Portugal, Espanha, Itália, Grécia, Turquia, Chipre e sudoeste russo.

A hanseníase foi trazida ao continente americano, a partir das conquistas espanholas e portuguesas e posteriormente pelos escravos africanos, não havendo evidências de existência da doença entre os indígenas que aqui habitavam.

Para MONTEIRO (1995), sabe-se da existência de portadores de hanseníase em várias cidades do Brasil (Rio de Janeiro, Recife e Salvador) desde o início da colonização. Em São Paulo veio se estabelecer somente a partir de meados do século XVIII.

QUEIROZ (2000, p.138) cita que os primeiros casos no Rio de Janeiro foram notificados em 1600, mas que “as primeiras iniciativas do Governo Colonial, só foram tomadas dois séculos depois com a regulamentação do combate à doença, por ordem de D. João VI. Entretanto, as ações de controle limitaram-se à construção de leprosários e a uma assistência precária aos doentes”.

2.2 A CLÍNICA

A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa, de evolução crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae*, que tem como fator favorável à sua propagação o baixo nível de vida da população.

O bacilo em forma de bastonete é um parasita intracelular obrigatório, que apresenta afinidade por células cutâneas e por células dos nervos periféricos. Permanece viável até 36 horas no meio ambiente e em condições de temperatura e umidade até nove dias. Multiplica-se em 14 a 20 dias. É considerado um agente infeccioso de alta infectividade e baixa patogenicidade.

A hanseníase é uma doença própria do ser humano, embora já tenham sido descritos outros reservatórios prováveis do *Mycobacterium leprae* em alguns tipos de macacos e no tatu. Pacientes portadores de formas contagiantes, sem tratamento, eliminam bacilos em grande quantidade pelas secreções nasais, orofaríngeas e ulcerações da pele. Os bacilos eliminados podem atingir o indivíduo sadio, penetrando principalmente pela mucosa nasal, existindo também a possibilidade de transmissão por via cutânea.

Segundo QUEIROZ (2000, p.136):

A pesquisa até hoje não obteve uma técnica que permitisse a mais elementar cultura de célula, base fundamental para o desenvolvimento de uma vacina. Uma vez que não se tem um teste confiável para se detectar a infecção pelo *M. leprae*,

pouco se sabe sobre o mecanismo de transmissão. Por esse motivo, e também porque o doente significa uma proporção ínfima entre os infectados, fica a impressão equivocada de que o índice populacional de infecção é baixo. O índice de transmissibilidade é, na verdade, muito grande, sendo baixa apenas a proporção de pessoas que adoecem após terem sido infectadas.

O período de incubação é de dois a sete anos (em média cinco). Após esse período, os indivíduos suscetíveis apresentam os primeiros sintomas, que são manchas hipocrômicas, anestésicas e anidróticas em qualquer parte do corpo. A ausência de dor, coceira, ou outro evento desagradável ao paciente nessa fase, dificulta a procura espontânea pelos serviços de saúde, obviamente impedindo o diagnóstico precoce. Essa fase é classificada de hanseníase indeterminada, podendo, após um período de três a cinco anos evoluir espontaneamente para a cura ou para as outras formas polares.

O programa de hanseníase no Brasil segue a classificação de Madrid (1953), que apresenta a seguinte distribuição: I (Indeterminada), T (Tuberculóide), D (Dimorfa) e V (Virchowiana). As formas D e V são as consideradas contagiantes da doença.

Durante sua evolução, os segmentos do corpo mais afetados são a pele, mucosas e os nervos periféricos, porém a hanseníase pode atingir outros órgãos do organismo.

Para um caso ser definido como hanseníase é preciso que a pessoa apresente um ou mais dos critérios listados a seguir, com ou sem história epidemiológica: lesão de pele com alteração de sensibilidade; espessamento neural acompanhado de alteração de sensibilidade; baciloscopia positiva para *Mycobacterium leprae*.

Classificam-se os casos para fins de tratamento em: **Paucibacilar (PB)** – com baciloscopia negativa, ou diagnosticados como tuberculóide ou indeterminados e **Multibacilar (MB)** – com baciloscopia positiva ou diagnosticados como virchowianos ou dimorfos.

O tratamento atual tem como esquema padrão a poliquimioterapia (PQT), recomendada pela Organização Mundial de Saúde, usando as drogas Rifampicina (uma vez por mês, supervisionada) e Dapsona (uma vez por dia, auto-administrada) para os paucibacilares, por um período de seis doses mensais em até nove meses.

Para os casos multibacilares é acrescida a clofazimina, também auto-administrada. O tratamento tem a duração de 12 doses mensais em até 18 meses de tratamento. Após as 12 doses, os casos MB (multibacilares) deverão passar por cuidadosa avaliação clínica, e poderão receber alta por cura. Os casos que continuarem com lesões cutâneas em atividade, ou apresentarem quadros reacionais importantes na avaliação da 12^a dose, serão submetidos a 24 doses de Poliquimioterapia. Outros esquemas alternativos podem ser utilizados, na ocorrência de intolerância aos medicamentos do esquema padrão. Outras formas de tratamento têm sido propostas, para abreviar o período de tratamento, como o esquema ROM que utiliza as drogas Rifampicina, Ofloxacina e Minociclina em dose única para doentes paucibacilares com lesão única. O uso desse esquema é preconizado apenas nos Centros de Referência e, portanto, na prática ainda sem utilização na rede pública.

2.3 O (ainda) ESTIGMA

O termo estigma foi criado na antiga Grécia, fazendo referência a sinais corporais com os quais se anunciavam características pessoais não desejadas. Segundo GOFFMAN (1982), esses sinais eram cortes ou queimaduras no corpo que faziam a advertência que o portador deveria ser evitado em público.

GOFFMAN (1982, p.14) afirma:

Pode-se mencionar três tipos de estigma nitidamente diferente. Em primeiro lugar, há as abominações do corpo – as várias deformidades físicas. Em segundo, as culpas de caráter individual, percebidas como vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas, desonestidade, sendo essas inferidas a partir de relatos conhecidos de, por exemplo, distúrbio mental, prisão, vício, alcoolismo, homossexualismo, desemprego, tentativa de suicídio e comportamento político radical. Finalmente, há os estigmas tribais de raça, nação e religião, que podem ser transmitidos através da linhagem e contaminar por igual todos os membros de uma família. Em todos esses exemplos de estigma, entretanto, inclusive aqueles que os gregos tinham em mente, encontram-se as mesmas características sociológicas: um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social cotidiana possui um traço que pode-se impor à atenção e afastar aqueles que ele encontra,

destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus.

No caso da hanseníase o estigma atribuído, pode ser considerado sobre esses três aspectos, já que provoca deformidades físicas, alude à fraqueza moral ou de virtude, uma vez que durante muito tempo, (e até hoje), em várias culturas era considerada como um castigo a pecados e, portanto a desvios de conduta, e à questão familiar, pois sua marca estigmatizante atinge os familiares dos doentes.

Para SALAZAR (2000) o termo *tsara'ath*, utilizado pelos hebreus, expressava profanação e impureza religiosa. Na China a causa da hanseníase era vinculada a castigo por faltas morais. No Japão, também foi considerada como castigo ou manifestação de pecado. Na Índia, era considerada a pior das doenças e tida como penitência aos pecados praticados nesta ou em vidas anteriores.

Destarte a grande herança estigmatizante bíblica da hanseníase, de acordo com LEGER, citado por MONTEIRO (1995, p.5), “na antiguidade o leproso era comumente considerado perigoso, e lendas colhidas na China, Índia e Egito mostram-no como susceptível de semear o mal em torno de si”.

Assim, MONTEIRO (1995) descreve que freqüentemente os “leprosos” eram acusados de provocar o mal, como ausência ou excesso de chuva, problemas com a colheita ou com animais. A mesma autora conta-nos que, fazendo companhia aos “leprosos”, como bodes expiatórios para todos os flagelos que acometiam a comunidade, estiveram “os judeus”. Ambos foram acusados de envenenar poços e fontes na França (séc. XIV) e de terem se aliado aos mouros para conquistar os reinos cristãos, na Península Ibérica. Tais crenças e boatos, geralmente tinham o endosso da Igreja, e resultavam em ações de massacres contra esses grupos.

Mais de 600 anos após, ZAMBACO, citado por MONTEIRO (1995 p.121), ao discordar que a hanseníase seria uma doença infecciosa, afirma que em Constantinopla, havia constantemente a presença de: “cerca de 500 leprosos ambulantes, sem que os habitantes da cidade, excepto os descendentes de judeus, tenham contrahido o mal”.

Um fator relevante da doença é o aspecto sócio-econômico e psicológico. CRISTOFILINI (1984, p.227), pondera que “se a moléstia fosse só patologia cutânea, mesmo que contagiosa, não teria a importância social que tem; pelo fato de

ser também neurológica, comprometendo nervos periféricos e levando a deformidades, faz com que sejam mantidos, até os dias atuais, os tabus e preconceitos que a envolvem”.

Segundo GARBINO (1991, p.2),

Os bacilos da Hanseníase têm um tropismo especial pelos nervos periféricos, atingindo-os desde as terminações da derme aos troncos sensitivos e mistos. A neuropatia da Hanseníase é clinicamente uma neuropatia mista, comprometendo fibras nervosas sensitivas, motoras e autonômicas. A sensibilidade é alterada em suas modalidades térmica e dolorosa e posteriormente tátil. Sua distribuição anatômica se classifica como mononeurite múltipla, isto é, se instala em um ou vários nervos de maneira assimétrica. Em relação a alterações anátomo patológicas, apresenta distúrbios importantes da mielina, desmielinização e lesão axonal. Os nervos envolvidos de maior significado são:

- 1) Nervo facial, VII par craniano, em seu ramo zigomático.
- 2) Nervo trigêmeo, V par craniano, seus ramos supra e infra-orbicular.
- 3) Nervo ulnar, no cotovelo, no canal epitrocleo-olecriano.
- 4) Nervo radial, no braço, na goteira espiral do braço e no antebraço, na arcada fibrosa do supinador.
- 5) Nervo fibular, no joelho, na região do colo da fibula.
- 6) Nervo tibial, no tornozelo, no túnel tarsiano.

Os mecanismos causadores das incapacidades são neurogênicos e inflamatórios. Entre as causas neurogênicos, consideramos primárias: os déficits sensitivos, motores e autonômicos; e secundárias: as retrações conseqüentes ao desuso, as traumáticas, e as infecções pós-traumáticas. As inflamatórias comprometem a pele e anexos, cartilagens, ossos, articulações, globo ocular e órgãos internos como fígado e testículos. São dois os mecanismos resultando em lesões distintas, o crônico e os estados reacionais agudos.

As incapacidades em hanseníase atingem principalmente os pés, mãos e olhos.

Não há dúvida que a avaliação precoce e sistemática e ações de prevenção, tratamento e reabilitação poderiam evitar o aparecimento ou agravamento das incapacidades. LOMBARDI (1990, p.151), chama atenção ao fato de que “com os recursos tecnológicos (especialmente terapêuticos), atualmente disponíveis, a vulnerabilidade do problema é elevada, sendo possível no estágio atual do

conhecimento, cortar com eficácia e rapidez a cadeia de transmissão e evitar o aparecimento de seqüelas incapacitantes”.

CLARO (1995), a respeito das representações sobre a doença, cita vários estudos, onde mostra em diferentes países de culturas diversas, o desconhecimento e os conceitos negativos em relação à hanseníase, de ligação da doença com castigo divino, bruxaria, impureza do sangue e da alma, carma, tabus de natureza sexual, social, alimentar, etc.

QUEIROZ e PUNTEL (1997), analisam que diferente da tuberculose, (que apesar de trágica, afetava também os ricos, que viviam intensamente a vida, revestindo-se de uma imagem romântica), e atualmente da AIDS, a hanseníase nunca afetou a sociedade dominante, e provavelmente por isso, a doença desperta interesse ou compaixão apenas marginais.

Isso, talvez explique o fato de apesar de ser talvez a moléstia mais antiga e temida da humanidade, ainda se saiba tão pouco sobre a mesma, não se obtendo até hoje, testes confiáveis de diagnóstico, ou certeza quanto ao seu mecanismo de transmissão.

2.4 A SITUAÇÃO ATUAL

Visando melhor compreensão dos dados mostrados a seguir, é imperativa a apresentação dos termos epidemiológicos utilizados.

Para análise de morbidade, utiliza-se o conceito de incidência para o número de casos novos da doença numa população definida, durante o intervalo de tempo fixado, o que geralmente é de um ano. Em hanseníase, porém, por se tratar de doença de evolução crônica, com longo período de incubação, e dificuldade do diagnóstico, acha-se mais adequado utilizar o termo detecção, pois o que realmente temos é o número de casos que o sistema de saúde conseguiu detectar.

As informações em número absoluto são, no entanto, de pouca utilidade quando se quer comparar a ocorrência em populações diferentes ou na mesma população que varia em número, durante um período de tempo.

Para isso é utilizado o coeficiente de incidência, que aqui será tratado de coeficiente de detecção que é a razão entre o número de casos de hanseníase detectados na população definida no ano fixado, pelo número de indivíduos na população definida estimado para o meio do intervalo de tempo fixado, multiplicado por uma base de potência 10.

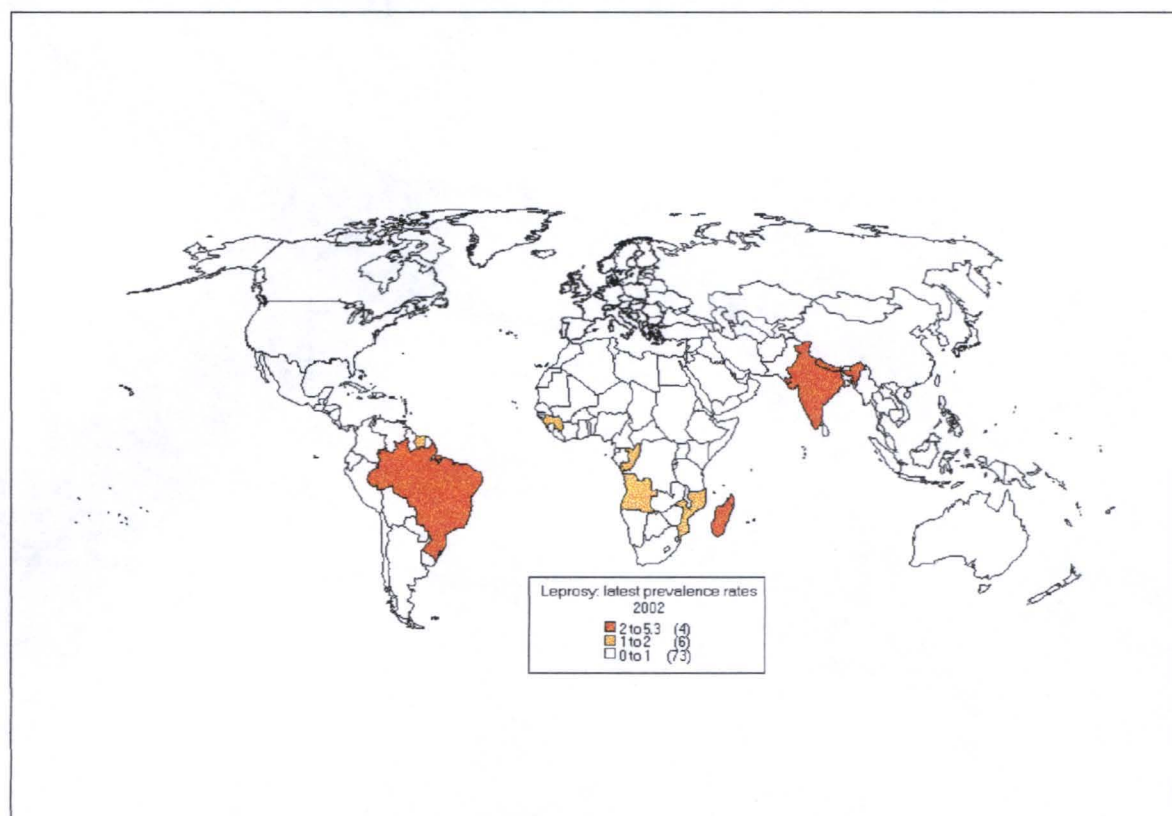
Simplificando, pode ser expressa a fórmula:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de casos novos de hanseníase no ano}}{\text{população estimada no meio do ano}} \times \text{base}$$

Outro indicador utilizado é a prevalência, entendida como o número total de casos existentes de uma enfermidade num determinado período. Em hanseníase, é comum se utilizar para designar a prevalência o termo registro ativo, já que este significa a soma dos casos novos e antigos em tratamento naquele período determinado.

Pelos mesmos motivos comparativos já apresentados, utiliza-se o coeficiente de prevalência, que simplificado:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de casos existentes (ou registro ativo) de hanseníase no ano}}{\text{população estimada no meio do ano}} \times \text{base}$$

Figura 1 – Situação Mundial da Hanseníase -2002

Fonte: Organização Mundial de Saúde - 2003

Tabela 1 – Prevalência, coeficientes de prevalência, detecção e coeficientes de detecção, nos 6 países mais endêmicos do mundo – 2000

País	Registro Ativo	Coeficiente de prevalência (por 10 000 hab.)	Casos Novos	Coeficiente de detecção (por 100 000 hab.)
India	384 240	3.8	559 938	54.4
Brasil	77 676	4.6	41 070	24.1
Moçambique	7 834	4.0	6 617	33.6
Myanmar	10 389	2.3	10 286	22.6
Madagascar	8 662	5.4	8 445	53.0
Nepal	7 984	3.7	8 020	34.4
Total:	496 785	3.9	634 376	49.2

Fonte: Organização Mundial de Saúde – 2003

A Organização Mundial de Saúde considera a hanseníase como problema de saúde pública em 25 países (com população maior que um milhão de habitantes). Esses países estão localizados na faixa subtropical do mundo (OMS 2003).

No início do ano 2003, o número de casos de pacientes com hanseníase no mundo era aproximadamente 524.000 casos, relatados de 103 países. Foram detectados 612.000 casos durante o ano de 2002 (OMS, 2003).

Após a implantação da PQT (poliquimioterapia) e “limpeza” dos arquivos (mudança nos critérios de alta estatística), as taxas de prevalência mundiais diminuíram em aproximadamente 85% de 1985 a 1997, porém as de detecção diminuíram apenas 3% no mesmo período (OMS, 1998).

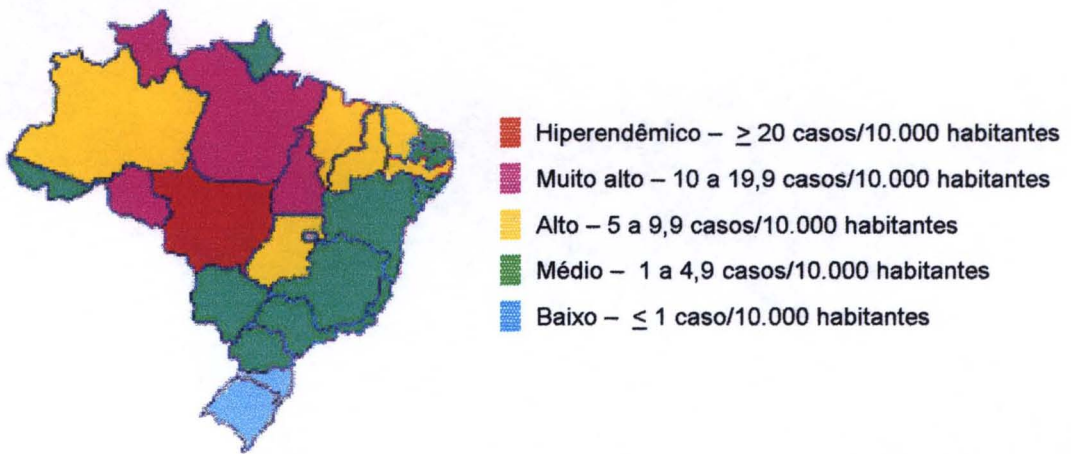


O Brasil foi signatário de acordo internacional, durante a 44ª Conferência Mundial de Saúde (1991), que pretendia eliminar a hanseníase enquanto problema de saúde pública até o ano 2000. Isto significaria alcançar um coeficiente de prevalência menor que um caso para 10.000 habitantes. As projeções para o ano 2000 não se confirmaram, pois se esperava um índice de 2,7 para 10.000 habitantes e, no entanto, de acordo com dados da OMS, no início de 2003, o Brasil contava com 71.139 casos registrados, com coeficiente de prevalência de 4,1 casos por 10.000 habitantes e 38.365 casos novos registrados no ano de 2002, com taxa de detecção de 22,3 casos por 100.000 habitantes. Esse prazo foi alterado para o ano de 2005.

O Brasil situa-se apenas atrás da Índia em número de casos absolutos no mundo, e responde por 80% dos casos da América Latina. A maioria dos estados ainda apresenta coeficientes de prevalência variando de alto (5 a 10 por 10.000 habitantes) a hiperendêmico (maior de 15 por 10.000 habitantes). A tendência de crescimento progressivo da doença com coeficiente de incidência passando de 1,2 em 1980 para 2,4 por 10.000 habitantes em 1998, o que representa um incremento de 100%; seria em função da ampliação de cobertura das ações do Programa de Eliminação da Hanseníase, como também pelo crescimento real da incidência. Isso

se confirma pelo aumento da incidência em menores de 15 anos, o que significa que houve um aumento da transmissão ativa da doença de forma precoce e intradomiciliar.

Figura 2 – Distribuição de hanseníase, por estados federativos – conforme níveis endêmicos – Brasil – 2003 (por 10.000 habitantes)



Fontes: ATDS/CGDEN/DEVEP/SVS/MS; SES; IBGE - 2004



Tabela 2 - Casos novos, coeficientes de detecção, registro ativo e coeficientes de prevalência de hanseníase, distribuídos por ano, Estado de São Paulo, 1985-2002, por 10.000 habitantes

ANO	CASOS NOVOS	COEF. DETECÇÃO	CASOS R. ATIVO	COEF. PREVAL.
1985	2750	0,95	36577	12,51
1986	2603	0,83	38958	13,01
1987	2688	0,84	38398	12,51
1988	3342	1,06	37601	11,94
1989	3177	0,98	38957	12,04
1990	3303	0,99	40420	11,60
1991	3276	0,96	33438	11,80
1992	2983	0,91	30122	8,80
1993	2927	0,89	24481	7,44
1994	2929	0,89	17536	5,82
1995	2619	0,78	14572	4,32
1996	2901	0,85	10013	2,93
1997	2913	0,84	7801	2,24
1998	2621	0,74	6218	1,85
1999	2838	0,79	6242	1,74
2000	2898	0,80	5867	1,61
2001	2999	0,81	5723	1,52
2002	2765	0,72	5378	1,41

FONTE: SES/CVE - DIVISÃO TÉCNICA DE VIG. EPID. DA HANSENÍASE - 2003

No estado de São Paulo a prevalência é considerada média (1-5 casos por 10.000 habitantes).

Como se observa na tabela 2, os coeficientes de prevalência vêm diminuindo, de forma mais acentuada a partir de 1992, o que pode ser explicado pela introdução da PQT. Conseqüentemente, houve redução do tempo de tratamento dos pacientes. Associada a isso se estabeleceu uma mudança nos critérios de alta estatística, diminuindo o tempo de exclusão do paciente em situação de abandono de tratamento do registro ativo.

Nota-se, no entanto, que as taxas de detecção continuam praticamente as mesmas no mesmo período, refletindo a tendência mundial.



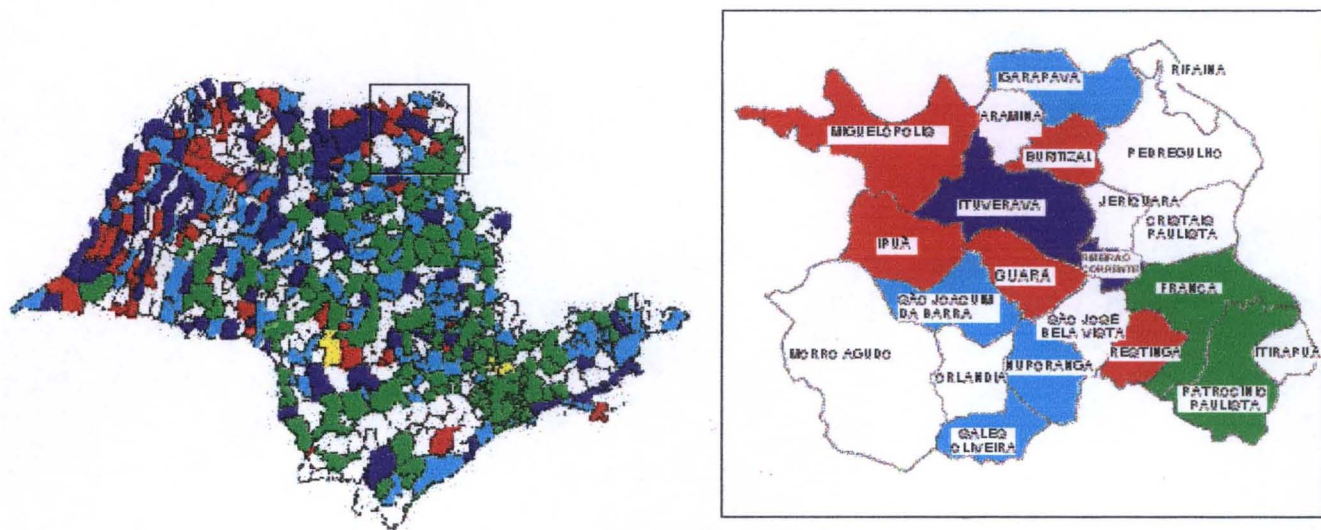
Para realização da análise da situação epidemiológica da hanseníase nos municípios da região da Direção Regional de Saúde XIII (DIR XIII), solicitou-se à Divisão de Hanseníase da Secretaria de Estado de Saúde, dados oficiais de detecção e prevalência de hanseníase da região, que respondeu prontamente, com o envio de planilha com série histórica de 1989 a 1999, por município com os números absolutos e coeficientes de casos novos e prevalência.

Nesse documento, apenas para dar um exemplo, o número de casos novos da região no ano de 1999, foi 46. Já consultando a página oficial do Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado de Saúde do Estado de São Paulo, (www.cve.saude.sp.gov.br mar, 2003) na tabela que mostra os Casos Novos e Coeficientes de Detecção de Hanseníase distribuídos por DIR de Residência - Estado de São Paulo, 1997-2000, o número para o mesmo ano passa é 52.

Os dados de 2000 a 2002 foram fornecidos pela Vigilância Epidemiológica da DIR XIII. Os primeiros dados de prevalência pontual em 30/11/01 para o ano de 2001, registravam 123 casos na região. Quando se solicitou novamente os dados à DIR, com o ano completo, esse número alterou-se para 225 casos! NOGUEIRA (2002), faz referência ao que denomina “efeito dezembro”, que seria o aumento do número de casos registrados nos meses de dezembro, que pode ser explicado devido à necessidade de fechamento dos dados exigidos pelos níveis centrais.

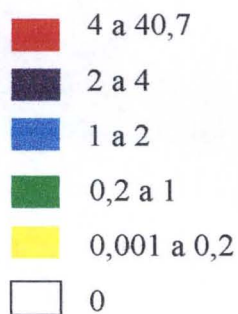
Apesar das disparidades encontradas nos números, procurou-se sempre trabalhar com os dados mais atuais disponibilizados pelos níveis regional e estadual.

Figura 3 – Coeficientes de casos novos de hanseníase (por 10.000 habitantes) – por município do Estado de São Paulo – destacando a região da DIR XIII – ano 2000



Fonte: Centro de Vigilância Epidemiológica – S.E.S. 2003

COEF. CASOS NOVOS
por 10000 hab.



Média do Estado = **0,80**

NÚMERO DE MUNICÍPIOS
NO ESTADO NESSA SITUAÇÃO

(59 mun.)
(89 mun.)
(113 mun.)
(129 mun.)
(6 mun.)
(249 mun.)

Total de mun. = **645**

NÚMERO DE MUNICÍPIOS
DA DIR XIII NESSA SITUAÇÃO

(5mun.)
(2 mun.)
(4 mun.)
(2 mun.)
-
(09 mun.)

Total de mun. = **22**

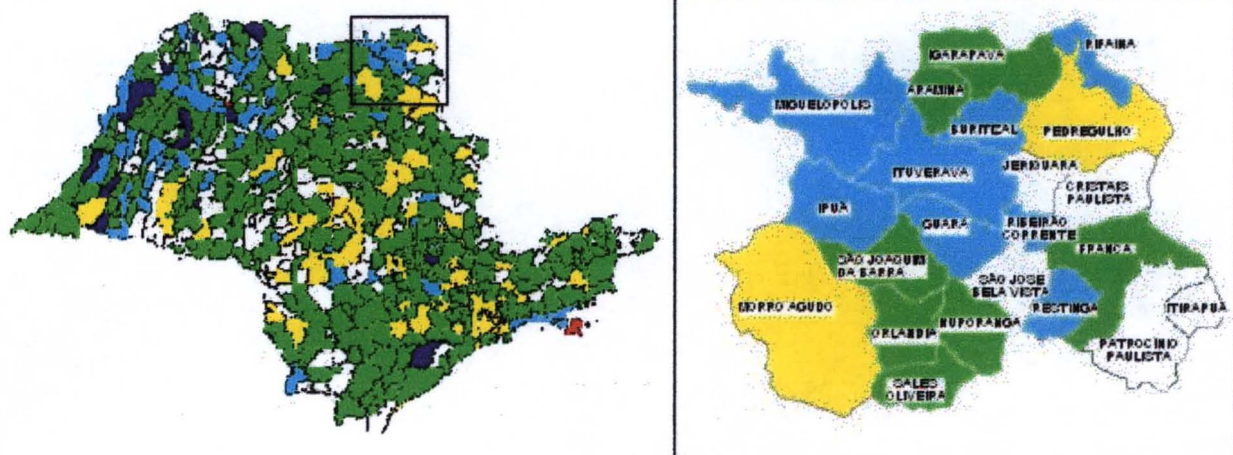
**TABELA 3 - CASOS NOVOS DE HANSENÍASE – MUNICÍPIOS DA DIR
XIII – SÉRIE HISTÓRICA, 1992 – 2002**

MUNICÍPIO	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Aramina	01	02	01	01	0	0	02	01	0	0	01
Buritizal	01	0	0	0	01	0	01	0	01	0	0
Cristais Paulista	02	0	01	01	02	0	01	0	0	0	0
Franca	27	25	21	31	27	23	19	09	19	25	13
Guará	07	05	03	05	09	11	07	08	08	07	09
Igarapava	0	20	06	02	07	04	06	06	04	08	0
Ipuã	05	03	03	0	03	01	03	01	08	04	07
Itirapuã	03	0	03	01	0	0	0	0	0	0	0
Ituverava	14	07	07	07	09	04	04	09	14	10	04
Jeriquara	0	0	0	0	0	0	01	0	0	0	02
Miguelópolis	03	06	09	02	09	12	03	0	09	07	07
Morro Agudo	01	04	01	02	02	02	02	01	0	03	03
Nuporanga	0	0	02	0	0	0	0	0	01	0	0
Orlândia	0	03	02	06	02	03	03	03	0	03	02
Patrocínio Paulista	03	0	02	0	01	0	0	0	01	0	01
Pedregulho	01	06	03	01	0	01	0	02	0	0	0
Restinga	02	02	01	01	01	03	0	01	03	01	02
Ribeirão Corrente	02	01	02	02	02	0	01	01	01	02	0
Rifaina	0	0	01	01	01	01	0	02	0	0	01
Sales Oliveira	0	02	0	0	02	0	0	02	01	0	0
S. Joaquim Barra	02	03	02	01	03	03	01	0	06	12	17
S. José Bela Vista	03	01	01	02	03	01	01	0	0	01	01
TOTAL	77	90	71	66	84	69	55	46	76	83	70







Fontes: Divisão de hanseníase – S.E.S. e TABWIN/SINAN – GT – Vigilância Epidemiológica – DIR XIII – Franca -2003

Pela análise da tabela 3, constata-se que apesar de uma breve diminuição do número de casos novos em 1998 e 1999, a detecção de casos na região não tem sofrido grandes alterações.

Figura 4 – Coeficientes de prevalência de hanseníase (por 10.000 habitantes) – por município do Estado de São Paulo – destacando a região da DIR XIII – ano 2000



Fonte: Centro de Vigilância Epidemiológica – S.E.S. - 2003

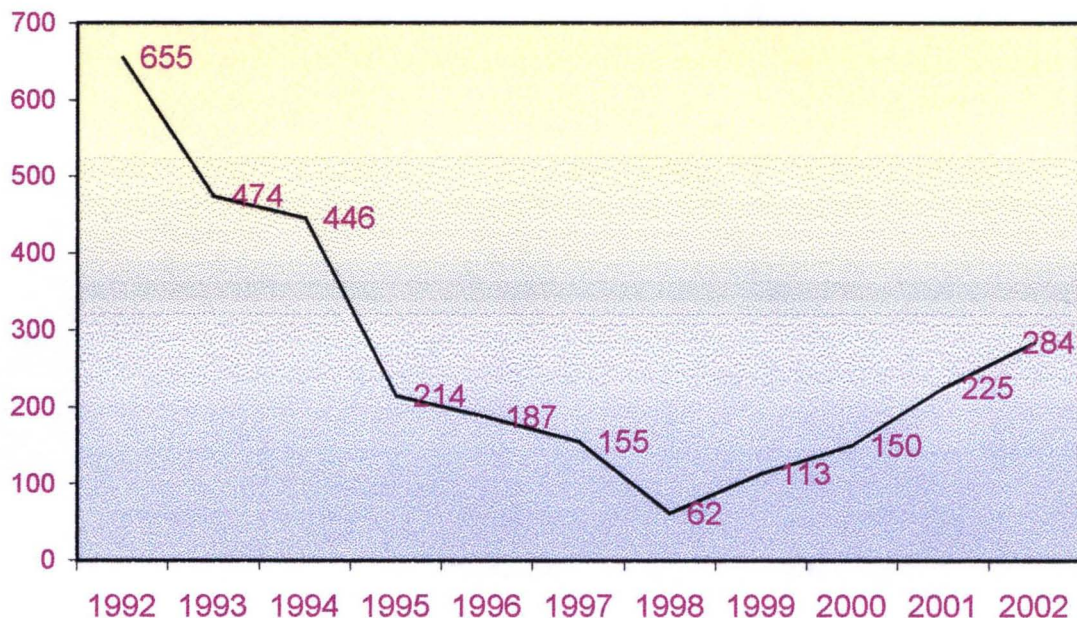
COEF. PREVALÊNCIA por 10000 hab.	NÚMERO DE MUNICÍPIOS NO ESTADO NESSA SITUAÇÃO	NÚMERO DE MUNICÍPIOS DA DIR XIII NESSA SITUAÇÃO
 20 a 38,5	(2 mun.)	-
 10 a 20	(14 mun.)	-
 5 a 10	(74 mun.)	(8mun.)
 1 a 5	(316 mun.)	(7 mun.)
 0,001 a 1	(76 mun.)	(2 mun.)
 0	(163 mun.)	(5 mun.)
Média do Estado = 1,61	Total de mun. = 645	Total de mun. = 22

**TABELA 4 - PREVALÊNCIA DE HANSENÍASE – MUNICÍPIOS DA DIR
XIII – SÉRIE HISTÓRICA, 1992 – 2002**

MUNICÍPIO	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Aramina	13	14	03	02	01	0	01	02	01	01	02
Buritizal	06	06	04	0	02	01	01	01	01	01	01
Cristais Paulista	07	04	01	02	01	01	0	0	0	0	0
Franca	277	179	110	89	62	52	16	25	28	52	65
Guará	66	58	28	19	21	22	10	16	27	34	43
Igarapava	12	26	17	12	20	14	08	14	10	18	18
Ipuã	35	14	08	05	05	01	01	01	10	14	20
Itirapuã	14	09	06	04	04	0	0	0	0	0	0
Ituverava	80	45	21	21	15	10	01	10	28	38	42
Jeriquara	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	02
Miguelópolis	26	28	22	13	13	16	04	10	12	19	25
Morro Agudo	16	15	08	05	02	04	04	05	0	03	06
Nuporanga	02	0	02	01	02	02	01	01	01	01	01
Orlândia	12	13	08	07	07	08	04	08	08	09	11
Patrocínio Paulista	03	07	07	04	03	02	0	01	01	01	02
Pedregulho	17	18	12	07	06	04	02	05	04	04	04
Restinga	06	05	02	02	01	03	02	03	03	04	06
Ribeirão Corrente	06	07	08	04	04	01	02	02	02	04	04
Rifaina	03	02	03	03	02	01	0	03	01	01	02
Sales Oliveira	08	06	06	04	05	02	02	03	04	04	03
S Joaquim da Barra	40	13	11	05	09	10	03	03	09	16	25
S José da Bela Vista	06	05	06	05	02	01	0	0	0	01	02
TOTAL	655	474	446	214	187	155	62	113	150	225	284

Fontes: Div. de hanseníase – S.E.S. e TABWIN/SINAN – GT – Vig. Epidemiológica – DIR XIII – Franca - 2003

Gráfico 1 - PREVALÊNCIA DE HANSENÍASE - DIR XIII – SÉRIE HISTÓRICA, 1992 – 2002



Fontes: Div. hanseníase - S.E.S. e TABWIN/SINAN – GT – Vigilância Epidemiológica – DIR XIII - 2003

A tabela 4 e o gráfico 1, mostram a prevalência de casos de hanseníase na região, onde verifica-se uma tendência de aumento do número de casos a partir de 1998. Questionado a respeito, o Diretor da Vigilância Epidemiológica da DIR XIII, não havia notado e não soube expor os motivos desse incremento. A interlocutora de hanseníase justifica esse aumento pelo fato dos médicos “estarem com medo de dar alta”.

Esse crescimento verificado na região não corresponde à tendência verificada no estado, país e mesmo em nível mundial.

Tabela 5– Prevalência de hanseníase, e coeficientes de prevalência por 10 000 habitantes, por município da DIR XIII – Franca – S.P. – anos de 2000 a 2002

MUNICÍPIO	2000		2001		2002	
	Prev.	Coef.	Prev.	Coef.	Prev.	Coef.
ARAMINA	01	2,31	01	2,3	02	4,07
BURITIZAL	01	3,35	01	3,41	01	2,74
CRISTAIS PAULISTA	0	-	0	-	0	-
FRANCA	28	0,94	52	1,71	65	2,17
GUARÁ	27	13,87	34	17,21	43	22,10
IGARAPAVA	10	3,4	18	5,94	18	6,75
IPUÃ	10	8,52	14	11,74	20	16,41
ITIRAPUÃ	0	-	0	-	0	-
ITUVERAVA	28	7,98	38	10,75	42	11,37
JERIQUEARA	0	-	0	-	02	6,09
MIGUELÓPOLIS	12	6,02	19	9,38	25	12,92
MORRO AGUDO	0	-	03	1,19	06	2,28
NUPORANGA	01	1,53	01	1,51	01	1,56
ORLÂNDIA	08	2,19	09	2,43	11	2,97
PATROCÍNIO PAULISTA	01	0,89	01	0,88	02	1,7
PEDREGULHO	04	2,53	04	2,49	04	2,62
RESTINGA	03	5,74	04	7,54	06	10,28
RIBEIRÃO CORRENTE	02	5,32	04	10,49	04	9,96
RIFAINA	01	2,71	01	2,43	02	5,86
SALES OLIVEIRA	04	4,57	04	4,5	03	3,1
S. JOAQUIM DA BARRA	09	2,1	16	3,68	25	5,85
S. JOSE BELA VISTA	0	-	01	1,19	02	2,42
TOTAL	150	-	225	-	284	-

FONTE: SINAN – G.T./VIG. EPIDEMIOLÓGICA – DIR XIII – FRANCA – S. P. – 2003

Os dados da tabela 5 mostram que apesar de alguns municípios da região já terem alcançado as metas de eliminação (menos que 1 caso/10.000 habitantes), com alguns municípios “zerados”, temos outros com taxas que avaliadas apenas numericamente, são consideradas elevadas, como Guará (22,10 por 10.000 habitantes em 2002), Ipuã (16,41), Ituverava (11,37), Miguelópolis (12,62), Restinga (10,28) e Ribeirão Corrente (9,96).

Tabela 6 - Estimativa de População – 2003 – por municípios da DIR XIII – Franca

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO
ARAMINA	4.982
BURITIZAL	3.630
CRISTAIS PAULISTA	6.864
FRANCA	304.569
GUARÁ	19.703
IGARAPAVA	27.036
IPUÁ	12.335
ITIRAPUÁ	5.523
ITUVERAVA	37.274
JERIQUARA	3.285
MIGUELÓPOLIS	19516
MORRO AGUDO	26.717
NUPORANGA	6.469
ORLÂNDIA	37.445
PATROCÍNIO PAULISTA	11.942
PEDREGULHO	15.384
RESTINGA	5.947
RIBEIRÃO CORRENTE	4.081
RIFAINA	3.454
SALES OLIVEIRA	9.850
S. JOAQUIM DA BARRA	43.318
S. JOSE BELA VISTA	8.369
TOTAL	617. 963

Fonte: SINAN – Ministério da Saúde - 2003

A tabela 6 traz a estimativa populacional para o ano de 2003, nos municípios da região, onde se verifica a grande quantidade de cidades com menos de 10.000 habitantes. NOGUEIRA (2002, p.7) considera que:

Um outro importante aspecto na avaliação da situação epidemiológica em áreas de baixa prevalência diz respeito ao tamanho da população da área. Todas as recomendações dos programas oficiais de controle baseiam-se nos coeficientes de detecção e prevalência, assim como o próprio conceito de eliminação. Entretanto, para uma população abaixo de 10.000 habitantes, por exemplo, a ocorrência de apenas 1 caso no ano implica coeficientes de prevalência e detecção maiores que 1/10.000 habitantes. Basta este exemplo para mostrar a inadequação desta forma de avaliar a tendência da doença em áreas pequenas, o que pode ser necessário em determinadas situações sociais.

2.5 ASPECTOS DO ENFRENTAMENTO

Nas discussões sobre efetividade das ações de controle da hanseníase, ZUÑIGA (1983, p.1) pondera: “a estratégia básica de intervir na cadeia de transmissão mediante o tratamento das fontes de infecção conhecidas e da detecção precoce de casos novos é inobjektável. (...) na grande maioria dos países endêmicos, a aplicação dos métodos de controle não tem alcançado níveis úteis. Em consequência, o problema parece residir, sobretudo, na factibilidade dos métodos de controle propostos”.

Dentre outros fatores que interferem na efetividade das ações, poderiam ser citados o econômico: escassez de recursos destinados ao programa; educacionais: com formação deficiente dos profissionais de saúde; políticos: a hanseníase sempre tem recebido uma baixa prioridade; socioculturais: associados ao medo da doença e ao estigma que a mesma ainda desperta e as precárias condições de vida das populações nos países endêmicos.

Outra abordagem possível para explicar as dificuldades de aplicabilidade das ações de controle é a que propõe ANDRADE (1995), destacando cinco grandes grupos de problemas para o cumprimento dos objetivos propostos pelo programa: 1) os relacionados ao paciente (migração, falta de conhecimento da doença, com ausência de auto-apresentação); 2) aos atores políticos (possivelmente devido à falta de conhecimento acerca da hanseníase como problema de saúde pública e do potencial incapacitante da doença); 3) ao prestador de serviço (falta de motivação, baixos salários, multiplicidade das ações, pouca integração com os demais serviços de saúde, falta de conhecimento acerca da doença, a rotatividade do pessoal e o desconhecimento das normas); 4) à organização do Programa no âmbito do serviço de saúde (baixo número de unidades onde o programa está implantado, incerteza de captação de pacientes para diagnóstico e tratamento quantitativamente satisfatória, centralização do atendimento pelo serviço de dermatologia sanitária, o desconhecimento da hanseníase como problema de saúde pública e um sistema de informações ainda ineficiente) e 5) ao desconhecimento do contexto ambiental (espaço) no qual as ações de proteção à comunidade devem operar.

Esses aspectos da abordagem de Andrade, associados ao fato de ser o setor público o “prestador de serviço” historicamente determinado para o atendimento da

hanseníase, levam a referenciar teoricamente a trajetória dos modelos de organização tecnológica da saúde pública no controle da hanseníase.

NEMES (1989) identifica quatro grandes fases desses modelos:

Primeira fase – período pré-republicano. Neste período os asilos associavam-se a uma noção da doença muito próxima à idéia de mal, freqüentemente ligada às concepções religiosas (“castigo divino” ou “provação para os eleitos”), confirmando uma espécie de tecnologia social de exclusão.

Segunda fase – 1889 a 1925 – primeiro grande modelo tecnológico, chamado de “fase Emílio Ribas”.

Há uma presença maior do estado no controle das endemias nos centros urbanos, e principalmente nos portos, com destaque para o trabalho dos médicos Osvaldo Cruz no Rio de Janeiro e Emílio Ribas em São Paulo.

Para QUEIROZ (2000, p. 138), “tanto Ribas como Cruz, formados na ‘Escola Pasteuriana’, tinham como meta superar a teoria miasmática a partir da teoria bacteriológica (...). Os seus objetivos eram a descoberta e isolamento de indivíduos doentes contagiantes, o saneamento do meio, a destruição dos vetores biológicos e a proteção dos sadios. Para instrumentalizar as ações de saúde, adotavam a bacteriologia e a engenharia sanitária. Secundariamente, utilizavam a medicina, entendida como muito limitada e pouco eficaz”.

MENDES GONÇALVES (1986, p.28) afirma que este modelo tecnológico “se baseia na Epidemiologia, enquanto saber que permite a apreensão do objeto de trabalho, do qual decorrem instrumentos de trabalho destinados à intervenção sobre o mesmo: as campanhas e a polícia sanitária”.

Com a descrição do bacilo da lepra feita pelo médico e botânico norueguês Armauer Hansen em 1873, para MAURANO (1950, p.52), “o isolamento passa agora a ser uma medida para proteger a sociedade sã do contágio”.

QUEIROZ (2000), conta-nos que no Sexto Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia, realizado em São Paulo em 1907, a posição vitoriosa, compartilhada por Osvaldo Cruz e outros, era o confinamento de todos os leprosos numa ilha.

Dos novos instrumentos de trabalho, o mais expressivo do modelo tecnológico dessa fase é a notificação compulsória.

Terceira fase – de 1925 a 1960 – Segundo grande modelo tecnológico, sob a liderança de Geraldo Horácio de Paula Souza, com a adoção da Educação Sanitária.

O movimento “médico-sanitário”, de acordo com (QUEIROZ e PUNTEL 1997, p.26) foi influenciado pela escola norte americana de saúde pública. Para esses autores, “novas idéias foram se organizando no interior deste modelo tendo em vista novos problemas com que a saúde pública se deparava, tais como a saúde das crianças e de trabalhadores urbanos, entre outros”.

MENDES GONÇALVES (1986, p.39), refere que o período parece caracterizar-se “pela atenção a grupos populacionais determinados ao lado da manutenção das campanhas sanitárias e dos aparelhos de controle da tuberculose e hanseníase agora incorporando, ainda que de forma restrita, a dimensão educativa em suas atividades”.

A concepção baseava-se no estabelecimento de uma associação entre o comportamento humano e o desenvolvimento de doenças ligadas às idéias de pobreza e de assistência social.

Em 1926 é criada a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas. NEMES (1989) aponta que essa época correspondeu à definitiva assunção pelo Estado, do controle da hanseníase, não permitindo mais o tratamento por médicos particulares e fechando os asilos mantidos pela caridade pública. Os pacientes passam a ser tutelados do Estado.

QUEIROZ (2000, p.141), relata que as “medidas como a notificação obrigatória, a fundação de asilos-colônia, o isolamento domiciliar dos doentes que tivessem recursos, o isolamento dos filhos de leprosos e a desinfecção dos doentes foram implementadas por lei”. Vários asilos-colônia foram construídos em associação com prefeituras e santas casas de misericórdia, principalmente nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro. Para ele, a implementação de medidas de Profilaxia da Lepra não foi nada fácil, devido à limitação de recursos e as próprias características da doença, que permitem que os doentes camuflam por longo tempo os seus sinais. Por outro lado, as experiências de confinamento utilizadas em vários países não surtiavam efeito, isto é, após quinze anos de isolamento compulsório, não se notava a redução da freqüência da moléstia nesses países.

A concepção da hanseníase como doença curável está baseada no saber clínico: na década de 30 é descrita a evolução clínica da doença, em 1943 inicia-se o uso da sulfona. Essa nova concepção influenciou e modificou os instrumentos das práticas de controle.

Para QUEIROZ (2000), com a sulfona, surgiu o dermatologista sanitário, e uma forte escola de lepra no Brasil, com pesquisas pioneiras. Nem todos os doentes eram internados, mas permanecia a lógica da internação, por interesse dos doentes (muitos recebiam além de casa e comida, um salário mensal) e dos próprios dermatologistas sanitários.

O isolamento compulsório terminou oficialmente em 1962.

Começa nessa fase a ocorrer de maneira significativa a substituição das práticas de Saúde Pública, enquanto núcleo da prática de saúde, pelas práticas da assistência médica individual.

NEMES (1989, p.48) ressalta “(...) o modelo tecnológico das práticas de controle da hanseníase, embora incorporando uma concepção derivada do saber clínico, tenha mantido um agente coletivo: o Estado. É nesse sentido também que se pode dizer que a concepção de objeto de trabalho, constituinte desse modelo tecnológico, permaneceu coletiva, porquanto mais ‘social’”.

Quarta fase – terceiro modelo tecnológico. A reforma administrativa da Secretaria da Saúde de São Paulo, em 1969, reorganizou todos os equipamentos da Secretaria e reuniu na unidade local, o Centro de Saúde, todas as ações locais de saúde. Os dispensários mantiveram suas atividades anteriores com regras e pessoal próprio dentro dos Centros de Saúde.

No período comandado pelos militares, houve grande centralização política, financeira e administrativa, incluindo o setor saúde. Neste, houve um crescimento da prestação de serviços de assistência médica individual, com (in)conseqüente sucateamento dos serviços de saúde pública.

Nessa época, são criados nas Faculdades de Medicina das principais universidades brasileiras os Departamentos de Medicina Preventiva que vão desempenhar um papel importante na elaboração de novas propostas para o sistema de saúde.

QUEIROZ (2000) relata que em 1974, há a reorganização do Ministério da Previdência e Assistência Social, com a intenção de controle da estrutura orçamentária e padrão de gastos, mas a busca de extensão com baixo custo na assistência médico previdenciária, ao contrário, viria aumentar ainda mais a base financeira do setor privado.

Para NEMES (1989, p.48), “a grave crise econômica sucedida após o ‘milagre’ do início dos anos 70, ‘obriga’ o Estado brasileiro a investir nas políticas sociais como forma de manutenção da estabilidade do regime. (...) A programação foi a forma específica com a qual a Saúde Pública de São Paulo respondeu à necessidade de extensão de cobertura”.

A programação concebe como objeto de trabalho o coletivo, privilegiando o atendimento médico individual e introduz o médico sanitário como agente intelectual nesta dimensão coletiva.

NEMES (1989) ressalta que a proposta geral da programação buscou introduzir nos Centros de Saúde a prática do atendimento médico a grupos populacionais (crianças, adultos e gestantes), organizando-os na idéia de assistência integral: atendimento ao diagnóstico e tratamento de doenças, não só as infecciosas. Essas atividades estavam baseadas na “História Natural da Doença” de Leavell e Clark, onde existiam três níveis de prevenção: primária (promoção de saúde e proteção específica), secundária (diagnóstico precoce e tratamento) e terciária (reabilitação).

Para NEMES (1989), todas as atividades de cada programa eram normatizadas quanto ao cronograma, conteúdo principal, instrumento a ser utilizado e rendimento previsto. Justificada epidemiologicamente, a hanseníase é um dos sub-programas da Secretaria de Estado de São Paulo.

QUEIROZ (2000, p.146) afirma que “pela primeira vez, começa a se pensar em custo-benefício das ações de extensão do poder público, do sistema de saúde. O eixo da medicina preventiva não se encontra mais na racionalidade científica, (...) mas na racionalidade gerencial. Os sanitários passaram a se formar não só como técnicos de saúde pública, mas como gerentes de unidades inseridas numa rede de serviços de saúde”.

MENDES GONÇALVES (1986), refere-se à existência de um conflito potencial entre os dois modelos tecnológicos vigentes: o da medicina previdenciária

(INAMPS – Instituto de Assistência Médica de Previdência Social) e o da Saúde Pública (Secretaria de Estado da Saúde).

Após a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, constitui-se a Comissão Nacional da Reforma Sanitária que elaborou princípios e diretrizes de reorganização do Sistema de Saúde. A Constituição de 1988 incorporou boa parte desses princípios, introduzindo aspectos fundamentais:

- Universalidade, equidade e integralidade.
- Modelo de atenção à saúde, criando o SUS (Sistema Único de Saúde), integrado pelos serviços públicos complementado pelos serviços privados, regionalizados, hierarquizados e com comando único em cada esfera de governo e participação popular.

O movimento da reforma sanitária coloca a descentralização como estratégia que possibilita a construção do novo modelo de vigilância à saúde. A transferência de poder ao nível local, possibilitado pela municipalização, dá autonomia de gestão financeira ao município.

Neste período, temos como importante avanço no tratamento da hanseníase a implantação da PQT (poliquimioterapia) que é o uso simultâneo de 3 drogas, para resolver o problema de resistência à Dapsona. Essa medida visava, além de diminuir o tempo de tratamento, reduzir o número de abandonos e alterar a classificação da doença. As novas normas de tratamento que acompanharam a introdução da PQT, traduzidas em manuais bem didáticos, deveriam favorecer que qualquer serviço tivesse condições de atender hanseníase.

Será que na prática, porém, isso tem acontecido?

Em prefácio ao livro de QUEIROZ e PUNTEL (1997, p.9), Gastão Wagner de Souza Campos diz que “os autores demonstram que apesar do discurso descentralizador do SUS e da suposta correção teórica da diretriz que sugere que a Rede Básica deveria assegurar atenção integral, a qualidade do cuidado aos hansenianos vem decaindo. Ou seja, lançar a hanseníase na vala comum dos outros problemas de saúde, de fato deteriorou a assistência a estes doentes”.

3 A ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE

A Segunda Conferência Internacional de Eliminação da Hanseníase, realizada em Nova Delhi, faz distinção entre eliminação e erradicação:

(...) Eliminação pode ser confundida com o termo erradicação. Erradicar refere-se à completa interrupção da transmissão resultando em zero de incidência da doença, e o total desaparecimento do organismo envolvido.

Eliminação como problema de saúde pública é algo menos ambicioso. Ela refere-se à redução da prevalência da doença a nível muito baixo, uma vez que a completa interrupção da transmissão não é possível. Na hanseníase a meta de eliminação é definida alcançando-se um nível de prevalência de menos de 1 caso em cada 10.000 habitantes. (NORDEEN, 1996, p.110)

A Terceira Conferência Internacional de Eliminação da Hanseníase, em Abdjan, em novembro de 1999, criou a Aliança Global para Eliminação da Hanseníase (GAEL).

Além da OMS, os principais membros da Aliança são os governos dos 10 países mais endêmicos, a Nippon Foundation, a Internacional Federation of Anti-Leprosy Associations (ILEP) e a Indústria farmacêutica Novartis. A Aliança contará com a colaboração do Banco Mundial, com a Danish International Development Agency (DANIDA) e outras organizações não governamentais. A GAEL elaborou o Plano Estratégico 2000 - 2005, onde todos concordam que para garantir o sucesso de eliminação, os elementos centrais são a detecção precoce e o tratamento com a PQT, e que estas estratégias deverão ser adaptadas às realidades locais.

O documento da GAEL (1999) relata que: “outros assuntos surgidos durante esta discussão incluem: o reconhecimento dos governos nacionais e os serviços locais de saúde e a comunidade como proprietários do programa de eliminação da hanseníase e o papel da OMS em promover o compromisso político à eliminação da hanseníase”.

A GAEL mantém como definição de eliminação a redução da prevalência para menos de um caso por 10.000 habitantes. Reconhece que as estatísticas atuais não refletem de forma fidedigna a realidade, sugerindo estudos que incluam outros

indicadores mensuráveis para o acompanhamento dos resultados em relação à eliminação.

Como considera a detecção de casos um aspecto prioritário da eliminação, a GAEL preconiza que o diagnóstico e tratamento estejam presentes nas unidades de saúde mais periféricas e que os agentes de saúde sejam treinados para isso. Outra recomendação diz respeito à informação, educação e comunicação, para modificar a imagem da hanseníase, informar sobre os sinais precoces da doença, e dividir a responsabilidade pela eliminação com a comunidade.

A aliança global divide os países em três agrupamentos, hierarquizando o plano de ação em: intensificação (ao qual o Brasil faz parte), aceleração e consolidação.

No Brasil, a Área Técnica de Dermatologia Sanitária do Ministério da Saúde instituiu em 1999, novo Comitê Assessor para a área de hanseníase, e estabeleceu parcerias com a Organização Não Governamental NLR (Netherlands Leprosy Relief), com o Grupo de Trabalho para a Aceleração da Eliminação da Hanseníase (GTAEH) criado pelo CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) e apoio da OMS/OPS (Organização Mundial de saúde e Organização Pan-americana de Saúde).

ANDRADE et al. (1999) analisam que as dificuldades encontradas no processo de eliminação da hanseníase no Brasil poderiam ser atribuídas à percepção por parte dos agentes de saúde, da complexidade da doença, portanto requerendo pessoal altamente qualificado; centralização e verticalidade do controle da doença; falta de participação dos gestores; sistema de informação deficiente e à visão negativa da doença por parte da comunidade e agentes de saúde.

Seguindo a estratégia da Aliança Global, além da garantia do tratamento (os *blisters* da PQT estão garantidos até 2005) o GTAEH aposta na descentralização do tratamento, treinamento dos agentes de saúde para diagnóstico e tratamento dos casos, e campanha de informação para mudar a imagem da hanseníase.

No estado de São Paulo, o Plano para Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública no Estado de São Paulo – 1999 a 2002 (1998), tem seu foco voltado principalmente para a realização de treinamentos e supervisão dos municípios e regionais.

As estratégias de eliminação em todos os níveis de um modo geral baseiam-se na perspectiva da descentralização com ênfase na ação dos municípios, na desmistificação da doença, simplificação do atendimento e no treinamento amplo dos agentes de saúde.

O presente estudo analisou as ações de controle da hanseníase na região da DIR (Direção Regional de Saúde de Franca) XIII, da qual fazem parte 22 municípios: Franca, Aramina, Buritzal, Cristais Paulista, Guará, Igarapava, Ipuã, Itirapuã, Ituverava, Jeriquara, Miguelópolis, Morro Agudo, Nuporanga, Orândia, Patrocínio Paulista, Pedregulho, Restinga, Ribeirão Corrente, Rifaina, Sales Oliveira, São Joaquim da Barra e São José da Boa Vista.

A referência ao atendimento à hanseníase na região, é realizada no Centro de Saúde I de Franca. Essa unidade de saúde pertencia à Secretaria de Estado de Saúde, vindo a ser gerenciada pela Secretaria Municipal de Saúde, no processo de municipalização previsto pelo Sistema Único de Saúde. Atualmente, temos uma situação que poderíamos classificar como “mista”, isto é, uma tentativa de descentralização do atendimento para os municípios vizinhos, onde encontramos alguns municípios com atendimento próprio, outros cujos pacientes são examinados em Franca, mas recebem a medicação e são controlados em seus municípios, pacientes que apesar de ter tratamento em seu município, preferem a continuidade do atendimento em Franca, outros municípios que tem casos, mas não atendem e, finalmente, municípios onde não há registro de nenhum caso novo ou prevalente.

Entendendo que a eliminação da hanseníase foi definida como uma “obrigação” aos municípios pela Portaria 95 - Norma Operacional de Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde – NOAS/SUS – 2001, mas considerando que não é uma doença como as outras, já que carregada ainda de grande estigma e outras dificuldades operacionais próprias, procurou-se compreender a aplicabilidade das ações propostas na legislação pelos níveis nacional e estadual nos municípios estudados.

4 OBJETIVO GERAL

Analisar as ações de controle de hanseníase nos municípios da região da DIR XIII – Franca.

4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as ações de controle que são executadas no nível local.
- Compreender a partir da percepção dos profissionais de saúde envolvidos no atendimento de hanseníase, a aplicabilidade dessas ações no nível local.

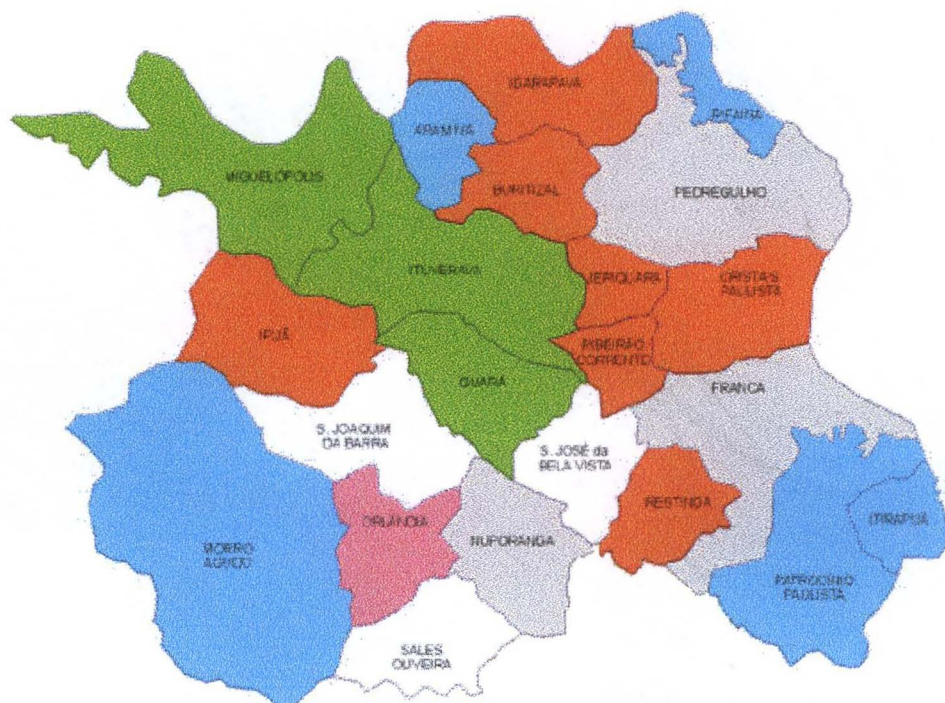
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE PESQUISA

A DIR (Direção Regional de Saúde) XIII corresponde à 14^a Região Administrativa do Estado de São Paulo, da qual fazem parte 22 municípios: Franca, Aramina, Buritizal, Cristais Paulista, Guará, Igarapava, Ipuã, Itirapuã, Ituverava, Jeriquara, Miguelópolis, Morro Agudo, Nuporanga, Orlândia, Patrocínio Paulista, Pedregulho, Restinga, Ribeirão Corrente, Rifaina, Sales Oliveira, São Joaquim da Barra e São José da Boa Vista. ¹

¹ Todas as informações sobre os municípios foram tiradas de suas páginas oficiais na Internet e da página www.seade.gov.br/perfil/index.html, em maio/junho de 2003.

Figura 5 - Mapa correspondente à 14ª região administrativa do Estado de São Paulo e à Direção Regional de Saúde XIII – Franca



Fonte: Instituto Geográfico e Cartográfico - 2003

Aramina teve início como povoado por volta de 1905. Em 1910 conheceu maior impulso com a chegada dos trilhos da Companhia Mogiana de Estradas de Ferro. Foi então que recebeu o nome de Aramina, pela existência em grande quantidade de uma planta que assim se denominava, em toda a região. Foi elevada à categoria de Município em 28 de fevereiro de 1964. Com área de 203 Km² e 4.982 habitantes, a base de sua economia é a agropecuária.

Em 2002 apresentou um caso novo de hanseníase, e prevalência de dois casos. Vem mantendo índices baixos de detecção há pelo menos 11 anos, e de prevalência a partir de 1994.

O arraial de Buritis foi fundado por João Ignácio dos Santos e Manoel Dias Ferreira, que vieram em 1850 de Minas Gerais para se estabelecer na fazenda Buritis, nome que se deve à grande quantidade de coqueiros da espécie “buriti” existente no local. Em 1873, ambos fizeram doação do patrimônio para a edificação de uma capela em homenagem a Nossa Senhora do Patrocínio. Suas atividades econômicas

giraram sempre em torno da agropecuária. O desenvolvimento administrativo do povoado começou em 2 de agosto de 1897, quando foi transformado em distrito do município de Igarapava. Em 30 de novembro de 1944, alterou o seu nome para **Buritizal** e, em 30 de dezembro de 1953, tornou-se município autônomo.

Com uma área de 267 Km², e população de 3.630 habitantes, a cidade orgulha-se de ser citada como a primeira no *Ranking* Nacional da ONU, no setor de habitação. Possui uma usina hidrelétrica e uma de produção de álcool, 85 estabelecimentos comerciais e 91% de índice de alfabetização.

Em 2002 não apresentou nenhum caso novo de hanseníase e registrou um caso em tratamento. Vem apresentando índices de detecção variando de zero a um caso nos 11 anos analisados.

Cristais Paulista foi fundada no início do século XX por Alexandre Vilela. Passou a distrito em 28 de julho de 1910 com o nome de Cristais, do município de Franca. Mais tarde, em 30 de novembro de 1944, o nome foi mudado para Guapuã. Emancipou-se de Franca, em 18 de fevereiro de 1959, e tornou-se município autônomo, alterando sua denominação para Cristais Paulista, em 28 de fevereiro de 1964.

Tem área de 387 Km², e 6.864 habitantes. Sua economia é pautada na agricultura, principalmente com as culturas de café e milho, e na pecuária com a bovinocultura de leite e corte e suinocultura.

O município não tem apresentado casos novos de hanseníase desde 1999. Conseqüentemente não há casos em tratamento no mesmo período.

Franca tem uma área de 609 Km², e uma população de 304.569 habitantes. Limita-se ao norte com Cristais Paulista, ao sul com Patrocínio Paulista, Restinga e Batatais, a oeste com Ribeirão Corrente e São José da Bela Vista e a leste com os municípios mineiros de Claraval e Ibiraci.

Inicialmente conhecida por arraial Bonito do Capim Mimoso, Franca começou com o desvio da rota dos bandeirantes que buscavam o ouro de Goiás, por causa dos conflitos entre paulistas e emboabas no início do século XVIII. O povoado com o passar do tempo foi ganhando importância comercial, em virtude de sua localização. O sul paulista, predominantemente agrícola, e o sertão central, criador de

gado, tinham um ponto de contato em Franca que naturalmente se transformou em entreposto, fornecendo sal para toda a região central. O desbravamento do sertão paulista e a abertura do rio Paraguai ao comércio das províncias brasileiras, motivado pela guerra do Paraguai, mudaram o curso do comércio de sal, provocando, a partir de 1870, a decadência da economia do município. O comércio ganha novo impulso com a inauguração da estação Mogiana em Franca, em 1887. Com a chegada dos trilhos, a cidade novamente concentra o comércio entre São Paulo e Goiás, Mato Grosso e Minas Gerais. Depois de 1920, em toda a região, a rede ferroviária e o volume da produção de café mantêm-se mais ou menos constantes. O desenvolvimento econômico de Franca mudou sua condição de entreposto comercial para a monocultura de café, tendendo posteriormente para a associação da policultura à indústria (com destaque para a indústria de couros, principalmente a de calçados). Com o tempo, tornou-se um dos principais centros produtores e exportadores de calçados do país. A evolução político-administrativa do atual município de Franca acompanhou o desenvolvimento econômico da região e, num primeiro momento, teve o seu povoado inicial elevado, em 1804, à condição de freguesia em terras de Moji Mirim. Em 31 de outubro de 1821, foi criada a vila com a denominação de Vila Franca d'El Rey, que mais tarde, em 28 de outubro, foi alterada para Vila Franca do Imperador. Em 24 de abril de 1856, quando recebeu foros de cidade, recebeu também sua atual denominação.

É conhecida como “Cidade das Três Colinas, por estar situada na serra de mesmo nome, sobre três colinas, na região entre os rios Pardo e Grande”.

As principais atividades desenvolvidas são do setor secundário, destacando as indústrias de calçados e componentes, os curtumes, artefatos de borracha, químicas, fundições, confecções, alimentos, materiais elétricos, plásticos, etc.

Franca registrou 13 casos novos de hanseníase em 2002. Suas taxas de detecção não têm sofrido variações importantes desde 1992. A sua prevalência, porém, sofre um importante decréscimo a partir de 1992, apresentando seu menor índice em 1998 (16 casos), havendo então uma inversão, com ascendência do número de casos em tratamento nos últimos quatro anos, chegando a 2002 com 65 casos em registro ativo.

A origem do município de **Guará**, com 19.703 habitantes e área de 359 Km.², remonta ao antigo povoado de Lageado, fundado pelos irmãos Joaquim, Manuel e Jerônimo Alves Figueiredo. Procedentes de Minas Gerais chegaram à região por volta de 1750, onde se apossaram de uma extensa área de matas virgens entre os rios Grande e Sapucaí. Após vários anos de desbravamento e do cultivo do solo, os descendentes dos desbravadores fizeram uma doação de terras para a fundação de um novo povoado, distante alguns quilômetros do antigo Lageado. Deram-lhe o nome de Guará, que em tupi significa “garça”, devido à grande quantidade desse tipo de ave presente no lugarejo.

O desenvolvimento do povoado foi promovido, sobretudo, pela passagem da Companhia Mogiana de Estrada de Ferro, no início do século XX. Em 7 de dezembro de 1914, tornou-se distrito do município de Ituverava e, posteriormente, em 19 de dezembro de 1925, Guará conquistou sua autonomia político-administrativa.

Guará é o município que apresenta os piores resultados na incidência e prevalência da hanseníase na região. No ano de 2002, apresentou nove casos novos e prevalência de 43 casos. O coeficiente de prevalência por 10.000 habitantes corresponde a 22,10, o que o coloca em situação hiperendêmica!

Igarapava tem 27.036 habitantes e área de 468,5 Km.², sendo fundada em 1842, por Anselmo Ferreira de Barcelos, a partir da inauguração da capela de Santa Rita do Paraíso, em torno da qual se formou o povoado. O desenvolvimento administrativo de Igarapava começou em 7 de abril de 1851, quando foi transformado em freguesia de Santa Rita do Paraíso, do município de Franca. Em 14 de abril de 1873, foi criada a vila e, em 4 de novembro de 1907, foi alterado o seu nome para Igarapava, que, em tupi-guarani, significa “porto de canoas”.

Igarapava não registrou nenhum caso novo de hanseníase em 2002, mas teve nesse mesmo ano 18 pacientes em tratamento.

O atual município de **Ipuã**, nome de origem tupi que significa água que brota da terra era o antigo arraial de Santana dos Olhos d’Água. Seu desenvolvimento político-administrativo iniciou-se em 25 de abril de 1859, com a

elevação do povoado à categoria de freguesia do município de Batatais. Em 28 de fevereiro de 1872, volta à condição de povoado ainda do município de Batatais. Pouco tempo depois, em 11 de maio de 1877, passou novamente à categoria de freguesia, desta vez com a denominação de São José do Morro Agudo no mesmo município. A freguesia foi transferida em 3 de março de 1885 para o município de Espírito Santo de Batatais, atual Nuporanga. Em 25 de novembro de 1909, já distrito, foi novamente transferida para Orlândia e, posteriormente, em 31 de dezembro de 1927, para São Joaquim da Barra. Muito tempo depois, em 30 de novembro de 1944, seu nome foi alterado para o atual e, em 24 de dezembro de 1948, adquiriu autonomia municipal. Possui 12.335 habitantes e área de 564 Km.².

Em Ipuã, pode-se observar um incremento nos níveis de detecção da hanseníase, nos anos de 2000 a 2002, refletindo na prevalência do município, com total de 20 casos de pacientes em tratamento em 2002, com coeficiente de prevalência de 16,41 por 10.000 habitantes.

Itirapuã compreende uma área de 154 Km.², e 5.523 habitantes, limitando-se com Patrocínio Paulista (SP), São Tomás de Aquino (MG) e Capetinga (MG). A cidade de Itirapuã surgiu por volta de 1890, em função da garimpagem que se praticava em Patrocínio do Sapucaí, hoje Patrocínio Paulista. Antônio Joaquim do Carmo, conhecido por Antônio Beltrudes, retirou-se, por interesses comerciais, para o leste daquela cidade, construindo algumas moradias no núcleo inicial do povoado. Mais tarde, Beltrudes e outros moradores fizeram uma doação de terras para a formação de um patrimônio em louvor a Nossa Senhora Aparecida. O aparecimento de fazendas de café estimulou a vinda de imigrantes, sobretudo portugueses e espanhóis, que passaram a integrar uma sociedade quase toda formada por pessoas vindas de Minas Gerais. Sua emancipação política deu-se em 27 de março de 1949.

O vocábulo Itirapuã é proveniente do idioma tupi-guarani, de ityra, “monte”, “morro”, e puã, “redondo”.

A economia Itirapuense é essencialmente agropecuária, com destaque para o setor primário, com a produção de café, cana-de-açúcar, batata, etc. Cria-se também gado de corte, suíno, equino e aves.

Itirapuã não detecta casos de hanseníase desde 1996, e os últimos casos em tratamento também são desse ano.

Ituverava, tem 37.274 habitantes e uma área total de 746 Km.². O ano de 1815 foi o marco inicial da história da cidade, antigo povoado de Nossa Senhora do Carmo da Franca do Imperador. Já em 1810, o sertanejo Fabiano Alves de Freitas, atraído pela fertilidade dessas terras e sua beleza natural, fixou-se junto ao rio do Carmo, iniciando a ocupação do local com a construção de uma capela em homenagem a Nossa Senhora do Carmo e a formação de pastagens. Ao redor da capela iniciou-se a formação do povoamento com a construção de algumas casas rústicas. Desse crescimento surge a necessidade de uma evolução político-administrativa e o povoado foi elevado, em 18 de fevereiro de 1847, à condição de freguesia com a denominação de Carmo da Franca, do município de Franca. Em 10 de março de 1885, a freguesia passou à categoria de vila e, em 6 de setembro de 1899, seu nome foi alterado para Ituverava, proveniente do vocábulo tupi ituberaba, de itu, “queda d’água”, “cachoeira”, e beraba, “que brilha”.

Em Ituverava há descoberta de casos de hanseníase em número elevado nos anos de 2000 (14 casos) e 2001 (10 casos). Em 2002 houve registro de 4 casos. Vem mantendo a prevalência alta (42 casos em 2002, com coeficiente de 11,37casos por 10.000 habitantes), com aumento importante da prevalência nos últimos quatro anos analisados.

Jeriquara, possui 3.285 habitantes e área de 137 Km.². O atual município de Jeriquara, antigo povoado de São Sebastião da Ponte Nova, foi fundado em 1883 pelo capitão Antônio Joaquim de Souza Costa. Em 10 de março de 1885, o povoado foi elevado a freguesia do município de Franca. Posteriormente, em 8 de julho de 1896, foi criado o distrito que, em 24 de novembro de 1910, foi reconduzido à categoria de povoado e reincorporado ao mesmo município. Em 8 de outubro de 1919, novamente foi criado o distrito, agora com a denominação de Ponte Nova, no município de Franca. Alguns anos mais tarde, em 26 de novembro de 1926, sua denominação foi alterada para Jeriquara. Somente depois de muito tempo, em 28 de fevereiro de 1964, o distrito adquiriu autonomia municipal.

Jeriquara ficou vários anos sem casos de hanseníase, e detectou dois casos no ano de 2002.

Miguelópolis conta com 19.516 habitantes e 800 Km.². O antigo Porto Antunes começou a ser povoado em meados do século XIX por agricultores vindos

de Minas Gerais. Por volta de 1895, já havia no local, onde hoje se situa a cidade, um pequeno aglomerado de casas rústicas, que recebeu grande impulso com a chegada da Companhia Mogiana de Estradas de Ferro, em 1901, acompanhando o ciclo do café. A data de fundação oficial foi, no entanto, considerada 1910, com a doação de terras para a formação do patrimônio de São Miguel Arcanjo, feita pelo capitão Hilário Alves de Freitas e por Jacinto Felizardo Barbosa. Em 24 de outubro de 1927, foi criado o distrito do município de Ituverava. Somente algum tempo depois, em 30 de novembro de 1944, o distrito adquiriu autonomia política.

Miguelópolis tem detecção alta de casos de hanseníase e sua prevalência também tem sofrido sensível acréscimo nos últimos anos. Em 2002, notificou prevalência de 25 casos com coeficiente de 12,92 por 10.000 habitantes.

O antigo arraial de São José do Morro Agudo está diretamente ligado à doação de 80 alqueires de terras feita em 1860 pelos irmãos Parreira Lima com o objetivo de formar o patrimônio da igreja. O povoado inicial passou, em 28 de fevereiro de 1872 à categoria de freguesia do município de Batatais, voltando em 9 de maio de 1877 à sua condição de povoado do mesmo município. Em 10 de março de 1885, passou à freguesia com o nome de São José do Morro Agudo, do município de Batatais, e foi transferida para o município de Nuporanga. Em 24 de julho de 1894 foi criado o distrito ainda em terras de Nuporanga. Mais tarde, em 25 de novembro de 1909, o distrito foi transferido para Orlândia.

O nome **Morro Agudo** surgiu em 31 de agosto de 1934, quando adquiriu sua autonomia política definitiva.

Com 26.717 habitantes, e área de 1.372 Km.², as principais atividades econômicas são a agricultura e pecuária. Há uma usina de álcool e açúcar de médio porte, a Vale do Rosário.

Morro Agudo tem apresentado números baixos e constantes de casos novos e prevalentes de hanseníase nos anos analisados. Em 2002, três casos novos e seis casos em tratamento.

O povoado de **Nuporanga** (do tupi-guarani, “campo belo”), fundado em 9 de setembro de 1861, teve como primeiros habitantes os índios caiapós, expulsos pelo homem branco a partir de uma doação de terras feita por Júlia Rosa Falconieri para a construção de uma capela em louvor ao Divino Espírito Santo, padroeiro da

cidade. Na sua formação político-administrativa, esse antigo povoado de Divino Espírito Santo de Batatais passou, em 14 de abril de 1873, da condição de capela curada para a de freguesia do município de Batatais e, em 10 de março de 1885, foi elevado à categoria de vila. Quase dois anos mais tarde, em 24 de dezembro de 1896, mudou seu nome para Nuporanga. Em 25 de novembro de 1909, a vila foi conduzida à condição de distrito incorporado ao município de Orlândia e, em 28 de dezembro de 1926, foi elevado a município autônomo.

Possui uma área de 353 Km.² e uma população estimada em 6.469 habitantes. A economia predominante no município é voltada para o setor primário da produção. Suas principais culturas são a cana-de-açúcar, a soja, o milho o café, o feijão, o tomate e na entressafra o sorgo. Na pecuária destacam-se os rebanhos de eqüinos e bovinos de leite e corte.

Nuporanga tem sua detecção e prevalência de hanseníase variando de zero a dois casos nos últimos 11 anos avaliados.

Orlândia, com 37.445 habitantes e área de 302 Km.², foi fundada oficialmente em 30 de março de 1910. Teve seu território desmembrado do município de Batatais, que tinha por sede, em 1896, Nuporanga. Em 25 de novembro de 1906, foi transferida a sede para o então povoado de Vila Orlando, agora com o nome Orlândia. Seu fundador, o coronel Francisco Orlando Diniz Junqueira, fez uma doação de terras à Companhia Mogiana de Estradas de Ferro para a construção de uma estação local e o resultado foi um impulso na economia local, também sentido no seu desenvolvimento político-administrativo, quando o povoado, simultaneamente, em 25 de novembro de 1909, passou de distrito a município.

Em Orlândia, embora as taxas de detecção sejam baixas na série de 11 anos avaliados (em média 2 casos), inexplicavelmente a prevalência vem se mantendo numericamente alta (11 casos em 2002).

Patrocínio Paulista possui área de 611 Km.², e população de 11.942 habitantes.

A origem do povoado de Patrocínio do Sapucaí, atual município de Patrocínio Paulista, está ligada às riquezas auríferas encontradas em seus rios Santa Bárbara e Sapucaizinho, onde famílias de garimpeiros fixaram-se, por volta de 1830, dando início ao processo de ocupação. O povoado elevou-se, em 30 de março de

1874, à categoria de freguesia, com a denominação de Nossa Senhora do Patrocínio do Sapucaí, do município de Franca e, em 10 de março de 1885, foi criada a vila. Somente em 24 de dezembro de 1948 recebeu sua atual denominação. A zona rural desse município possui terras férteis que se prestam para qualquer tipo de exploração.

As atividades agropecuárias são a base da economia, com destaque para o cultivo do café e o gado de leite.

Patrocínio Paulista apresenta detecção e prevalência baixas de hanseníase nos últimos anos, variando de zero a dois casos desde 1997.

O ano de 1897 marcou a fundação do povoado de **Pedregulho**, que deu origem ao município atual, e a inauguração da estação ferroviária da Companhia Mogiana. A formação do povoado foi uma iniciativa do major Antônio Cândido Branquinho e do capitão Elias Moreira, que doaram terrenos para a construção de suas primeiras casas. O termo Pedregulho, que significa pedrinhas de cores e qualidades variadas por todo o solo, tornou-se oficial quando, em 1º de outubro de 1902, o povoado foi elevado à categoria de distrito do atual município de Igarapava. Em 21 de dezembro de 1921, o distrito emancipou-se politicamente, tornando-se município autônomo.

Conta hoje com 15.384 habitantes e área de 744 Km.². É limítrofe das cidades de Cristais Paulista, Igaçaba, Alto Porã, Rifaina e Usina Hidroelétrica de Estreito. Sua economia baseia-se na agricultura e pecuária.

Pedregulho não tem tido casos novos de hanseníase nos últimos três anos avaliados. Em 2002 mantinha quatro pacientes em tratamento.

Restinga, tem 5.947 habitantes e área de 257 Km.². O povoado que deu origem à atual cidade de Restinga surgiu nas terras doadas pelo coronel Isaac Vilela de Andrade em 1885, local onde foi erguida uma capela dedicada a Nossa Senhora Aparecida. Foi elevado à categoria de distrito em 28 de outubro de 1911, do município de Franca, e, somente em 28 de fevereiro de 1964, Restinga teve sua emancipação política.

Restinga tem detectado de um a três casos de hanseníase na série histórica avaliada. Em 2002 registra seis casos em tratamento.

Ribeirão Corrente conta com uma população de 4.081 habitantes e área de 153 Km.². Segundo o Arquivo Histórico Municipal de Franca, em março de 1874, foi deixado por inventário de bens de um fazendeiro a doação de 30.000 alqueires de terra e a construção de uma capelinha, onde surgiu a vila de Ribeirão Corrente, dando assim início à cidade.

Possui uma economia voltada para a agricultura, destacando-se o café, milho, soja e feijão.

Ribeirão Corrente tem apresentado detecção de hanseníase variando de zero a dois casos nos anos estudados, e apresentou em 2002 quatro casos em seu registro ativo.

Rifaina tem área de 172 Km.², e uma população de 3.454 habitantes, mas por ter uma represa, esse número chega a dobrar em finais de semana e feriados prolongados.

O antigo Arraial do Cervo começou a ser povoado por volta de 1860, época em que se construíram as primeiras habitações no local, embora a sua igreja já tenha sido construída em 1830. A data oficial da fundação do povoado é 13 de maio de 1865. Em 15 de abril de 1873, foi elevado à condição de freguesia, com o nome de Santo Antônio da Rifaina, do município de Franca, dando início ao seu desenvolvimento político-administrativo. Nessa época já apresentava um certo progresso local em virtude da inauguração da estação da Companhia Mogiana de Estradas de Ferro, em 1887. Em 21 de dezembro de 1921, houve a transferência do distrito para o município de Pedregulho. Somente em 24 de dezembro de 1948, passou a município com a denominação de Rifaina. Limita-se com os municípios de Pedregulho e Igarapava (SP) e Conquista e Sacramento (MG).

Tem como principal atividade econômica o turismo de praia e náutico. Na agricultura destaca-se o cultivo do arroz, milho e café.

Rifaina tem apresentado baixos índices de detecção e prevalência de hanseníase nos anos pesquisados (variação de zero a três casos).

Sales Oliveira, ocupa 310 Km.² de área e conta com 9.850 habitantes. A ocupação das suas terras começou no final do século XIX, com a implantação de fazendas de café. A formação do povoado consolidou-se, em 1901, com a chegada da Companhia Mogiana de Estrada de Ferro, cuja estação recebeu o nome de Sales

Oliveira, em homenagem ao engenheiro Francisco Sales Oliveira. O povoado passou, em 14 de dezembro de 1906, à categoria de distrito do município de Nuporanga e foi transferido para o de Orlândia em 25 de novembro de 1909. Em 30 de novembro de 1944, foi transformado em município autônomo com território desmembrado dos municípios de Orlândia e Jardinópolis.

Em Sales Oliveira observa-se nenhum caso novo em 2002 e três casos de hanseníase em tratamento no mesmo ano.

São Joaquim da Barra, possui uma área de 397 Km.², e população de 43.318 habitantes. Este município era uma antiga pousada de viajantes e tropeiros que rumavam para o sertão de Minas Gerais. Lugar dotado de solos ricos e excelentes e bacia hidrográfica com predomínio do rio Sapucaí.

Inicialmente denominada Capão do Meio, a povoação originária de São Joaquim da Barra foi fundada por Manoel Damásio Ribeiro, o primeiro a se fixar na região que costumava ser pouso habitual de viajantes, negociantes e tropeiros no percurso entre Ipuã e Nuporanga. Esse município, integrante da Alta Mogiana, como tantos outros recebeu a influência das linhas da estrada de ferro da Companhia Mogiana no seu desenvolvimento econômico. No mesmo ano em que foi inaugurada a estação ferroviária, o antigo povoado também passou, em 6 de dezembro de 1902, à categoria de distrito do município de Nuporanga. Em 25 de novembro de 1909, foi transferido para Orlândia e, em 26 de dezembro de 1917, adquiriu autonomia municipal. Somente em 30 de novembro de 1944, adotou o nome atual, São Joaquim da Barra.

As atividades principais do município são a agricultura, com o cultivo da cana-de-açúcar e a soja. A pecuária se destaca pela criação de bovinos.

Possui algumas indústrias, tais como: transformação de ferro, siderúrgica e laminação, fabricação de peças para máquinas agrícolas, fabricação de calçados e usinas que produzem álcool e açúcar, com destaque para a Alta Mogiana, de grande porte e a Nova Aliança de médio porte. No comércio, existe uma variedade de atividades, tornando a cidade um ponto de referência para a região.

São Joaquim da Barra destaca-se pelo grande crescimento da detecção de casos de hanseníase nos últimos anos, pois estando em zero no ano de 1999, foi aumentando ano a ano até atingir 17 casos novos em 2002! Conseqüentemente

observa-se um crescimento na prevalência do município, chegando a 25 casos em tratamento nesse ano.

São José da Bela Vista tem extensão territorial de 286 Km.² e população de 8.369 habitantes.

Do antigo povoado de São José das Pitangueiras, atual município de São José da Bela Vista, deve seu nome à data de sua fundação, 19 de março, dia santificado a São José, padroeiro da cidade. O povoado, situado a sudeste do município e da comarca de Franca, é o resultado de uma série de doações feitas no período entre 1885 e 1889. A primeira doação, que data de 11 de outubro de 1885, foi feita por Manoel Martins da Silva para a formação do patrimônio de São José. Na seqüência, foi cedido, em 1886, por Francisco de Ponta Queiroz, um rijo (regio) de água do córrego Buritis, juntamente com as terras que o circundavam até o arraial; mais tarde, em 1889, foi feita mais uma doação de terras pelo capitão Anselmo Díniz. O território foi demarcado onde oficialmente passou a existir o pequeno povoado. Foi elevado, em 5 de maio de 1897, à categoria de distrito do município de Franca e, em 24 de dezembro de 1948, adquiriu emancipação política.

A base das atividades desenvolvidas no município é do setor primário, destacando o cultivo do café, arroz, milho, soja, feijão, amendoim, cana-de-açúcar e outros. Na pecuária possui gado de leite e corte.

São José da Bela Vista tem apresentado poucos casos novos e prevalentes de hanseníase nos anos avaliados.

5.2 ALGUNS INDICADORES ECONÔMICOS E SOCIAIS

A seguir, tendo como base os dados do SEADE (Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados), foram selecionados alguns indicadores, julgados mais importantes, para traçar um quadro geral e comparativo dos municípios estudados. Tais indicadores são: Taxa de Mortalidade Infantil (por mil nascidos vivos), tendo 2002 como ano de referência; o IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (2000); o IPRS – Índice Paulista de Responsabilidade Social (2000); a taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais em porcentagem (2000); a

RMTPC – Receita Municipal Total *Per Capita*, em Reais (2001) e o número de leitos do SUS e seu coeficiente por 1.000 habitantes (2002).

Vale ressaltar que a cobertura dos indicadores de saneamento básico (água, esgoto e coleta de lixo), em toda região tem variações pequenas, com todos os municípios alcançando taxas superiores a 90% de cobertura, nesses itens.

Segundo o SEADE (2003), o IDHM é estabelecido pelo IBGE - Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD, Instituto de Pesquisa Aplicada – IPEA e Fundação João Pinheiro – FJP; e é um indicador que classifica o município, com base em índices de longevidade, educação e renda. O IDHM situa-se entre 0 (zero) e 1 (um), os valores mais altos indicando níveis superiores de desenvolvimento humano.

O Índice Paulista de Responsabilidade Social foi obtido a partir de indicadores de riqueza, longevidade e escolaridade.

A seguir, apresenta-se uma descrição do significado de cada grupo, feita pelo SEADE (2003):

GRUPO 1 - MUNICÍPIOS-PÓLO

O grupo 1, ou dos municípios-pólo, localiza-se ao longo das principais rodovias do Estado de São Paulo – Presidente Dutra e Anhangüera – e é composto, grosso modo, por municípios de grande porte, tais como São Paulo, Campinas e Santos. Quase todos estes municípios são pólos regionais importantes, razão para caracterizar esse agrupamento como aquele que engloba os “municípios-pólo”.

GRUPO 2 - MUNICÍPIOS ECONOMICAMENTE DINÂMICOS E DE BAIXO DESENVOLVIMENTO SOCIAL

O grupo 2, ou dos municípios economicamente dinâmicos, localiza-se principalmente no entorno das Regiões Metropolitanas de São Paulo, Campinas e Baixada Santista. Estes municípios foram considerados dinâmicos principalmente devido à sua pujança econômica e ritmo de crescimento demográfico, embora apresentem precários indicadores sociais.

GRUPO 3 - MUNICÍPIOS SAUDÁVEIS E DE BAIXO DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO

O grupo 3, ou dos municípios saudáveis, localiza-se principalmente no oeste do Estado. Este grupo é constituído, principalmente, por municípios de pequeno porte, baixo nível de riqueza municipal, escolaridade próxima à média e elevada condição de longevidade, quando comparado ao restante do Estado de São Paulo. Estes municípios foram denominados de “saudáveis e de baixo desenvolvimento econômico” devido ao contraste entre seu baixo nível médio de riqueza municipal e seus significativos níveis de escolaridade e, particularmente, de longevidade.

GRUPO 4 - MUNICÍPIOS DE BAIXO DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E EM TRANSIÇÃO SOCIAL

O grupo 4, ou dos municípios em transição, é composto, de modo geral, pelos municípios que se encontram em melhores condições, mesmo estando naquelas áreas consideradas menos dinâmicas do Estado de São Paulo, tais como o Vale do Ribeira e a Serra do Mar ao longo do Vale do Paraíba. Estes municípios foram denominados “de baixo desenvolvimento econômico e em transição social” porque, apesar do seu baixo nível de riqueza municipal, pôde lograr um significativo avanço em alguns campos da área social.

GRUPO 5 - MUNICÍPIOS DE BAIXO DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL

O grupo 5, ou dos municípios de baixo desenvolvimento, tende a estar concentrado em áreas bem específicas do Estado, tais como o Vale do Ribeira e as Serras do Mar e da Mantiqueira. De modo geral, o grupo é formado por aquelas localidades tradicionalmente pobres, caracterizadas, simultaneamente, pelos baixos níveis de riqueza municipal, longevidade e escolaridade. Para todas as dimensões consideradas, o nível destes municípios é significativamente inferior à média do Estado.

Tabela 7 – Alguns indicadores sociais e econômicos dos municípios da região da DIR XIII

MUNICÍPIO	MORT. INF.	IDHM *	IPRS **	RMTPC ***	ANÁLFA BETISMO	LEITOS SUS	L./1000 ****
Aramina	21.74	0.794	Grupo4	271,03	10.48	0	0
Buritiza	18.87	0.777	Grupo3	1279,14	8.93	0	0
Cristais Paulista	9.71	0.771	Grupo5	757,21	11.57	0	0
Franca	13.06	0.821	Grupo3	469,10	5.63	683	2.38
Guará	18.99	0.759	Grupo5	509,19	13.27	50	2.65
Igarapava	15.96	0.790	Grupo4	539,01	9.00	85	3.28
Ipuã	17.86	0.780	Grupo4	674,87	12.36	26	2.19
Itirapuã	23.26	0.760	Grupo4	699,98	12,11	0	0
Ituverava	25.38	0.789	Grupo4	668,52	9.13	139	3.84
Jeriquara	0	0.748	Grupo5	1059,16	14.17	0	0
Miguelópolis	25.24	0.791	Grupo5	773,45	13.79	57	3.00
Morro Agudo	8.64	0.767	Grupo1	950,31	13.62	43	1.70
Nuporanga	11.63	0.784	Grupo3	1115,15	7.75	14	2.22
Orlândia	11.27	0.824	Grupo1	727,26	7.09	115	3.20
Patroc. Paulista	21.28	0.809	Grupo4	688,46	9.67	48	4.21
Pedregulho	16.26	0.795	Grupo4	721,75	10.99	46	3.07
Restinga	16.39	0.757	Grupo4	831,34	13.56	0	0
Rib. Corrente	27.78	0.751	Grupo5	946,43	13.31	0	0
Rifaina	37.04	0.774	Grupo5	1543,42	9.58	0	0
Sales Oliveira	9.43	0.819	Grupo3	...	7.60	16	1.72
S. Joaquim Barra	16.42	0.810	Grupo4	536,50	7.58	145	3.49
S. José Bela Vista	23.26	0.753	Grupo4	507,98	13.56	0	0

Fonte – SEADE - 2003

* IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (2000)

Baixo desenvolvimento humano, quando menor que 0,500

Médio desenvolvimento humano, para valores entre 0,500 e 0,800

Alto desenvolvimento humano, quando o índice for superior a 0,800

** IPRS – Índice Paulista de Responsabilidade Social (2000)

Grupo 1 - municípios-pólo;

Grupo 2 - economicamente dinâmicos e de baixo desenvolvimento social;

Grupo 3 - saudáveis e de baixo desenvolvimento econômico;

Grupo 4 - de baixo desenvolvimento econômico e em transição social;

Grupo 5 - de baixo desenvolvimento econômico e social.

*** RMTPC – Receita Municipal Total per Capita em Reais (2001)

**** Coeficientes de Leitos do SUS por 1000 habitantes (2002)

5.3 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo descritivo, já que seu objetivo está pautado na caracterização do atendimento da hanseníase, sem hipóteses pré-definidas.

Para uma primeira aproximação com a realidade do atendimento de hanseníase na região, foram encaminhados aos 22 municípios ou serviços de saúde um questionário com questões fechadas e abertas, para que fossem respondidos por escrito e devolvido à pesquisadora pelo correio.

QUIVY & CAMPENHOUDT (1998, p.188, 189) explicam que o inquérito por questionário é utilizado para se buscar atingir um “conjunto representativo de uma população” e abrir a possibilidade de “quantificar uma multiplicidade de dados e de proceder, por conseguinte, a numerosas análises de correlação”.

O envio dos questionários foi precedido de contato telefônico com cada unidade ou secretaria de saúde, indagando quem seria o profissional mais indicado para responder à pesquisa, e explicando ao indicado o objetivo da pesquisa, solicitando a sua participação.

Nos municípios que fazem atendimento, foram sujeitos da pesquisa os profissionais de saúde diretamente envolvidos com o atendimento, ou o chefe técnico da unidade. Nos que não possuem atendimento, o gestor de saúde municipal ou pessoa indicada por ele. A informação sobre quais municípios tinham atendimento foi obtida com a interlocutora do Programa de Hanseníase da Vigilância Epidemiológica da DIR XIII, e deu-se de acordo com o julgamento da mesma.

Esse questionário foi diferenciado para os municípios que prestam ou não atendimento em hanseníase, onde foram enviados às unidades básicas de saúde, no primeiro caso e aos gestores de saúde, no segundo (anexos III e IV).

O envio e recebimento dos questionários foram realizados de maio a junho de 2003.

De posse das informações preliminares, foi feita uma análise quantitativa e comparativa das respostas e partiu-se para uma segunda etapa, através de entrevista semi-estruturada (anexo V), com o objetivo de aprofundar a discussão acerca do que realmente as pessoas envolvidas sentem, crêem e dizem a respeito da situação de atendimento da hanseníase.

Para QUIVY & CAMPENHOUDT (1998, p.191), a entrevista distingue-se “pela aplicação dos processos fundamentais da interação humana. Corretamente valorizados, estes processos permitem ao investigador retirar das entrevistas informações e elementos de reflexão muito ricos e matizados”.

A entrevista semi-estruturada no pensar de TRIVIÑOS (1994, p.146), é:

aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, frutos de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa.

Decidiu-se realizar as entrevistas com os municípios que prestam atendimento em hanseníase, pelo fato de que os mesmos poderiam ter mais subsídios para análise da situação pretendida. Destes, 12 responderam ao questionário. Aqui, porém, tivemos um município que não tinha respondido, mas que se dispôs a participar da entrevista posteriormente.

Julgou-se conveniente incluir no estudo entrevista com a enfermeira responsável pela interlocução do programa de hanseníase. A interlocutora de hanseníase da DIR XIII é o elo entre a Divisão de Hanseníase da Secretaria de Estado de Saúde e os municípios que pertencem à DIR. Sua principal função seria auxiliar no planejamento e supervisão das ações de controle da hanseníase realizadas pelos níveis locais.

O critério de escolha dos sujeitos a serem entrevistados na segunda fase, deu-se buscando mesclar os municípios segundo a sua prevalência de hanseníase (alta, média e baixa) e levando em consideração aqueles que tiveram mais opiniões manifestadas nas perguntas abertas do questionário da primeira fase da pesquisa. Como 16 dos 22 municípios devolveram os questionários pelo correio, e pelo fato de ter sido possível realizar entrevista com profissional que não havia respondido antes, tivemos informação de 17 dos 22 municípios da DIR XIII.

Foram realizados novamente contatos telefônicos, agora com a pessoa que havia se responsabilizado pelo preenchimento do questionário anterior, e marcadas as entrevistas em dias e locais acordados com os entrevistados.

Duas pessoas recusaram-se a participar dessa fase da pesquisa, não claramente, mas sempre colocando empecilhos, ou propondo adiamentos à realização das mesmas.

Foram feitas nove entrevistas em oito municípios. Todas as entrevistas foram feitas pela pesquisadora, diretamente nas unidades ou municípios envolvidos. Foram gravadas em fitas magnéticas. A duração das mesmas variou de 25 a 60 minutos e foram realizadas no período de setembro a novembro de 2003.

Os depoimentos gravados em fita magnética foram transcritos literalmente pela pesquisadora.

BARDIN (2003, p. 42) diz:

Pertencem, pois, ao domínio da análise de conteúdo, todas as iniciativas, que a partir de um conjunto de técnicas parciais, mas complementares, consistam na explicitação e sistematização do conteúdo das mensagens e da expressão deste conteúdo, com o contributo de índices passíveis ou não de quantificação, (...) Esta abordagem tem por finalidade efectuar deduções lógicas e justificadas, referentes à origem das mensagens tomadas em consideração.

Para a análise de conteúdo referenciou-se em MINAYO (2004), utilizando o processo de análise pela ordenação, classificação por categorização do conteúdo a partir da coleta de dados e análise final.

Utilizou-se a categorização do conteúdo pela análise temática, que para MINAYO (2004, p.209) “consistem em descobrir os núcleos de sentido (...) a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso”

Após várias leituras de todas as transcrições, buscando apreender as essências dos depoimentos e categorizar as idéias centrais, as mesmas foram reagrupadas, provisoriamente em dez temas relativos a: campanhas de divulgação; relação entre os níveis de atuação, papel desses níveis, municipalização e descentralização; eliminação da hanseníase (causas, problemas e sugestões); os profissionais envolvidos; treinamentos; estigma; diagnóstico precoce; Programa de

Saúde da Família/Programa de Agentes Comunitários de Saúde; perfis dos pacientes e ações do cotidiano.

Feito isso, procedeu-se novas leituras dessa organização transversal dos depoimentos, agora procurando o estabelecimento das concordâncias, discordâncias e inferências, buscando compreender e interpretar as opiniões e expressões dos entrevistados.

Após a leitura do material distribuído nessas categorias iniciais e provisórias, foi possível nova classificação: as ações de controle da hanseníase; os recursos humanos; a descentralização, a gestão e a gerência; e a reorganização da atenção básica pelo PSF.

5.4 CUIDADOS ÉTICOS

Este projeto de pesquisa foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública e aprovado em 20 de fevereiro de 2002.

Antes do início da pesquisa foi realizada visita à Direção Regional de Saúde, para comunicação da realização da mesma nos municípios que compõem a região.

Por ocasião do envio dos questionários pelo correio, a pesquisadora fez uma apresentação formal por escrito, a cada uma das unidades e municípios envolvidos (anexo I).

Para a realização das entrevistas, os sujeitos da pesquisa leram, concordaram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (anexo II). Todos concordaram em ter suas entrevistas gravadas em fita magnética.

Os sujeitos da pesquisa tiveram a garantia de que sua identidade seria preservada.

Para a manutenção do sigilo, os municípios participantes da pesquisa foram nomeados aleatoriamente e representados de M1 a M22.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 AS AÇÕES DE CONTROLE REFERIDAS PELOS MUNICÍPIOS

Dos 22 municípios da DIR XIII, para onde foram enviados os instrumentos da pesquisa, recebemos 16 retornos.

Dos 16 que responderam, 12 são de municípios que tem atendimento de hanseníase e quatro dos que não tem.

Em relação aos profissionais responsáveis pelo preenchimento, 11 foram respondidos por enfermeiras, um por médico, um pelo visitador sanitário, um conjuntamente pelo visitador e médico e dois por Secretários de Saúde.

Procedeu-se inicialmente a análise das unidades que prestam atendimento.

Em relação às ações de controle da hanseníase, a maioria afirma realizar todas as ações elencadas (anexo III), com exceção de coleta de biópsia em M1, M2, M12 e M15 e baciloscopia em M1, M2 e M15; ausência da consulta do enfermeiro em M3 e M4; a falta de ação educativa em grupos é relatada por M2, M3, M7, M8, M9, M10 e M12; a não realização de avaliação e prevenção de incapacidades é descrita por M4 e M10, M3 afirma realização apenas da avaliação, sem prevenção; M10, M12 e M13 não realizam curativos, porém não há informação se tal fato deve-se questões relativas ao serviço, ou à falta de demanda para o procedimento.

As 12 unidades pesquisadas eram da esfera estadual e foram municipalizadas, e referem tratar hanseníase há pelo menos 20 anos.

Em relação à opinião sobre quais aspectos sentiu melhora no atendimento da hanseníase após a municipalização, quatro não responderam; um disse não poder opinar por estar há pouco tempo no serviço; cinco mencionaram que melhorou devido a maior disponibilidade de obtenção de recursos humanos e materiais, particularmente a contratação de médico dermatologista, a integração com outros profissionais, com citação ainda a respeito de “maior operacionalização de Vigilância Epidemiológica e melhor atendimento específico multidisciplinar”; Para M2, “o tratamento de hanseníase realizado em M2 segue e sempre seguiu o preconizado pelo Ministério da Saúde”.

Quanto a quais aspectos notaram piora após a municipalização, quatro apontaram: problemas na aquisição de materiais, falta de médico específico (dermatologista), falta de pessoal e de profissionais específicos para o programa de hanseníase, com pouco tempo para desenvolver as atividades e falta de treinamento.

Nota-se que os mesmos motivos como aquisição de materiais e dermatologista são referidos como sendo pontos positivos e negativos após a municipalização.

A equipe que atende hanseníase nas unidades, em geral é constituída por médicos (dermatologistas ou clínicos), enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Algumas contam com visitador sanitário, agente comunitário de saúde, um município refere contar com educador de saúde pública na equipe e M5 possui também oftalmologista, fisioterapeuta e psicólogo.

As dificuldades encontradas para a formação da equipe foram referidas por cinco municípios, sendo citadas a falta de exclusividade da equipe, alta rotatividade do profissional médico e falta de treinamento.

As referências de encaminhamento dos pacientes para oftalmologia, fisioterapia, cirurgias e tratamento de reações e complicações mostraram-se uma uniformidade. A maioria dispõe de oftalmologistas e serviço de fisioterapia na própria rede municipal. Os que não tem encaminham para municípios vizinhos. M15 afirma que encaminha para o Instituto Lauro de Souza Lima em Bauru, desde avaliação de incapacidades, até oftalmologia e fisioterapia!

Chamou a atenção os termos utilizados para descrever o sistema de referência, quando um município disse encaminhar para o SUDS, e um outro para o INPS local, demonstrando falta de familiaridade com a nova nomenclatura do SUS.

Quanto ao encaminhamento para cirurgias, três não responderam, três encaminham para Franca, um para o Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, quatro para Bauru, e um referiu encaminhar para os municípios de Igarapava ou Ituverava, conforme a complexidade do caso.

O tratamento das reações ou complicações é realizado no próprio local, ou os pacientes são encaminhados para Franca, Ribeirão Preto ou Bauru.

Em relação à realização de treinamentos específicos de hanseníase nos últimos cinco anos, dez unidades afirmaram ter ocorrido na região e em Bauru e uma

unidade informa não ter havido treinamento. Os treinamentos foram todos de iniciativa da DIR ou conjuntos com as Secretarias Municipais de Saúde.

Questionados se são incluídos outros profissionais nos treinamentos, cinco municípios não convidaram quem não estivesse diretamente envolvido com o atendimento de hanseníase, três incluíram pessoas da própria unidade, dois de outras unidades do município e três do Programa de Saúde da Família.

Apenas três unidades assinalaram que os treinamentos são suficientes para suprir as necessidades da unidade e/ou município. Um não respondeu. Os motivos alegados para os que acharam insuficientes foram:

M1 – “Houve apenas um treinamento dentro de cinco anos”.

M2 – “Porque ocorreu apenas um em 2001 (TBVE)”.

M3 – “Deveriam ser feitos para médicos do atendimento básico de saúde”.

M5 – “Não porque são muitos esporádicos e ineficientes para médicos”.

M10 – “Há profissionais que trabalham há três anos e não receberam treinamento”.

M12 – “Os médicos clínicos gerais, deveriam receber treinamentos específicos para saberem diagnosticar casos de Hansen e principalmente tratar inclusive os surtos reacionais (tipos I e II)”.

M13 – “Faltam cursos para orientação quanto à montagem do programa”.

A escassa realização de treinamentos, referidas pelos entrevistados não corresponde ao relatado pela interlocução de hanseníase da região, que enfatizou a grande quantidade dos mesmos realizados. Observa-se a preocupação com o treinamento dos médicos, revelando a consciência da necessidade de prover esse profissional de informação que aumente a suspeição diagnóstica e o tratamento.

A afirmação de todos os municípios em realizar ações de avaliação e prevenção de incapacidades, precisaria ser analisada com maior precisão. Em contato telefônico com a enfermeira de um dos municípios, a mesma convidou a pesquisadora para conhecer sua unidade pessoalmente. Quando informada que haveria uma segunda etapa da pesquisa, onde seriam realizadas entrevistas, ela pediu que avisasse com antecedência a fim de convocar os pacientes, para que a pesquisadora realizasse a avaliação de incapacidades nos mesmos, já que em sua unidade ninguém sabia fazer. No entanto, no questionário respondido pela mesma, constava que realiza avaliação de incapacidades.

Algumas ações básicas de diagnóstico, como coleta de biópsia, por exemplo, não são feitas em alguns municípios. Questionada de porque não realizar a coleta e enviar apenas a lâmina ao laboratório, ao invés de mandar o paciente para colher em outro município, a resposta foi – “Sabe que eu nunca tinha pensado nisso!”

Todas as unidades vêm realizando campanhas de divulgação da hanseníase em seus municípios, em parceria com as Secretarias Municipais e DIR. Têm utilizado as mais diversas formas de divulgação, como imprensa escrita, rádio, televisão, folhetos, cartazes e palestras. A respeito de notar algum tipo de retorno após a campanha, nove referiram positivamente, que há um aumento na procura do médico dermatologista, ou pelo menos na busca de informação por parte da população, uma disse não observar esse impacto e uma acha que o retorno existe, mas é muito pequeno.

Em relação a achar que a hanseníase é um problema em seu município, região e país, houve inúmeras combinações possíveis:

M1 – acha que a hanseníase é um problema em seu município e em termos na região e no país. Explica que “nosso município teve 4 notificações no período de 1 ano, o que para a nossa pequena população representa um grande percentual, estando acima da média do país”.

M2 – respondeu não no município, e na região e sim no país. Diz que o “município está sem caso há dois anos e meio. Região está sob controle, não é um problema grave”.

M3 – assinalou não para o município, e sim para região e país. Devido a “pacientes de outros estados que estão na região para colheita de café e cana”.

M4 – não respondeu. Nas linhas destinadas à explicação, escreveu apenas “preconceito”.

M5 – pensa que sim para o município. “Porque devido o número de pacientes diagnosticado ser maior que a OMS preconiza”.

M7 – colocou ‘em termos’ para o município. Não explicou.

M8 – marcou não para município e região, e sim para o país. Sem explicações.

M9 – pensa que é um problema para o município, região e país. E completou com “Acho que um dos problemas da Hanseníase é a dificuldade que o profissional tem de fazer o diagnóstico, os profissionais pensam em vários problemas de pele, mas

não pensam em hanseníase. E o paciente que não tem conhecimento dos sinais e sintomas, não tem o hábito de procurar um médico para mostrar uma mancha branca na pele”.

M10 – assinalou ‘em termos’ apenas para o município. Assinala: “ainda existe muito preconceito”.

M12 – nega que é um problema no município e região. Responde afirmativamente para o país. Esclarece: “municípios pequenos com baixa incidência de doentes, é mais fácil o controle, no nosso país existe áreas onde a assistência à saúde é precária, não havendo busca ativa e nem controle”.

M13 – acha que sim para o município e país. Justifica: “em nosso município o número de casos ultrapassa a previsão sobre o número de habitantes”.

M15 – pensa ser problema apenas para o país. Explica: “Não, pois tentamos solucionar da melhor maneira possível no tratamento, e hanseníase tem cura”.

A maioria (cinco) acredita que a hanseníase não é problema para o município e nem para a região. Todos afirmam ser um problema no país.

Quanto ao questionamento se avalia que há possibilidade de alcance da meta de eliminação da hanseníase até o ano 2005, em relação ao seu município, sete acharam que sim, e quatro que não. Todos afirmaram não acreditar nessa possibilidade para o país.

Tiveram sugestões para melhoria da situação do controle da hanseníase por onze municípios, e estas poderiam ser resumidas em informação e treinamento.

Quanto aos municípios que não tem atendimento de hanseníase, houve retorno de quatro questionários. M6, M11, M14 e M16.

Dois foram respondidos por Secretários de Saúde e dois por enfermeiras designadas por eles.

Tabela 8 - Respostas dos municípios que não tem atendimento de hanseníase, em relação aos motivos do não tratamento.

POR QUE SEU MUNICÍPIO NÃO TRATA HANSENÍASE	Número de municípios
Facilidade de encaminhamento para centro especializado	04
O tratamento em centro especializado é melhor para o paciente	04
Falta de Recursos Humanos treinados	03
Não há casos de hanseníase no município	02
Existência de poucos casos	02
Manter uma estrutura de tratamento no município é oneroso	02
O tratamento de hanseníase é muito complexo	01
Há outras prioridades no município	01

Observa-se que há unanimidade na “defesa” de encaminhamento para centro mais especializado, quer pela “facilidade”, quer por se acreditar que realmente é melhor para o paciente ter um tratamento mais “especializado”.

Quanto às ações do programa realizadas no município todos afirmaram identificar casos suspeitos, e encaminhar para o Centro de Saúde I de Franca. Ninguém colhe baciloscopia em seu próprio município. Três municípios realizam controle de faltosos, de comunicantes e treinamento de profissionais para fins de realização de diagnóstico. Todos fazem campanhas de divulgação da doença.

Em relação à indagação se há intenção de implantar o programa no município, um não respondeu, um disse: “Por enquanto nada”, um referiu já estar implantado (não atende apenas porque não há casos). E um diz que sim e que as medidas que estão sendo tomadas nesse sentido é: “pegando carona com o PSF, que é um Programa que veio para ficar, e podendo entrar nas residências dos pacientes, irá facilitar bastante o controle de doenças, pelo menos é o que acreditamos”.

Três avaliaram que os treinamentos são suficientes para suprir as necessidades do município. Um não respondeu.

Questionados se teriam sugestões para a melhoria da situação de controle da hanseníase, os papéis ficam em branco, com exceção de um que fez várias sugestões, mas não por acaso, a profissional que responde ao questionário é a enfermeira designada pela Secretaria de Saúde de seu município para tal, e que responde também pela interlocução de hanseníase da região. Essas sugestões incluem “aprimorar sistema de avaliação da endemia por município; implementação das ações (detecção e tratamento) nos municípios endêmicos; implementar ações de vigilância nos municípios com prevalência de eliminação, ou seja, aqueles municípios que permanecem silenciosos e prevenir e tratar incapacidades (problemas sociais) e ações educativas”.

6.2 A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Nos oito municípios pesquisados foram realizadas nove entrevistas. Destas, uma foi respondida por médico dermatologista,; duas por auxiliares de enfermagem; duas por visitadoras sanitárias; e quatro por enfermeiras, sendo que uma delas, responde pelo serviço de enfermagem da Unidade Básica de Saúde de um município da região e também pela interlocução de hanseníase da DIR XIII.

Para fins de identificação, e por facilidade para a relação com a primeira etapa de análise, os municípios entrevistados serão apresentados da mesma maneira, portanto, participaram desta segunda fase os municípios **M3**, **M5**, **M9**, **M12**, **M13**, **M14**, **M15**, **M16** e **M17**, este último acrescentado aqui, já que é um dos municípios que não haviam devolvido o instrumento inicial da pesquisa. Em **M5**, como duas pessoas participaram das entrevistas, serão identificadas como **M5a** e **M5b**.

Almejando compreender como as ações de eliminação da hanseníase, são sentidas pelos profissionais de saúde no seu dia a dia, em seu local de trabalho, as questões levantadas nas entrevistas detiveram-se principalmente em desvelar como as ações propostas pelos níveis centrais “descem” aos locais, e de que forma

impactam ou modificam o seu cotidiano, assim como em que medida a relação dos diversos atores envolvidos interferem nesse processo.

Num primeiro momento de análise das entrevistas, a categorização envolveu dez itens, a saber: as campanhas de divulgação, a relação entre os níveis de gestão e o papel desses níveis, a municipalização, a eliminação da hanseníase, os profissionais envolvidos, o diagnóstico precoce, o PSF/PACS, os perfis dos pacientes e as ações do cotidiano.

Após sucessivas leituras, para orientar a discussão, e almejando englobar os pontos de maior relevância, esses itens foram reagrupados em:

- As ações de controle – relatando questões concernentes à detecção de casos, ao tratamento, ao sistema de informação, à avaliação e prevenção de incapacidades, referência e contra referência e à eliminação da hanseníase.
- Recursos Humanos – onde foram discutidos formação e capacitação de pessoal, rotatividade de pessoal, relações entre os profissionais e suas representações em relação à hanseníase.
- A descentralização, a gestão e a gerência.
- A reorganização do atendimento básico pelo PSF.

6.2.1 AS AÇÕES DE CONTROLE

A detecção precoce de casos de hanseníase é uma velha questão, sempre muito discutida por todos aqueles que militam na formulação de programas de combate à hanseníase, pois é uma importante medida de intervenção na cadeia de transmissão e de redução do potencial incapacitante da doença. Não obstante isso, talvez seja a ação mais difícil, devido a já referida maneira insidiosa como a hanseníase se manifesta, aliada a pouca informação sobre a mesma por parte da população, profissionais de saúde e gestores de saúde, ou mesmo ao estigma ainda existente.

“O estigma a meu ver, junto com a coisa dos sinais iniciais da doença não serem de incomodar muito, acho que é o principal fator para que não se faça o diagnóstico precoce. Eu acho que o neguinho reluta até o último momento pra ir no médico, com receio, subconsciente até, de ser mesmo. Porque muitos pacientes que já tiveram casos na família, e que portanto conhecem a doença, não vêm por livre e espontânea vontade. Quando você convoca os comunicantes, eu já achei alguns que me contaram que tinham percebido aquela manchinha há muito tempo, mas eles dizem – ah, deixa pra lá!” (M12)

A suspeição diagnóstica da hanseníase pode ser feita através do exame de comunicantes, por demanda espontânea do usuário que chega ao serviço com alguma suspeita, por outro profissional de saúde que pode observar sinais durante outras consultas, e por busca ativa (exame realizado mesmo sem relato de sinais e sintomas).

Constata-se dificuldade para a realização do diagnóstico de hanseníase, mesmo que o usuário chegue aos serviços de saúde por demanda espontânea, mesmo sendo comunicante de hanseníase, mesmo com sintomas característicos da doença!

“Em relação ao paciente que chega, a gente tem cada história... de tantos pacientes que rodou por vários serviços em vários lugares e ninguém fazia o diagnóstico. É difícil de acreditar, né?” (M9)

“Por exemplo, aqui tem paciente assim. A mãe do paciente tem uma forma V. Aí, passa muitos anos, né? O filho teve uma forma T. O filho do filho, que tem 20 anos, tem uma forma I. Então, se eu deixasse... esse filho foi descoberto, porque a gente chamou os comunicantes. Você entra no programa, a gente chama a família inteira. Aí chama a família inteira. Então se eu deixo ele... agora o tio dele, que é irmão do pai desse menino, chegou aqui na forma V! Este ano! Os dedos assim... dos pés e das mãos. Madarose... cílio e supercílio? Não tem! Aí eu falei assim pra ele. – O senhor nunca foi no médico? – Eu tô tratando com o doutor (vascular), e ele nunca viu isso. De cara, quando a doutora viu, mandou fazer a biópsia. Inclusive a biópsia deu positiva. E a baciloscopia, ela falou assim: – Tem bacilo até na alma!” (M13)

“(...) porque ele começou a fazer esse tratamento há mais de 5 anos atrás, por que o médico que tava tratando dele, ele via a circulação..., onde ele perdeu 1 dedo, perdeu 2 dedos, perdeu 3 dedos. Ai encaminha pra cá, encaminha pra lá, mandaram ele pra Bauru. Bauru é que descobriu que ele tinha hanseníase, onde já mandou a cartinha pra nós, que era pra iniciar o PQT”. (M15)

Observa-se que as falhas no diagnóstico ainda persistem. Por outro lado, nas unidades que tratam hanseníase, os profissionais responsáveis parecem privilegiar o atendimento para os usuários com sintomas dermatoneurológicos.

“As agentes vão na casa e... elas falam: - eu vi fulano com uma mancha assim, assim, assim. Eu vou mandar pro ce avaliar. É papel do agente, é papel da enfermeira. Então a enfermeira do PSF, elas sabem que eu sei fazer o teste tudo, então elas mandam pra mim. Mas elas mesmas têm condição de estar avaliando isso. Ai eu avalio, olho, mesmo assim ainda mando pro doutor (dermatologista de M3) pra dar um aval, dar uma avaliada. Se é é, se não é, né? Dai a gente fica com a consciência tranqüila. Então através disso a gente descobriu que tinha quatro em 2001, depois descobriu mais dois. Então depende muito da gente também né?”(M14)

“Se a pessoa chega aqui com uma mancha, eu já olho na hora, e faço o teste de sensibilidade. A gente não erra. Pode ser micose, dermatite. Agora se eu não tiver certeza, eu seguro o paciente, né? Vai que ele não volta, alguma coisa assim. Dai você começa falar assim: - Tem caso na sua família? - Ah, na minha família já teve. Então aquele cara já vai pra biópsia. Porque, por exemplo, a indeterminada e a tuberculóide, dá baciloscopia negativa, então como você vai falar... se for esperar, quando você for ver, vai estar na D ou na V. Então, confirmou, tratou”. (M13)

“Dai os pacientes vêm aqui. Eles só vêm no período da tarde. Ai o que eu faço? Eu avalio a pessoa. Olho a mancha, faço o questionário, respondo as perguntas que eu faço pra ele, se dói. O teste de sensibilidade eu faço da minha maneira. Ai se eu tenho dúvida, eu passo pra tarde. Então eu encaminho. O médico (pediatra) vem à

tarde. Então, eu marco todas as pessoas para a tarde. Quando eu vejo que não é nada - não é não, eu já dispenso a pessoa, mas se eu fico em dúvida com a mancha... aí, o que ele faz? Ele olha a pessoa, aí ele encaminha pra M3, pro doutor (dermatologista). Aí eu é que marco as consultas pras pessoas. Aí, depois que eu tô nesse trabalho, nós não achamos nenhum". (M15)

Os depoimentos acima pertencem a uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e a uma visitadora sanitária. Percebe-se que o primeiro contato do paciente é normalmente com os profissionais não médicos. Nesse último caso, o paciente é encaminhado para o médico (pediatra) da unidade, que só o reencaminha para o atendimento em M3.

Outro ponto a destacar é que há uma diversidade de sentimentos em relação a essa “triagem” realizada por essas profissionais. Ao mesmo tempo em que reafirmam saber fazer o teste, não errar, ou decidir quando acha que não é nada, já “dispensar” a pessoa; existe sempre a dúvida ou o reconhecimento que esse papel (o do diagnóstico clínico) cabe ao médico, e mais, ao médico dermatologista.

“Até o doutor (dermatologista M5) fica bravo: – Puxa, eles estão me mandando até micose! Tudo que eles vêem de pele, eles mandam para o doutor (dermatologista). Então ficou assim. Por isso que ficou mais fácil”.(M5a)

“Se a gente não tivesse, por exemplo, um médico, não teria nenhum respaldo. Daí o que a gente faria? Encaminharia pra M3, pra outro lugar. A gente não ia ficar com a responsabilidade de um paciente desses aqui”.(M5b)

“(…) como nós não tínhamos o médico, o médico específico da hanseníase, né, tínhamos o médico consultante, clínico. Então eles, não é que eles não dão interesse, é que eles tinham que encaminhar, porque senão o que que eles vão fazer com o paciente? Eu acho assim, o importante é que tivesse um médico”. (M15)

Isso é particularmente importante, quando o próprio dermatologista admite que há problemas atualmente, entre sua área e o atendimento da hanseníase.

“O primeiro problema da dermatologia hoje, na dermatologia você está um pouco solto, está um pouco desligado de hanseníase. Existe uma má formação. Quer dizer, existe... dependendo da escola até existe, mas ele não tem mais interesse em doença, né? O dermatologista de hoje tem interesse em estética, não em doença, porque sai fora dos planos de convênio, né? A estética, e doença não. Então hoje o médico está fugindo um pouco de doença. Isto é um problema, né? A gente vai num congresso de medicina, hoje, você entra numa aula de hanseníase, tem vinte caras lá, você entra numa de botox tem 8000 caras, entendeu? Porque o pessoal perdeu o interesse em atender doença”.(M3)

Outra compreensão tem essa profissional (visitadora sanitária que acaba de se formar como auxiliar de enfermagem), que quer atribuir à enfermagem, particularmente à enfermeira, a responsabilidade pelo diagnóstico.

“E outra, outra coisa também importante. O médico hoje tá muito assim, especialidade. Antigamente era clínico. O clínico via tudo. Agora se deixar pra ele, ele não vai olhar. Então acho que tem que ser a enfermagem mesmo. Porque a enfermeira, ela... se ela foi pra ser enfermeira, é porque ela gosta. Então se ela gosta, tem o olho mais pra todos os tipos de doença, do que o médico. Porque o médico, se é uma gripe ele vai ver a gripe, e mandar prum pneumologista se for uma coisa mais grave. Agora as doenças de pele, se vê uma mancha, manda pro dermatologista. A gente precisava mesmo pôr a enfermagem pra trabalhar. Porque diagnosticar é difícil né, mas acho que a enfermeira tem condições de diagnosticar”.
(M15)

Para MENDES GONÇALVES (s.d.), o diagnóstico e a prescrição são os momentos mais “intelectuais” do trabalho em saúde, que mantém o médico como dominante e determinante do processo.

FOUCAULT (1993) explicando o nascimento do hospital como instituição medicalizada, relata a transição do médico como figura prognosticadora e, sobretudo individualista, que na medida do possível apenas utilizava as receitas mais ou menos

secretas a favor da natureza, para o médico como componente fundamental do hospital, agora visto como meio de intervenção sobre o doente. O autor afirma de maneira emblemática que “a tomada de poder pelo médico, se manifesta no ritual da visita, desfile quase religioso em que o médico, na frente, vai ao leito de cada doente seguido de toda a hierarquia do hospital: assistentes, alunos, enfermeiras, etc.”.

MENDES GONÇALVES (s.d.), diz que “o hospital levou ao aparecimento de toda uma coleção de trabalhos infra-estruturais (...) que se constituíram na primeira extensão do médico em um trabalhador coletivo. (...) Mais tarde, o trabalho do enfermeiro também se dividiu, ficando com o profissional mais qualificado – o enfermeiro propriamente dito – as funções ‘mais intelectuais’ da parte ‘mais manual’ e restando para seus auxiliares as funções ‘menos intelectuais’ da mesma parte”.

Por isso, mesmo nas ações programáticas, onde existe a possibilidade da realização de algumas atividades por profissionais não médicos, previstos nos manuais dos programas, que funcionam como um protocolo de atendimento, há sempre incertezas e falta de entendimento do papel desses profissionais, por parte de todos os envolvidos.

Outro ponto a considerar, gira em torno da dificuldade de determinação da prevalência oculta, que poderia ser calculada através de vários métodos que levam em conta a proporção de doentes diagnosticados com incapacidades. Para NOGUEIRA (2002) porém, “os modelos disponíveis para quantificação de prevalência oculta foram descartados, porque utilizam em seus cálculos indicadores de incapacidades que sofrem as mesmas influências que os indicadores de prevalência e detecção, quando utilizados em municípios com pequenas populações”.

A “impressão” de que há casos não diagnosticados, sempre aparece nos discursos e pode ser exemplificado nesta avaliação que a interlocutora de hanseníase faz da situação dos municípios da região:

“Em M17, a menina é uma gracinha. M8 não. M8, o enfermeiro sai, fica um ano fora, de repente volta de novo. M8 é um rolo que eu não consigo entender. Eu fui lá pessoalmente. A menina que trabalha com a hanseníase, ela trabalha com um monte de coisa. A gente percebe que ela não dá conta. Faz a maior confusão. Até eu falei com ela, se ela quiser estar me mandando pra cá, né? M7 está abandonada na

questão da hanseníase. Eles priorizam imunização, tem outras prioridades. Eles passam os dados que eles querem. E M7 tem bastante casos. Eles tratam lá. A (visitadora) é que dá um suporte maior. M1 tem um, dois casos. M2 não tem. M16 não tem. Ai é que tá. Não sei se não tem ou se tá silencioso, né, porque... M4 é uma tal de (XX). Mas a (XX) já era pra ter aposentado há muito tempo. Você percebe que ela é uma senhora cansada, meio ..., ela não responde, sei lá, eu não bato muito com a (XX) não. Em M6 não tem. Não sei se não tem porque tá silencioso. M18 também pra mim tá silencioso. É pequenininho três mil e poucos habitantes. Agora M9 não. M9 é um município que atua, que busca também, quase igual a M13. Não é melhor que M13, nem igual, mas atua mais ou menos. M15 não tem mesmo. A (enfermeira) também é muito boa, a enfermeira de lá. M10 fica assim, né? Porque a enfermeira de lá prioriza outros programas. Mas quando eu falo de campanha eles fazem direitinho. Mandam os dados depois bonitinho. M19... M19. É, agora vai melhorar porque tem mais postos do PSF, mas estava silencioso também. M20 eu acho que tá um pouco silencioso também. Porque M20 abrange a região do (XXX), que é uma usina que tem lá perto, que também não é pequena, né? Tem um vilarejo perto de (XXX), que tem um pessoal muito estranho lá. Que vem de fora. Eu acho que tem que investigar melhor. M14. M14 tá bom. Pelo menos no que compete a mim, toda reunião eu vou lá e falo um pouco. M1. M21, mais ou menos também. Não tá muito bom não. M11 este ano de 2003 deu uma melhorada porque trocou de secretário. Tem poucos casos. É, mas tá silencioso viu. Porque lá é muito turístico. Teve troca de secretário, enfermeira, então agora acho que esse negócio anda. M12 não tem muito, porque não tem mesmo. Lá a menina procura. A (XX) é muito boa". (M14)

Uma das estratégias utilizadas pelo Programa de Hanseníase para aumentar a detecção de casos são as chamadas Campanhas de Divulgação da doença. Segundo alguns entrevistados, há um repasse de dinheiro para que os municípios realizem a campanha anualmente.

Todos os municípios realizam tal campanha, sempre com ajuda da DIR. Há, porém, enormes diferenças na forma e empenho de realização das mesmas pelos municípios pesquisados, e também na avaliação que os profissionais têm em relação a elas.

“A ação do município de informar o paciente, ela vem sempre do estado, né. Quem faz a campanha de informação normalmente é o estado, passa para o município e o município divulga, né? Uma vez por ano, né?” (M3)

“A minha opinião é a seguinte. Eu vejo até pelas campanhas de vacina da pólio, agora da pólio que o estado jogou pra cima do município. Se depender do município, não teria nem vacina, não teria nem campanha. Então, dificilmente... Se dependesse do município não teria nem campanha. Porque eles não estão... Porque tipo assim, eles querem que o funcionário deixe sua casa no final de semana, porque pra fazer uma campanha dessa, durante a semana, não dá, é impossível, porque você tem mil coisas pra estar fazendo na unidade, tem mil coisas pra fazer. No final de semana, seria o ideal, por exemplo, você abrir o centro de saúde. Todos. Nós temos três postos aqui no caso. Você abriria os postos, abriria um lugar nas escolas, ou na praça no caso, e estar orientando as pessoas. Só que pra isso, eles não incentivam o funcionário, você entendeu? Você vai lá de graça? Não vai. Não vai mesmo. Você vai largar sua casa, seu filho. Você trabalhou a semana inteira pra ir lá de graça?” (M5b)

“A campanha só acontece porque vem do Estado, e parece que vem um dinheiro próprio para isso, do programa, né? Senão não sei se aconteceria. Agora já que tem que fazer, a gente procura fazer direitinho, né. O Coordenador de Saúde fala na rádio, a gente distribui os folders e prega cartazes nos consultórios de dentista, médicos, igrejas, bares. Faz palestras nas escolas”. (M12)

“Então o MORHAN² que é o movimento, ele consegue trabalhar bem esse lado. Existe o 0800 e também teve a campanha com o Nei Matogrosso, que envolveu o Nei Latorraca por engano. Porque eles ficaram sabendo que um dos Neis se sensibilizou com a situação da hanseníase no Brasil, né. Aí, eles ligaram pro Nei errado, porque não era esse Nei, era o outro. Mas o outro Nei, sabendo disso quis participar

²O Movimento de Reintegração de Pessoas Atingidas pela Hanseníase é uma Organização Não Governamental, fundada em 1981, com os objetivos de ajudar na eliminação da hanseníase, lutar contra o preconceito e ajudar socialmente os portadores da doença, entre outros.

também. Daí ficou os dois. (...) Ah, a campanha? É as meninas do Centro de saúde, a (auxiliar de enfermagem - M3), ela ama hanseníase.

Não tem nenhuma ajuda da Secretaria Municipal. Eu vou, faço reunião com a (doutora, com a (enfermeira), a gente percebe que elas ajudam um pouquinho, mas elas dão o mínimo delas". (M14)

A percepção da competência no planejamento, organização e realização das campanhas mostrou-se divergente.

Com variações, nota-se que é uma ação combinada entre a DIR e os serviços, com pouca participação das secretarias municipais.

A interlocutora de hanseníase da região de certa forma atribui ao MORHAN esse papel. Cumpre esclarecer que embora esse movimento de reintegração dos pacientes tenha participado como parceiro na elaboração e execução das campanhas educativas da hanseníase, a responsabilidade é do poder público.

Alguns municípios expõem os problemas:

"Eu acho que eles (refere-se à DIR e à Divisão de Hanseníase da S.E.S.) demoram. Você vê numa campanha, eles mandam os papéis depois que acabou a campanha. De propaganda e tudo mais, ou sempre o material da campanha chega depois que já foi a campanha".(M17)

"Ah! A gente faz a campanha todo ano, mas eu acho que esse trabalho de divulgação da hanseníase tinha que ser o ano todo e não todo ano, por uma semana apenas. Eu sinto que a campanha aqui é feita de um jeito meio burocrático. Pra falar bem a verdade, teve ano que a gente nem pregou os cartazes. A gente esqueceu. Depois a gente acaba usando os cartazes para forrar caixa de vacina. É uma judiação, né?"(M12)

A campanha de divulgação da doença é realizada por alguns de maneira burocrática. Novamente percebe-se que “empenhos” pessoais é que determinam o vulto dessa atividade.

“Aí o que que a gente faz? Eu faço a campanha. Espalho pra todo mundo que vai ter campanha no Centro de Saúde. Mando falar na rua. Eu que faço essa parte. Tem rádio. Eu falo na rádio. Eu falo direitinho. Eu gosto de hanseníase. Aí, conclusão. Daí os pacientes vem aqui.” (M15)

Não obstante isso, todos os entrevistados afirmam a importância da realização das campanhas, para a divulgação dos sinais e sintomas da doença.

Muitos, porém, enfatizam a importância da utilização da mídia televisiva.

“É, mas é o seguinte. Quando você informa a população que tem a doença, que tem a mancha, e aparece na televisão, aumenta muito a procura. O pessoal fica assustado, né? Então eu acho que a solução é aumento da formação e da informação, né. Porque que o paciente de hanseníase que tem lá o pé que ele tá perdendo chinelo, ou queimando a mão não chega no serviço? Às vezes é porque ele não sabe.(....) Agora se tiver informação disso pra valer, acho que eles chegam no serviço. Eu acho que precisava uma campanha de informação da população. Mas uma campanha assim mais repetitiva. Faz a campanha uma semana e acabou né? A campanha deve ter maior acesso à televisão em horário nobre, porque a Johnson & Johnson quando lança um produto de beleza, sai no fantástico e no jornal nacional, né? Aí todo mundo quer. Porque enche de gente bonita fazendo propaganda né? Na hanseníase você não tem nenhuma modelo mostrando mancha, e nem uma modelo você vai encontrar pra falar que ela tem mancha. É isso aí, eu acho que você tem razão. Os publicitários deles são melhores que os nossos³. Agora eu acho que tem que aumentar campanha. É a única coisa que vai trazer mais paciente pro serviço, né?” (M3)

³ Em conversa anterior à entrevista, comentávamos sobre o apelo das propagandas de cerveja.

“(....) E outra, a mídia também na televisão, quando sai a campanha, o pessoal fala assim ... a mancha. Sai o cartaz na semana da campanha. Ai o pessoal fala assim: ó, eu tava assistindo televisão e vi o negócio da mancha”. (M13)

“E mais divulgação na mídia. O povo gosta muito de televisão. Televisão falou!... Aparece! Igual da vacina. Falou da hepatite, vem pessoa que já tomou, tá tudo protegido. – Ah, mas falou na televisão que tem que tomar! Igual catapora, né? Foi só pras creches, no município de Ribeirão, né? - Ah, aqui também tinha que ter essa vacina. Então eu acho que tinha que divulgar, né, fazer divulgação”. (M13)

Quanto ao retorno alcançado pelas campanhas, isto é, o aumento da demanda espontânea nos dias subseqüentes à sua realização, há também uma divisão entre os entrevistados que pode refletir a inexistência de casos ou o alcance da campanha.

Capítulo à parte é a forma de realização da campanha de M13:

“Eu vou falar assim pelo trabalho. Por exemplo, no ano de 2001, quando nós começamos a trabalhar com a campanha eu tive um caso. No ano 2002, de campanha eu tive 11 casos. No ano de 2003, nove casos só de campanha.

A campanha é feita: uma entrevista pelo Secretário de Saúde, e distribuição de panfletos e cartazes. Esse material vem da DIR.. Em todas as unidades, indústrias, hospitais, ambulatórios. Esse ano, por exemplo, fez na firma a palestra, a fita de vídeo cassete, e o teste de sensibilidade com os funcionários. A gente examina todo mundo. A gente pede pra tirar a camisa, a calça, tudo, né? A maioria, pra tirar a calça é um aperto, mas tirando a camisa... a gente vê se tem alguma mancha, se for micose. Se for C.A. ⁴, ela faz biópsia e manda pra Barretos⁵. Se for uma suspeita, uma prevenção, ela já queima, faz a A.T.A.⁶ Esse ano, por exemplo, ela descobriu até aquela doença, pênfigo. Ele tá fazendo tratamento desde maio que foi a campanha até hoje, tá em tratamento”. (M13)

⁴ Câncer.

⁵ Hospital do Câncer no município de Barretos, estado de São Paulo.

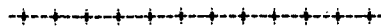
⁶ Aplicação de Ácido tricloroacético.

O que diferencia a campanha de M13, é a busca ativa nas indústrias e outros locais do município, realizando exame dermatológico (o mais completo possível), **com participação da médica dermatologista.**

A proposta da atenção básica à saúde como porta de entrada ao Sistema Único de Saúde, com o objetivo de extensão da cobertura e universalidade do acesso, tem utilizado entre outras, a estratégia do Programa de Saúde da Família. Esta estratégia utiliza em sua equipe o médico generalista. Acontece, porém, que esse médico na maioria dos casos não tem essa formação. Além disso, como visto, há dificuldade de assunção do diagnóstico de hanseníase por parte de profissionais não médicos e também por médicos não especialistas (dermatologista).

A prerrogativa determinada pela Portaria MS nº 95 (NOAS/SUS 2001) que determina aos municípios para se habilitarem ao sistema de gestão plena da atenção básica ampliada (GPABA), responsabilidades e atividades mínimas na eliminação da hanseníase, entre elas a identificação de Sintomáticos Dermatológicos e ao exame destes e de seus comunicantes para classificação clínica dos casos.

Há aqui um impasse colocado entre a desejada incorporação da hanseníase entre os agravos comuns e da atenção básica e a compreensão dos profissionais de saúde, considerando-a complexa, de difícil manejo, requerendo a presença do especialista até para a confirmação diagnóstica.



Superadas as dificuldades relativas ao diagnóstico, o próximo “embate” é manter o paciente em tratamento, já que se trata de intervenção de longa duração, onde freqüentemente o paciente não sente melhora imediata, às vezes pelo contrário, fica sujeito a reações que para ele pode parecer piora do quadro. O abandono do tratamento pode também estar associado com problemas de acessibilidade aos serviços, entre outras causas.

Um fator facilitador no atendimento da hanseníase é a distribuição regular dos medicamentos que compõem a poliquimioterapia.

Pelos relatos e dados colhidos na região, a taxa de abandono ao tratamento é pequena. Os municípios, a maioria de pequeno porte, proporcionam facilidade de acesso ao usuário. O sistema de vigilância epidemiológica nos municípios pesquisados é eficiente no que tange ao controle de faltosos e comunicantes.

“Tivemos um abandono de tratamento, mas que na verdade pode ser considerado quase que uma transferência, porque nós ficamos sabendo que o paciente tinha voltado para a cidade dele, no interior da Paraíba, e eu fiquei no pé, quer dizer eu consegui ligar pra prefeitura de lá, pro centro de saúde, tudo, e eles conseguiram achar o cara, e parece que está terminando o tratamento lá”.(M12)

Em alguns casos, o tratamento é bastante personalizado:

“Não, eu que dou. O PQT é feito aqui. Só que ele não vem aqui, eu é que vou na casa dele. Porque é muito difícil ele... Eu acho assim..., eu prefiro ir lá, porque senão eu fico esperando ele o dia inteiro, e ele não vêm. É que nós só temos um né? Aí a gente vai, eu levo o medicamento, dou pra ele, ele toma”. (M15)

“Não. É individual. De vez em quando eu passo uma fita de vídeo. Aí eles tomam a dose supervisionada. Aqueles que faltam, eu vou na casa e levo”. (M13)

Em relação à forma e duração do tratamento, percebe-se uma discordância e/ou desconfiança dos médicos em relação ao esquema terapêutico proposto pelos níveis centrais.

“O doutor (dermatologista de M5) dá alta em dois anos. Ela não abre mão de um ano (...) Teve uma reunião, na casa do médico em M3, então como foi falado isso, porque naquela apostila do manual de hanseníase, também vem falando que mudou e tal. Aí, até ele questionou. Isso aí seria por uma eficácia, ou uma questão de economia para o Estado? Então a pessoa que estava lá no momento, ficou meio em dúvida de responder pra ele, e ficou meio que parecendo que era por uma economia. Então ele falou que não, que os pacientes dele seria 24 meses e não 12.”(M5a)

“Eu não dou (alta) em um ano. No estado de São Paulo ainda está em dois anos. Tem um monte de estado que já dá em um ano. (...) Não, nós não damos nenhum ROM⁷ aqui não. Isso só está no papel. Uma dose única? Pra eles né? E a gente tem visto, mesmo paciente tomando remédio dois anos, com recidiva. Não sabemos se ele não tomou, né? Então esse um ano tá aí meio... pra alguns pacientes a gente faz ano, né? Um dimorfo, com baciloscopia não muito alta. Mas nós temos dívidas ainda, né? A Secretaria precisa falar o que ela quer, mesmo. Ó, vai fazer em um ano. A gente faz em um ano. Parece que tem estudo que negativa em um ano. Agora, como é ela que dá o remédio, né? Mas eu acho que pode funcionar. É uma questão de... isso é tudo muito demorado, né? Você começa a PQT em 81, depois você introduz no Brasil em 90, e assim vai, né? É tudo muito demorado essa avaliação eu acho: E tem tido recidiva com a PQT. Antigamente o pessoal que tava tomando a dapsoninha lá, tava mais... pelo menos tava negativo o exame. Então a gente tem tido algumas recidivas”. (M3)

“Outra coisa, a doutora (dermatologista de M13) não concorda com o esquema ROM, e não concorda com os 12 meses também”. (M13)

Isso demonstra a necessidade de uma abordagem por parte da Divisão de Hanseníase da Secretaria de Estado de Saúde em relação aos médicos, divulgando mais documentos técnicos ou estudos clínicos, sobre pesquisas atuais no tratamento de hanseníase.



Um fator que pode influir no planejamento das ações locais de hanseníase diz respeito ao sistema de informação.

Para a interlocutora de hanseníase na região:

⁷ Esquema de tratamento em dose única com Rifampicina, Ofloxacina e Minociclina.

“Então eu percebo assim, quando eu peço os dados de hanseníase... eu estou pedindo agora as planilhas de fechamento de 2003, dia 31 congela o banco de dados, então tem que estar tudo lá no CVE. Todas as planilhas né, pra eles compararem e ver como que está a situação, porque ainda tem muitos casos, a nossa prevalência ainda é alta (grifo nosso). Mas assim, hoje eu não tenho dificuldade, às vezes eles confundem, eu peço uma planilha tal e eles me mandam uma planilha X. Ai eu vou, escrevo, à mãozinha mesmo, porque eu não entendo nada de computador, tanto que quem tira os dados pra mim é o doutor (X), e o (XX). Só os dois é que entram no SINAN, é só eles que podem, né. Eu vou no dedômetro mesmo, igual você viu ali, escrevo uma cartinha. Pessoal, eu quero a colaboração de vocês, nisso, nisso e naquilo, daí a pouquinho eles estão mandando a resposta. E antigamente não era assim não. Tem município que nem sabia das planilhas.” (M14)

O grifo remete à ausência de processamento e interpretação dos dados produzidos nos municípios. É o CVE que “*compara e vê como está a situação*”.

A maioria dos municípios não tem equipamentos de informática no setor de Vigilância Epidemiológica. Setor esse, que se restringe geralmente, à pessoa do visitador sanitário ou auxiliar de enfermagem. O controle dos pacientes costuma ser feito através de livros ou fichas individuais. A notificação tem que ser enviada à prefeitura ou Secretaria de Saúde para ser introduzida no SINAN. Nas unidades que tem computador, há tentativas de informatizar o controle dos pacientes.

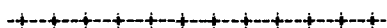
“(....) Eu tinha isso. Em 1998, eu pus tudo no computador. Eu fiz um gráfico, tudo bonitinho, mas aí, veio uma pessoa, que veio aqui e conseguiu mexer... e o rapaz teve que vir aqui reconfigurar o computador de novo.” (M5a)

Há sempre disparidades entre os números oficiais disponibilizados pela DIR e Divisão de Hanseníase do CVE, e aqueles encontrados na unidade. Em vários municípios não há um controle sistematizado do total de pacientes, o que obriga a ser atualizado às pressas, sempre que há um pedido da DIR.

“Se a DIR ligar, mandar um comunicado, um ofício dizendo assim. Olha, eu quero o número de hanseníase de 2000, as altas, se teve algum óbito, pra lá lá... a gente faz um... aí a (auxiliar de enfermagem) vem aqui, pega um monte de papel que eu nem sei onde ela pega, aí ela conta, e daí ela passa o número X, mas eu vou te falar uma coisa, essa coisa, eu acho que a gente tem que informatizar, eu acho que qualquer programa, principalmente um programa que tem poucos pacientes. Hanseníase, pouco. Tuberculose, pouco. Dá pra você fazer um controle”. (M17)

Nota-se que os indicadores epidemiológicos da doença locais e regionais não são sistematizadas nesses níveis. As informações referentes ao número de casos, tendências, séries históricas não retornam às unidades, depois de processadas em nível central.

Havia desconhecimento por parte da própria direção do Serviço de Vigilância Epidemiológica da DIR XIII, da interlocutora de hanseníase e dos sujeitos pesquisados sobre a evolução do agravo em seu município e região, ficando surpresos quando mostrávamos o quadro que registra uma tendência de aumento de prevalência na região, nos últimos quatro anos (tab. 4). Para todos, o número de casos só vinha diminuindo no mesmo período.



A avaliação e prevenção de incapacidades são incipientes na região. Na própria unidade de referência para hanseníase na região, não é realizada pelo médico e nem pela auxiliar de enfermagem de forma sistemática. Os pacientes apenas são encaminhados ao oftalmologista da rede, que foi especialmente treinado para a avaliação oftalmológica em hanseníase.

No município que refere ter oftalmologista, fisioterapeuta, e psicólogo, também não há o atendimento de rotina aos pacientes, e só quando referidos pela unidade básica, *“quando tem algum problema”*.

Uma enfermeira justifica a não realização da avaliação de incapacidades pela falta de material.

“Não, nós não temos essa aparelhagem. A gente já fez a lista, já pediu. Faz mais de um ano, a lupa, o estesiômetro, assim, você vai fazer um teste aí de incapacidade, mas não tem como fazer. Agora a gente está pensando realmente...” (M17)

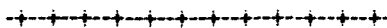


A referência (M3) para os municípios da região é suficiente, com boa resposta para a confirmação do diagnóstico, medidas terapêuticas (relativas à administração do tratamento poliquimioterápico e das reações), mas não tem resolutividade no manejo das incapacidades ou complicações decorrentes da doença. Nesses casos, os municípios preferem ou necessitam encaminhar para o município de Bauru. Não são encontradas dificuldades para encaminhamento desses pacientes, quer em relação à demanda desses serviços, quer para leva-los até os mesmos. Os municípios dispõem de um razoável sistema de transporte de pacientes que necessitam de serviços em outros municípios.

“Daí eu encaminhei o paciente pra M3, porque o médico daqui não ia fazer nada, pra gente poder seguir ele por aqui. Aí o doutor (dermatologista de M3) olhava, - continua o tratamento! Daí, depois dessa vez que eu tava levando, que eu achei essas manchas, eu falei pro doutor, e... - continua o tratamento! Eu mandei mais uma vez. Ele só falava: - continua o tratamento! Ele tava com o pé horrível! Ele andava com sapato comum! Aí nós mandamos pra lá⁸. Daí uma médica muito boa de Bauru, deu toda atenção. Aí a prefeitura mandava ele toda semana pra Bauru. Aí a prefeitura mandou ... daí depois começou o PSF, aí a gente passou um pouquinho o curativo pra ela. Fazia o curativo em casa. Mas mesmo assim, não tava dando muito certo. Ele é rebelde. Porque ele é uma pessoa muito carente. Ele briga com a família, briga com a enfermeira.” (M15)

⁸ Instituto Lauro de Souza Lima, em Bauru.

Há o reconhecimento por parte da maioria dos sujeitos de que o gestor municipal garante satisfatoriamente os serviços, com medicamentos e outros materiais necessários e não enviados pelo programa, quando solicitado.



Questionados sobre a questão da eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública, e se após nova definição de metas para a eliminação (de 2000 para 2005), haviam notado alguma diferença na forma da organização do trabalho em hanseníase:

“Não, não mudou nada. Eles continuam falando. Vamos erradicar até dois mil e tanto, e depois no ano seguinte, vai erradicar até dois mil e tanto. (...) Eu não sei. Eu não vejo nada mudar na prática. Eu acho que isso não melhorou. A informação da população não melhorou. E continua sendo como na década passada.(...) É um problema. A hanseníase não teria dificuldade de eliminar, né? Se tivesse todo mundo trabalhando pra isso, né? O médico da Unidade Básica, ele não tem tempo de tirar a roupa de todo paciente pra examinar. Isso não existe. Falar em mancha, falar... é sempre uma correria, né? Ele atende até 100 pacientes num período de 12 horas”. (M3)

“Então, mas eu acho que acontece, é a falta de educação. O povo brasileiro é muito assim deseducado. Como diz assim, nós somos um país novo, né. Eu acho que apesar de a gente falar, ah mas quinhentos anos, mas nós estamos engatinhando.(...) A proposta seria até 2005, né, mas eles (grifo nosso) não vão conseguir até 2005”. (M5b)

Novamente, revela-se a destituição da responsabilidade nas ações que visam a eliminação da hanseníase (*eles continuam falando, eles não vão conseguir*).

“(....) a questão da eliminação da hanseníase é igual, igual não digo, mas, mal comparando eu diria que é igual a fome zero. Quer dizer, é claro que a gente tem que fazer as coisas, diagnóstico precoce, tratamento etc, e tal. No caso da fome também, é claro que tem que dar comida pra quem tá com fome, mas no fundo o problema é mais embaixo, ou mais em cima, sei lá, quer dizer, só quando melhorar a situação do país como um todo, com a questão da distribuição de renda e tudo mais, é que vai dar pra eliminar a fome e a hanseníase. Até lá, a gente vai tampando os buracos, né?” (M 12)

A entrevistada assume a co-autoria das ações e vai além, isto é, responsabiliza também toda a sociedade. Se num primeiro momento pode-se interpretar como uma declaração “pessimista” (*a gente vai tampando os buracos*), remete ao sentido mais amplo do conceito de saúde, e da determinação social no processo saúde-doença, correlação particularmente verdadeira quando se trata de hanseníase.

“Ah, eu não sei mesmo o que nós temos que fazer pra acabar com a hanseníase. Eu só sei que nem em 2020 ainda, acho que a gente não consegue. Porque como fica pingando poucos casos em cada cidade, acaba não sendo prioridade, né, só que vai juntando esses pouquinhos, e fica muito. Fora o que deve ter de caso ainda não diagnosticado, né?” (M 9)

Nessa declaração, são possíveis várias considerações: a primeira é a descrença na capacidade dos serviços na eliminação da hanseníase em curto e médio prazo. A outra, reflete um pouco a realidade da região, isto é, poucos casos, que estão aumentando um pouco, mas que ainda não se constituem em prioridade de saúde para os municípios. E, finalmente a percepção da existência da prevalência oculta, como causa e consequência dos dois primeiros fatores.

No que tange a sugestões e perspectivas levantadas:

“(....) mas eu acho que a gente está indo, pro caminho certo, né. Porque eu acho assim. Essas crianças, assim. Porque é mais fácil você perguntar pra uma criança e

eles saberem te informar sobre hanseníase, sobre dengue, do que você chegar num adulto e perguntar. Eles não sabem. Eu acho que agora a gente está no caminho certo, porque eu fico com a parte da vigilância epidemiológica, né? A gente vai nas escolas, faz trabalhinho com eles, e fala um pouco sobre hanseníase, sobre dengue, né, coisas assim, e a gente vê que as crianças, eles estão muito bem informados. E criança pega aquilo e te cobra, né? (...) Então, quando a gente vai nas escolas, eu tenho que prestar contas, eu tenho que mostrar o que foi feito na escola, que assunto, né? E até mesmo a escola hoje, eles tem lá uma matéria, né, que tem que envolver saúde, dengue, essas coisas. Então as professoras mesmo, elas ajudam muito, porque elas fazem esse trabalho. Ficam pedindo panfleto pra gente. Eu acho que isso facilita muito. Eu acho que tá no caminho certo, não vou dizer assim que de repente vai virar aquela maravilha, mas eu acredito que é o caminho certo. Eu acho que agora a gente conseguiu. Começar a andar nos trilhos, né? Eu acho que sim".
(M5a)

"O problema é conscientização, né? Eu acho muito importante, pra pessoa não ficar com medo de mostrar a mancha. Se a pessoa mostra, começa o tratamento rápido e cura na hora. As escolas são bem conscientizadas, porque tem bastante material, a gente trabalha em cima da escola. Tem trabalhado a escola. Só que eu percebo assim. Um pouco de falta de interesse das escolas nesse sentido. Bater em cima dos alunos pra ele poder pesquisar em casa, fazer uma pesquisa junto com o PSF, cada casa, achar o caso. Porque eu acho que muita gente tem a doença e não foi diagnosticado. Então tem que ter um trabalho casa em casa. Esse trabalho de campanha tem que ser casa a casa. Esse trabalho de só falar e ficar esperando o paciente vir aqui. Tem muitos que estão doentes e estão em casa. O caso desse senhor aí, tava lá encostadinho, lá numa fazenda. Tinha que ter um trabalho em fazendas também. Então eu acho que tinha que ter um trabalho casa a casa junto com o PSF. Por isso que não acaba. Eu acho assim, cidade pequena como M15, é fácil fazer um trabalho desses. O difícil é em cidade maior. Apesar de que em cidade maior, tem Centro de Saúde pra cada não sei quantos habitantes. Não é igual aqui, 6000, né? E aqui todo mundo se conhece. Então quando eu fico sabendo de alguma coisa eu vou lá. Quando é campanha eu procuro mandar chamar". (M15)

“Ah, interesse mesmo. Interesse de cada profissional. Que se ele tiver interesse e se conscientizar que 12 dosagens de poliquimioterapia que é de um multibacilar, cura, eles podem dar alta e podem estar eliminando a hanseníase. Depende muito do profissional, não só do paciente. Do município em estar fazendo campanha, não dependendo de dinheiro, porque é muito simples. Você contrata um carro de som... comunica, né?(...) Eu acho que a tendência é melhorar sim viu. Eu acredito nisso. Agora com essa proposta da Agência, Agência de Saúde. A gente vai descentralizar aqui da DIR, né? Vai desvincular. A Vigilância Epidemiológica, a Vigilância Sanitária, o Adolfo Lutz, a SUCEN, a gente vai fazer um órgão só. A gente não sabe se a gente vai ser Agência aqui na Regional de Franca, mas as idéias são boas. Acho que a gente vai conseguir trabalhar melhor. Nós vamos ter mais verba, mais disponibilidade. Porque aquilo é só pra aquilo, entendeu? As vigilâncias tudo junto. Acho que vai ficar bem melhor. Acho que a gente vai poder trabalhar melhor. Fazer mais treinamento. Vai chamar mais a atenção do povo”. (M14)

As avaliações e sugestões feitas pelos entrevistados em relação às perspectivas do atendimento de hanseníase envolvem desde um trabalho de base educativa realizado com escolares, aumento do “interesse” dos profissionais, incremento das campanhas informativas, ampliação da busca ativa de casos até o crédito na mudança da Estrutura Organizacional do setor de Vigilância Epidemiológica, com a criação da Agência de Saúde como um fator facilitador do trabalho em hanseníase.

6.2.2 OS RECURSOS HUMANOS

Para discussão da participação dos recursos humanos no estabelecimento das políticas e ações locais, destacou-se a área de treinamento. Observou-se também, a existência de uma interface na forma de organização dos serviços e das representações dos profissionais de saúde com o atendimento em hanseníase.

Quanto à formação e capacitação dos profissionais, para a interlocutora de hanseníase da DIR:

“Olha, treinamento a gente tem feito bastante. De 2000 pra cá, foi um TBVE de hanseníase, todo ano a gente faz reunião, tipo assim, aulinha montada. Eu convido alguém de fora. Ou vem a doutora (dermatologista de Ribeirão Preto), teve uma vez que veio o doutor (Diretor da Divisão de Hanseníase – S.E.S.) com a equipe dele, né, ou às vezes até mesmo o próprio doutor (dermatologista M 03). Então em cima disso eu acho que tá tranquilo”.(M14)

Mas este não é o pensamento de outros entrevistados:

“Não, quanto a isso, olha, faz vinte e tantos anos que eu to aqui e é sempre... A enfermeira da DIR, acho que você vai conhecer, um amor, mas sempre foi assim. No começo era curso pra lá ... eu já fazia não sei quanto tempo que eu tava aqui. Eu nunca fiz um treinamento específico em hanseníase. Nunca fiz. Quem fez, quando eu entrei aqui, foi uma funcionária, que é escrituraria, hoje ela nem é escrituraria. É encarregada de setor. É muito assim. Entendeu? É difícil. Ela fala sempre que vai chamar, vai chamar, e aí a hora que eu chego – por quê? É difícil entender. Eu acho que é porque eu estava pra aposentar, porque eu era funcionária do Estado”. (M15)

“(...) eu já fui em eventos em São Paulo, tipo reunião. Agora, um curso, treinada, bonitinho, para saber começar, como que era a hanseníase, nunca fui”. (M13)

Há referência também a treinamentos para alimentar o sistema de informação.

“No município eu tenho a maior dificuldade, porque, por exemplo, eu pedi a planilha agora pra fechar o ano, a (enfermeira) não sabe que planilha que é. Então passa quanto tempo. A (enfermeira) não sabe, a (outra enfermeira) não sabe, a (doutora) não sabe. Não sabem de nada! Elas fizeram treinamento do SINAN igual os outros municípios fizeram”.(M14)

Vários funcionários já fizeram treinamento de coleta de baciloscopia e de avaliação de incapacidades. A interlocutora da DIR diz que está treinando aos poucos.

A avaliação e prevenção de incapacidades são incipientes na região. Na própria unidade de referência para a hanseníase na região, não é realizada pelo médico e nem pela auxiliar de enfermagem de forma sistemática. Os pacientes apenas são encaminhados ao oftalmologista da rede, que foi especialmente treinado para a avaliação oftalmológica em hanseníase.

Alguns entrevistados referem não ter treinamento específico para isso.

Os profissionais que receberam treinamento em avaliação de incapacidades tem muitas dúvidas em relação à prevenção:

“Dai você vai analisar assim, né, daí o paciente tá com aquela dívida. O que que eu vou fazer? Ele está no grau zero, mas evoluindo para o grau um. Ele está na metade. Tá em cima do muro. Ao mesmo tempo ele pode estar no grau zero e no grau um. O que que eu vou fazer com ele? Com a sensibilidade dele? Então, assim, eu quero ir pra Bauru e levar essas dúvidas que eu tenho. Não só da avaliação, mas assim, o que fazer em relação à prevenção, praquilo não evoluir? Se ele estiver no grau um, o que que eu vou fazer pra não evoluir pro grau dois? Porque lá foi feita a avaliação. Assim foi feita a hidratação, o exercício, tudo, né? O uso da palmilha, né? Para prevenção de calosidades. Quem tá no grau três? Dai tem que encaminhar pra Bauru, na área de oftalmo e derma.” (M13)

“Realmente teve treinamento de avaliação de incapacidade. Só que como a gente tem poucos pacientes, a gente não tem como praticar muito. Então, a cada paciente eu tenho que pegar o manual e ir seguindo, por que a gente acaba esquecendo. Dá um pouco de insegurança, mas é melhor fazer com insegurança do que não fazer, né. Pelo menos, a gente pode conseguir detectar algum problema e dar alguma orientação.”

(M9)

Há dificuldade de treinar multiplicadores em hanseníase, principalmente pela grande rotatividade de enfermeiros nos municípios, que seria o profissional com melhores condições de repassar as informações.

Outro fator negativo é o fato dos treinamentos serem realizados em Bauru, São Carlos ou outros municípios distantes, com duração de vários dias, o que exige o afastamento do funcionário, nem sempre viável.

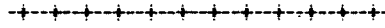
Existe a percepção dos entrevistados de que os treinamentos sobre prevenção de incapacidades ou baciloscopia devem ser para os funcionários responsáveis pelo atendimento direto, o que vêm ocorrendo atualmente, mas muitos referem que informações gerais sobre a doença, que visem principalmente a suspeição diagnóstica devem ser oferecidos a outros colegas, inclusive aos médicos de outras especialidades.

“O que devia era ter mais treinamento para os outros médicos para aumentar a chance deles fazerem diagnóstico. Eu acho que todas as especialidades deveriam ser treinados, e não só o clínico. Por exemplo, o médico ginecologista, quando examina mulher, ele tem chance de observar grande parte do corpo da mulher sem roupa, então, né, se ele estivesse atento para pensar em hanseníase quando visse alguma coisa”. (M9)

“Os médicos clínicos gerais principalmente, deveriam receber treinamentos específicos para saberem diagnosticar casos de Hanseníase e também tratar as reações”.(M12)

Material didático da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (SES – RJ, s.d.) afirma que “mais de 80% das pessoas que procuram os serviços de saúde pela primeira vez são atendidos por pediatras, ginecologistas e clínicos gerais”. O mesmo documento orienta: “os gestores municipais devem incentivar os profissionais de saúde que atuam no atendimento materno-infantil, em ginecologia e pediatria e na clínica médica a procurar sinais de hanseníase em todos os seus pacientes e, mesmo, nos acompanhantes”.

Em vários municípios há referência a treinamento de hanseníase para os Agentes Comunitários de Saúde do Programa de Saúde da Família.



Imperativa é a discussão quanto às representações dos profissionais de saúde que trabalham com hanseníase em relação à atividade que exercem.

“Nós tínhamos dois visitantes sanitários do Estado. O problema é que eles estão se aposentando e não estão sendo substituídos. Como a equipe não é exclusiva para a hanseníase, parece que dispersa um pouco. Quem gosta e quer fazer, tudo bem. Se não, fica um pouco por isso mesmo e ninguém cobra realmente. É uma briga entre as auxiliares. É claro que todo mundo prefere dar vacina numa criança linda, rosada e saudável do que atender hanseníase”. (M9)

“Se tem uma pessoa que veste a camisa, que se interessa, a coisa anda, porque aqui é assim. O doutor (dermatologista de M5), ele é muito assim. Ele faz muita questão que os pacientes dele andem tudo certinho com o retorno. Ele está sempre cobrando sabe? Acho que por isso que a coisa vai indo mesmo assim”. (M5a)

“Olha, eu sou interlocutora da hanseníase e também da tuberculose. Eu prefiro mil vezes a hanseníase. Gosto mais de hanseníase. Eu me dedico mais à hanseníase”. (M14)

“(…) ela ama hanseníase!” (M14)

“(…) eu gosto de hanseníase” (M15)

Parece que exercer as atividades relativas ao programa faz das pessoas seres “especiais”. Para executar as ações com relativa eficiência, é preciso gostar, amar a

“(...) fica quase tudo com a (visitadora), graças a Deus tem ela pra tocar a hanseníase, porque eu tenho que tocar todos os outros programas, vacina e o PACS”. (M5b)

Para VILLA e col. (1997), no primeiro modelo tecnológico da Saúde Pública Paulista, baseado na teoria bacteriológica, não há a incorporação dos agentes de enfermagem, justificada por tratar-se mais de controle do meio ambiente, com ações coercitivas e fiscalizadoras. Para tais ações os agentes necessários eram os médicos, os mata-mosquitos, os engenheiros sanitários e os guardas. Havia um trabalho de enfermagem desenvolvido em alguns órgãos da Secretaria de Estado de Saúde como os de hanseníase, por exemplo, com as seguintes características: inexistência de preparo formal; admissões com indicação política; ausência de padronização ou normas; falta de supervisão técnica; atribuição de tarefas decididas entre os próprios colegas ou às vezes pelo médico, o que favorecia a autonomia desses agentes, desadequação entre as atividades propostas e as habilidades dos agentes e polarização entre o médico e o atendente.

Com a reforma administrativa, a partir de 1969, tem-se a Programação em Saúde, caracterizada pelo crescimento da assistência médica individual. Esse modelo altera as características do processo de trabalho do anterior, onde temos: a introdução de novos profissionais, principalmente a enfermeira; instituição da supervisão rotineira; divisão técnica do trabalho de enfermagem e incorporação de atividades dirigidas a grupos populacionais de risco (visita domiciliar, vacinação) VILLA e col. (1997).

A incorporação da enfermeira, quebrando a polarização entre o atendente e o médico e conseqüentemente diminuindo a autonomia que os agentes de enfermagem até então gozavam, não foi fácil.

Até hoje essas dificuldades podem ser percebidas, conforme o depoimento desta enfermeira referindo-se à relação com o Secretário de Saúde do município, o médico e auxiliar de enfermagem da unidade:

“Não que eu quero ser melhor, não é isso. Mas eu acho falta de respeito. Uma pessoa que fez faculdade como você, não te dá oportunidade de você também se engajar naquilo ali. Porque você fica fora. Não tem jeito. O corte é grande, é feio, é doido. E eu to brigando por isso. Agora com o (Secretário de Saúde de M17), eu falei pra ele. Eu quero que exista hierarquia, respeito à hierarquia, se não existir eu não sirvo pra trabalhar aqui. Eu falei bem pra ele assim, porque eu tô cansada. Eu falei pro doutor (médico clínico M17): - de agora em diante o senhor vai ter que se dirigir a mim pra perguntar de exames a receber, pra me passar medicação. O senhor vai ter que me orientar o que eu não souber. Eu agradeço muito porque eu quero me inteirar do programa do tuberculoso. Ah, tá, mas eu vou esperar a (auxiliar de enfermagem) Agora você entende um trem desse? Eu fico p da vida. Eu não quero ser melhor que ela, não é isso. Não quero tomar o lugar dela. Mas eu quero o meu espaço. Como ela tem o dela. Ela não deixa pegar uma fita de dentro da sala de vacina. Ela não empresta pra ninguém. Pode estar morrendo, estrebuchando, que ela não empresta. É isso que eu to falando. Aquela cadeirinha que é daquela sala, ninguém pode pegar”. (M17)

Essa mesma profissional, que já trabalha há dois anos na unidade diz:

“(....) Nunca trabalhei em saúde pública”. (M17)

Muitos enfermeiros que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde, hoje com o objetivo de planejar e coordenar as ações básicas de saúde na sua unidade e no município, e implementar estratégias como o Programa de Saúde da Família, normalmente vem do trabalho no sistema hospitalar, e carrega consigo essa lógica de trabalho.

Outra coisa que chama a atenção no discurso de M17 é o esforço de se justificar por desconhecer o atendimento de hanseníase em sua unidade. Não sabia se tinha havido campanha nesses dois anos, não sabia o número de pacientes, entre outras coisas. Alega que a auxiliar de enfermagem não “passa as coisas”, e que agora é que ela vai começar a “tomar pé da situação”.

Notamos que em muitos casos, a melhora da atenção em hanseníase, parece sempre fazer parte de uma “carta de boas intenções”, principalmente pelo enfermeiro.

“A gente vai tentar melhorar o atendimento dos pacientes de hanseníase pra valer mesmo, de uma maneira mais comprometida. Agora a gente tem o compromisso de avaliar as incapacidades no início, no meio e no fim do tratamento, pelo menos, estamos procurando cada vez saber mais, lidar com a doença. É tocar o programa de uma maneira mais séria. A gente precisa ainda aumentar a busca ativa, pra achar mais casos”.(M9)

Qual é o “espaço” (papéis) da enfermeira no contexto da Atenção Primária de Saúde hoje?

ALMEIDA e ROCHA (1997, p.20) em suas considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho, esclarecem que “a enfermagem, portanto neste modelo clínico de saúde é parte do trabalho médico; sua ação é um instrumento que cuidará ou fará cuidar do corpo doente”.

Além disso, no modelo clínico, outro tipo de atividade é relatada pelas autoras:

(...) é o ‘administrar’ e que não é realizado por todas as categorias de enfermagem, mas sim pela enfermeira. Os instrumentos utilizados entre outros, são: os próprios modelos e métodos de administração, normas e rotinas, a força de trabalho em enfermagem (os auxiliares), os equipamentos e materiais permanentes e aqueles para a manipulação e administração de drogas e soluções. A finalidade imediata é organizar e controlar o processo de trabalho, e a mediata é favorecer a ação de ‘cuidar’ para possibilitar a cura.

A enfermagem que atende a essas finalidades, do cuidar e administrar para a recuperação individual, é a ‘hospitalar’ ou a ‘enfermagem clínica’. (ALMEIDA E ROCHA, 1997, p.21)

FOUCAULT (1993, p.92), discorrendo sobre o nascimento da medicina social, afirma que “por intermédio da medicina social urbana, a prática médica se põe diretamente em contato com ciências extramédicas (...) A medicina urbana não é verdadeiramente uma medicina dos homens, corpos e organismos, mas uma

medicina das coisas: ar, água, decomposições, fermentos; uma medicina das condições de vida e do meio de existência.”

O movimento da medicina social incorpora a epidemiologia para compreensão dos fenômenos coletivos, que tem a clínica como um dos seus instrumentos de trabalho, juntamente com outros instrumentos como o saneamento ambiental, as políticas sociais, as ciências sociais, entre outras. ALMEIDA e ROCHA (1997).

Ainda ALMEIDA e ROCHA (1997, p.22) concluem que “como a enfermagem é uma parcela do trabalho em saúde, ela também vai estar presente na produção de serviços de saúde em nível coletivo. Será também um instrumento de trabalho, mas agora não mais do trabalho médico, e sim um dos instrumentos da saúde coletiva”.

Se na lógica do aumento da extensão da cobertura da assistência médica individual, a enfermagem atua principalmente nas chamadas pré e pós consulta, para diminuir o tempo empregado pelo profissional mais caro, o médico; na saúde coletiva, coube à enfermagem a vacinação, a supervisão e treinamento da equipe de enfermagem e visitantes para a realização de ações de vigilância epidemiológica e educativas.

“A enfermeira é responsável pelo Centro de Saúde, mas ela trabalha no hospital. Então, reuniões, ela que passa. Ela é responsável pelos funcionários daqui. Ela é responsável, mas ela trabalha no hospital. Então é muita coisa, você entende? Então na parte de hanseníase é só eu, mas também, porque nós temos só um, né? Não tem nem trabalho. E como ela é enfermeira nova, nessa parte da hanseníase, eu tenho mais experiência que ela”. (M15)

“A gente tá sem enfermeira, né? Eu como auxiliar não posso chegar no secretário: - Vamos fazer isso. Vamos fazer aquilo... pro secretário”. (M13)

Para VILLA e col. (1997, p.59),

(...) a especificidade do trabalho da enfermeira de dominar tecnicamente todas as ações de enfermagem, sem atuar

diretamente na sua execução, mas participar da coordenação, supervisão e controle da produção, é que não foi compreendida e aceita por todos os agentes. Talvez, por tratar-se de uma lógica de trabalho que não está centrada no atendimento clínico individual, podendo ser mensurada e responder imediatamente ao sofrimento humano, mas está voltada para a articulação, integração e controle de todas as atividades, resgatando a finalidade do trabalho coletivo em saúde.

Em alguns municípios, verifica-se que atividades referentes a exame dermatológico, teste de sensibilidade e avaliação de incapacidades são desenvolvidas pelo visitador sanitário.

Se por um lado, na concepção de alguns profissionais, a parte dita “técnica” do atendimento da hanseníase prescinde da presença da enfermeira, sua ausência é sentida na articulação com os outros serviços, com outras categorias profissionais e demais níveis hierárquicos e políticos.

Constata-se que nas unidades pesquisadas a equipe é apenas multidisciplinar, com o atendimento ainda polarizado entre o auxiliar de enfermagem ou visitador sanitário e o médico. Porém, o contato diário entre eles é mínimo, já que segundo alguns entrevistados, o profissional médico permanece por “*muito pouco tempo*” na unidade.

O poder “intelectual” do médico - diagnóstico e terapêutica - é cumprido rapidamente e então, ele está “liberado” para “correr” para o outro vínculo empregatício.

“É, mas é que na realidade, o médico está voando. Ele tá correndo demais. Ele não tá ficando em nenhum serviço direito. Este é um problema..., eu, no congresso mundial de dermatologia que teve lá em Paris no ano passado, conversando com um médico inglês..., aí ele trabalha num hospital, 8 horas por dia e atende 32 pacientes, e ganha oito mil euros, e é um serviço público! Bom, né? 32 pacientes. Aqui você não encontra nenhum médico que atenda menos de 60, 70, 100 pacientes por dia. Correndo que nem um doido. Ele toca serviço e encaminha paciente. Eu não sei qual o índice de resolução do cara, mas ele vai ser atendido no pronto socorro, ah eu tô com coceira não sei aonde. Vai pro especialista. Fica um empurra paciente, né? É

assim que funciona isso agora. Então se corre muito, o serviço médico funciona assim, pra atender essa demanda, a demanda porque o brasileiro vai muito ao médico, tem esse problema, sabe, a gente tem visto aí nesses convênios que tem estatística, 42% dos conveniados chegam a consultar todo mês, é um número absurdamente ridículo para qualquer parâmetro mundial, né? Eu não sei aqui da população de (M3), quanto eles consultam por mês, mas é um número fantástico isso aí, assim quem tem coisa de ambulatório vai pro pronto socorro, e sobrecarrega todos os serviços. Todos os serviços. Segunda – feira sobrecarrega o serviço por causa de atestado. É um pepino isto aqui, é..., resolver isto aqui. Quantos realmente precisam ir ao médico. E o médico está voando. Está sem tempo pra estudar. Está sem dinheiro pra ir pra congresso, hoje, né. Ele não consegue mais. Você pára o consultório uma semana. Então é um problema. O negócio é que ganha pouco hoje também, né. Quem trabalha no serviço público hoje em dia, trabalha 8 horas por dia e ganha RS 3.700,00. Esse cara não vai em congresso nenhum mais. É inviável. Então tem tudo isso, né? Sobrecarga. Má formação, né?” (M3)

Em muitos municípios, os médicos das unidades não residem na cidade, o que dificulta a disponibilidade destes profissionais na participação em outras atividades como cursos, palestras ou outras ações educativas desenvolvidas no município.

6.2.3 A DESCENTRALIZAÇÃO, A GESTÃO E A GERÊNCIA

Na discussão sobre a relação entre os diversos níveis de gestão, municipalização e a conseqüente descentralização do atendimento, houve dificuldade para discutir o conceito de descentralização com os entrevistados. Qualquer alusão à descentralização era entendida por muitos como o lugar físico, onde essas ações se dão, e não à sua conotação política e gerencial. Alguns se referiam então a serviços de fisioterapia ou oftalmologia que funcionavam no mesmo prédio e foram transferidos para outros locais. No entanto, a maioria concorda que o atendimento

tem que ser no município, mas ao mesmo tempo, que seja concentrado em apenas uma unidade, de certa forma mais “especializada” no atendimento.

“Olha, eu acho que a centralização é interessante, porque o grande problema é você ter cara formado pra fazer isso, né? Então eu acho que se vocês (grifo nosso) colocarem na U.B.S., vocês (grifo nosso) vão ter gente que não sabe hanseníase e é um pouco complicado né? Então eu acho que deve ter um centro de referência. Pros pacientes talvez fosse melhor tomar remédio na unidade deles, né, mas eu acho que tem que ter um lugar pra onde mandar esses pacientes porque o médico de periferia, ele se sente um pouco desesperado quando ele sabe que o paciente tem hanseníase. Eles não têm experiência para o tratamento. A hanseníase assusta os médicos.

(...) O médico acha que é complexa. Não é um paciente igual diabetes que toma o remédio e vai para casa, faz um examesinho e volta. O de hanseníase não. Ele tem reação, ele passa mal, ele tem que ter um lugar para ser socorrido, né? Eles gostam de ser consultados aqui. Eles vem e são atendidos no dia que vem né? Eu acho que é mais legal. Na periferia, com o grande número de outros pacientes, que vão na periferia, o médico vai ficar um pouco perdido, porque esse médico é generalista, não tem condição de saber o que é uma hanseníase, às vezes um vitiligo, ele, ele não tem biópsia, ele não sabe mandar as peças diagnósticas para biópsia, né? Então eu acho que tem que ter um indivíduo que mexa com isso mesmo. Então eu acho que tem que ter um serviço centralizado pro médico em desespero mandar o paciente dele. Quando o médico tiver dúvida. Se ele não tiver dúvida, ótimo, né? Quando ele tem dúvida do tratamento na periferia que mande pra cá”. (M3)

Fica clara a posição do entrevistado de considerar o atendimento à hanseníase complexo, necessitando de profissional muito experiente para tal. Porém, o que ele refere como centralização, traz na verdade o conceito de centro de referência que é o que acontece nessa situação.

Ou para obter um maior controle dos casos.

“Eu acho que é mais vantagem ser centralizado aqui no posto de saúde, porque, por exemplo, aqui é uma cidade pequena, então você poderia estar, você pode

convocar. Porque aqui tudo é perto pra gente né. Então a gente vai convoca, eles vêm. Você pode marcar uma fisioterapia. Você pode encaminhar. Ou se for pra uma outra especialidade. Se tiver que ir fora. Tem que sair tudo daqui. O controle tem que ser aqui”.(M17).

A única entrevistada que parece defender que os municípios que não tem atendimento continuem encaminhando para (M3), justifica-se:

“Na questão da descentralização, eu acho complicado, porque, eu acho assim, que o município tem que ter muita segurança com relação ao tratamento, começa desde colher a baciloscopia, né, até seguir o tratamento igual tem que ser seguido, né eu não acho nem todos estão preparados ainda, pra sofrer (grifo nosso) essa descentralização. A descentralização seria, tirar o atendimento daqui de Franca como é referência né, e deixar no município, principalmente os municípios mais próximos no caso de M14, M17, M16, todos são atendidos aqui, não é isso que você viu? Então eu acho meio complicado. Igual o doutor (dermatologista de M3) né, (...) ele é um ótimo dermatologista. Ele sabe diferenciar muito bem uma lesão de outra, né, é ele e a doutora (dermatologista) de Ribeirão⁹. Então a gente tem esse respaldo muito grande da parte deles né. Às vezes ele tem dúvida e manda pra ela. Às vezes ela manda de volta porque ela sabe que ele sabe. A gente tem essa facilidade. O médico tá em dúvida, manda pra cá. Pode ser até de M7. Manda pra cá”. (M14)

Algumas expressões destes depoimentos chamam a atenção, como o pronome **vocês** utilizado por M3, “*se vocês colocarem na U.B.S., vocês vão ter gente que não sabe hanseníase*”. A todo o momento o entrevistado se excluía de qualquer responsabilidade pela elaboração de políticas de hanseníase, apresentando-se apenas como técnico. Outra expressão utilizada por ele exemplifica melhor:

“Ah, isso não! Coisa de verba, de política do negócio, eu não sei”.(M3)

⁹ Refere-se ao município de Ribeirão Preto, referência para a região, em casos de recidiva.

O destaque à declaração de M14, refere-se a “*nem todos estão preparados ainda, pra sofrer essa descentralização*”, podendo traçar uma relação entre a descentralização e um processo penoso, difícil, que requer grande preparo.

Cabe aqui, buscar o conceito de descentralização. Para vários autores consultados, o termo admite várias interpretações.

Para JUNQUEIRA (1996, p.20),

(....) a descentralização tem um significado precípua, o da transferência de poder dos níveis centrais de governo para os mais periféricos, gerando autonomia de gestão em oposição a um poder centralizado e burocratizado. Nesse sentido, a descentralização emerge em oposição ao poder centralizado, determinando formas diversas de organização através da criação de instâncias de poder, tornando-o permeável aos interesses da sociedade e, portanto, dando maior eficácia à gestão.

JOVCHELOVITCH (1994, p.23) utiliza-o sob dois enfoques:

- intragovernamental, compreendendo o deslocamento do poder do governo federal para as esferas subnacionais (estadualização ou municipalização) ou de uma esfera subnacional (Estado) para a outra (Município).
- Relacionado com a democratização do País, envolvendo o deslocamento de poder do Estado para a sociedade, isto é, introduzindo a participação dos cidadãos.

No caso da saúde, visa a elaboração de políticas de saúde planejadas e executadas em níveis locais de saúde, com a intenção de melhor atender às expectativas e demandas de sua população adscrita.

Se alguns autores como DALLARI (1991) tencionam deixar clara a distinção entre descentralização e desconcentração, referindo-se àquela como distribuição de poder político e esta como simples distribuição de funções administrativas, outros como TEIXEIRA (1990) entendem a desconcentração como um processo da descentralização.

A descentralização da saúde no Brasil vem sendo discutida principalmente desde a década de 80, tendo como cenário a grave situação econômica, com conseqüente crise da Previdência Social, e o processo de redemocratização do país.

o que foi possível devido a vitória da oposição aos governos estaduais em 1980, e posteriormente no próprio INAMPS e Ministério da Saúde, com a nova república.

Várias iniciativas de hierarquização e descentralização do atendimento foram incitadas, tendo como marcos a VIII Conferência Nacional de Saúde, cujo texto final serviu como base para o capítulo da saúde na Assembléia Nacional Constituinte em 1988.

Após a nova constituição, a década de 90, caracteriza-se pela elaboração do arcabouço jurídico do Sistema Único de Saúde, através das leis 8080/90, 8142/90, e as NOB (Norma Operacional Básica) de 1991, 1992, 1993 e 1996. O incremento da gestão municipal dá-se com a NOB 01/93, que estabelece alternativas de gestão incipiente, parcial e semiplena, que servem como base para o repasse de recursos fundo a fundo, e continua com a NOB 01/96 que cria as categorias Gestão Plena de Sistema de Saúde Municipal e a Gestão Plena de Atenção Básica de Saúde, e introduz o repasse *per capita* para as ações de atenção básica desenvolvidas no município. SCATENA e TANAKA (2001)

Para LEVCOVTIZ e col. (2001, p.270), essa “concretização dos princípios do SUS, estará em constante tensão por diversos obstáculos estruturais e conjunturais”. Os mesmos autores ressaltam que a “descentralização é a única diretriz organizativa do SUS que não colide com as idéias neoliberais fortalecidas nos anos 90”.

A descentralização entendida como redistribuição das responsabilidades pelas ações de saúde, nos vários níveis de governo, resulta no processo chamado de municipalização.

Esse processo é assim sentido pelos entrevistados:

“Eu acho que depois que municipalizou, ficou do mesmo jeito. A gente não sente grande diferença entre o funcionário que antes era do estado, e hoje é da prefeitura né? E nem no atendimento. Eu acho que antes quando era do estado a responsabilidade de tratar da hanseníase, a gente sentia que ficava muito longe da informação. Agora que teoricamente é o município, a gente continua ficando longe da informação, porque o município que deveria traçar as políticas locais, também não traça. Acho que é uma coisa assim meio esquizofrênica, sei lá. Parece que o

não traça. Acho que é uma coisa assim meio esquizofrênica, sei lá. Parece que o município é o responsável pela saúde igual a viúva Porcina, lembra? Aquela que foi sem nunca ter sido”. (M9)

O sentimento geral dos entrevistados é o de perceber pouca diferença na forma de atuação dos serviços e dos municípios, após a municipalização. Isso é particularmente notado quando se refere à hanseníase, com seu atendimento tradicionalmente sob a tutela da Secretaria de Estado de Saúde.

Quanto ao planejamento das ações de hanseníase no município:

“O planejamento das ações de hanseníase? Eu acho que vem direto lá de São Paulo”.(M3)

“Não, é tudo pela Vigilância Epidemiológica¹⁰. Sai daqui. A gente tem um apoio muito grande da enfermeira da DIR, então ela tá sempre em parceria com nós”. (M5a)

“Não, são tocadas somente as ações da DIR e as exigências da DIR. Fora disso não se faz nada aqui. Você tá entendendo o que eu quero falar?” (M17)

BARATA e col. (2003, p.13) ponderam que “a responsabilidade da gestão municipal de saúde consiste no planejamento e execução da política de saúde, de forma a atingir todos os objetivos do SUS, **para a população do próprio município** (grifo dos autores)”. Os autores também discutem no mesmo documento, os problemas referentes à regionalização e hierarquização do atendimento, destacando a NOAS-SUS 01/2001 (Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS), que propõe o Plano Diretor de Regionalização, para estabelecer as áreas geográficas, os fluxos e as pactuações entre os gestores (Programação Pactuada Integrada – PPI).

A NOAS (2001) define “como áreas de atuação estratégicas mínimas para a habilitação na condição de Gestão Plena da Assistência Básica Ampliada: o controle da tuberculose, **a eliminação da hanseníase** (grifo nosso), o controle da hipertensão

¹⁰ Refere-se ao Serviço de Vigilância da Unidade, que também responde pelo município.

saúde bucal (...)"'. O detalhamento das responsabilidades e ações estratégicas de atenção básica que a NOAS propõe para a eliminação da hanseníase pode ser visto no anexo V.

ANDRADE e col. (2000, p.88), pontuam que a NOB 01/96, “definiu de forma clara e precisa, a diferença conceitual entre gerência e gestão. Assim a gerência foi conceituada como ‘a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação, etc), que se caracteriza como prestador de serviços ao sistema’, e a gestão como ‘a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional) mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria”.

Os entrevistados se posicionam em relação aos gestores de saúde de seus municípios e sua atuação no tocante à hanseníase:

“Tem, tem então, isso que eu to te falando. Antes era a doutora (X) agora é o (XX), o filho do prefeito. (...) e eles sempre deixam pra depois, porque eles não sabem na verdade o que é a doença”. (M17)

“O secretário, ele participa na semana da campanha. A gente fala pra ele. Vai ter a campanha, assim, assim, assim. O senhor vai assinar o ofício?” (M13)

“Os municípios pequenos tem mais dificuldade de ter gente com formação para exercer a função de gestor da saúde. O ideal é que o gestor de saúde conseguisse fazer mais curso de aprender a ser gestor mesmo, né? Ou que pelo menos fosse um médico ou enfermeira sanitaria, com uma visão um pouco mais ampla de saúde pública. Acontece que esses cargos em município como o nosso, com raríssimas exceções são políticos. A gente pula miudinho pra conseguir fazer entrar na cabeça do Senhor Secretário, que tal coisa que é... preventiva, vai dar resultado em médio ou longo prazo. Os caras querem coisas que dêem visibilidade imediata, né?” (M12)

A participação dos gestores municipais nas atividades de controle da hanseníase é pequena, segundo os entrevistados. Há uma percepção de que as indicações para os cargos de secretários ou coordenadores de saúde não respondem a critérios técnicos o que dificulta até a comunicação com os mesmos.

Há destaque para a falta de um interlocutor ou pessoa responsável pelo Programa de Hanseníase no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de M3, município que é referência para o atendimento da doença na região.

“Tem ou tinha, eu nem sei quem é mais. Tinha uma mocinha, né? Agora... não sei quem é agora. Na Secretaria de Saúde tinha uma moça que fazia isso. Agora não sei se saiu. Se mudou, se saiu. Normalmente quando vem alguma coisa é uma ação do Estado”. (M3)

“Não tem. (...) Eu tenho muita dificuldade em relação à V.E. (vigilância epidemiológica) municipal daqui (refere-se a M3). Eu acho que onde tem atendimento de hanseníase e tuberculose, não só essas duas, mas, tem que ter um responsável municipal”. (M14)

A falta de alguém que responda pela hanseníase em M3 é citada diversas vezes pela interlocutora da região. A comunicação com a unidade de atendimento fica prejudicada, já que as informações “passam” pelo município. Além disso, percebe-se ausência de construção de estratégias de enfrentamento com elaboração conjunta entre o Serviço de Referência, o município e a DIR.

6.2.4 A REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA PELO PSF

O Programa de Saúde da Família é apontado por muitos como estratégia privilegiada para as ações de controle e eliminação da hanseníase.

“(....) a salvação da pátria pode ser o PSF. Se realmente isso for levado a sério, porque eu acho que apareceu como um projeto meio assim de propaganda do

ministro Serra e daí ninguém tem coragem de ir contra, mas você sabe, né, não acaba, mas também não investe como deveria. Bom, mas eu tava dizendo que teoricamente o PSF teria muita condição de ajudar no controle dos pacientes e na descoberta de casos novos. A gente tem que ser otimista, né?” (M9)

“Agora a gente tá começando a dar mais em cima das agentes do PSF, pra ficar mais espertas em relação à hanseníase. Esses dias eu até elogiei pra caramba uma agente que foi olhar um machucado nas costas de um moço, lá na casa dele, e viu umas manchas perto da nuca e encaminhou pra gente. Tá certo que era só micose, né, mas começa assim. O importante é que ela pensou que podia ser e encaminhou, né?” (M12)

“O PSF ainda não está muito bom. Está começando a engatilhar... Já faz uns dois anos que tem ele. Agora eu acho que o ano que vem vai ser muito bom. É ano político, né? (...) Então o problema é isso aí. Teria que ter uma funcionária do PSF, que eu acho muito importante. Que uma pessoa do PSF saiba. Treinar essa parte. Porque ela vai fazer o quê? Ela vai fazer visita na casa, então é muito mais fácil ela achar do que eu que vou fazer visita em quem eu já sei que tem hanseníase. Pra procurar hanseníase, é muito importante o funcionário do PSF.(...)Eu acho que nessa parte, eu acho que o PSF, eu acho que é falha. O PSF não vai nas casas? Então é importante que quando fosse na casa fizesse uma boa visita”. (M15)

O PSF (Programa de Saúde da Família) é uma estratégia proposta pelo Ministério da Saúde com o intuito de reorganizar o modelo assistencial brasileiro, priorizando o nível de atenção básica. Sua atenção está centrada na família em seu ambiente físico e social.

Sua história no Brasil começa em 1991 com a formulação do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde). A implementação do PSF dá-se em 1994 com a formação das primeiras equipes de Saúde da Família. Preconizava para o Programa, as seguintes características: caráter substitutivo – substituição das práticas tradicionais de assistência por outras focadas na prevenção e promoção da saúde; integralidade e hierarquização – primeiro nível de ação de saúde, integrada a serviços

de maior complexidade que se fizerem necessários; territorialização e adscrição da clientela – através do cadastramento da população da área definida e equipe profissional – composta por no mínimo um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde.

O maior estímulo, entretanto, à implantação do PSF, dá-se a partir da NOB 96 (Norma Operacional Básica do SUS 1996), com a criação de incentivos financeiros de repasse de recursos federais aos municípios através do PAB (Piso de Atenção Básica). Esses repasses podiam ser fixo (*per capita*) ou variável para incentivo de determinados programas. Aí se incluem o PSF e PACS.

Desde sua implantação, porém, o PSF vem despertando calorosas discussões entre os sanitaristas e outros militantes das políticas públicas de saúde no país.

BUENO e MERHY (1997), criticam a contraposição pretendida pelo modelo assistencial do PSF ao modelo clínico assumido pela NOB 96, “como se o modelo clínico fosse do mal, sem possibilidade de uma nova ética com acolhimento, vínculo, responsabilidade e compromisso, o que só é possível no modelo epidemiológico que é do bem”.

Em outro artigo, MERHY e FRANCO (2000), ponderam que as ações do PSF agem como linha auxiliar do Modelo Médico, delimitando os terrenos de competência entre eles: o PSF “cuida” da saúde coletiva, enquanto a corporação médica “cuida” da saúde individual. Para eles, essa atitude favorece o “projeto neoliberal privatista”, já que não há disputa anti-hegemônica. Para estes autores o PSF no contexto da Assistência Primária à Saúde faz parte da “cesta básica” de procedimentos proposta pelo Banco Mundial aos países em desenvolvimento, para dar cumprimento à lógica neoliberal.

No entanto, o aspecto mais importante a discutir é a “obrigatoriedade” sentida pelos municípios na implementação dos PSF/PACS, como forma de obter recursos do PAB variável.

MARQUES e MENDES (2003, p.405, 407) ponderam que “a NOB 96 em que pese ser um instrumento na operacionalização da descentralização do sistema – ao incrementar as transferências diretas fundo a fundo no campo da atenção básica, pode estar se constituindo num obstáculo no avanço da construção de uma política de saúde fundada nas necessidades do nível local”. Para os mesmos autores, a NOAS-

SUS 01/2001 - Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS, “segue a mesma lógica descrita anteriormente, isto é, usa o financiamento como o principal instrumento da política de saúde”.

Relativo ainda ao financiamento do sistema, os autores concluem que “embora conte com recursos federais e estaduais, o PSF é financiado largamente pelos recursos próprios municipais. Contudo, essa fonte de recursos tem se configurado de maneira problemática a partir da segunda metade da década de 1990, isso porque, de um lado, a crise das finanças dos municípios dificulta o gasto com saúde e, de outro, há as limitações impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal às despesas com pessoal do PSF”. (MARQUES e MENDES, 2002, p.165)

MEHRY e FRANCO (2000) criticam o alto grau de normatividade na implantação do PSF (formato e funções da equipe, estrutura, forma de cadastramento da equipe) sobre pena dos que não seguirem à risca as orientações, serem penalizados no sistema de financiamento.

Vários autores consultados usam a palavra “engessamento” quando se referem a esse repasse “carimbado” de fundos, pois os mesmos estariam impondo modelos aos municípios, que não têm autonomia para utilização dos recursos da Atenção Básica, da maneira que julguem mais adequadas às suas realidades locais.

A implantação das equipes do PSF nos municípios pesquisados não foi objeto de aprofundamento deste trabalho.

Embora haja o reconhecimento por parte dos entrevistados da possível ação facilitadora de detecção de casos suspeitos de hanseníase, pela visita dos agentes comunitários de saúde a todas as famílias inscritas, não há ainda indicadores para que se possa avaliar sua atuação.

Mesmo com a suspeição de casos por parte dos agentes comunitários, o caminho percorrido pelos pacientes, continuará sendo o mesmo em muitos municípios, isto é, será encaminhado para a enfermeira ou auxiliar de enfermagem ou visitadora do programa de hanseníase, que o encaminhará ao médico clínico ou pediatra da unidade, que o encaminhará para o médico dermatologista do município de referência, para confirmação diagnóstica e estabelecimento da terapêutica.

7 CONCLUSÕES

Mediante as análises realizadas, foram possíveis as seguintes conclusões:

Quanto às ações de controle:

- Os problemas referentes ao diagnóstico precoce da hanseníase são relativos à deficiência na formação dos profissionais de saúde, desconhecimento acerca da doença pela população e profissionais, e incerteza na determinação da competência da realização do diagnóstico.
- A confirmação do diagnóstico de hanseníase é atribuída ao médico especialista, o dermatologista.
- Muitos municípios não realizam ações básicas de diagnóstico e nem mesmo coleta de baciloscopia e biópsia.
- Quando feito o diagnóstico, o tratamento é realizado de forma satisfatória, com pouco índice de abandono, e bom controle de faltosos e comunicantes. Não há deficiência de medicamentos que compõem o tratamento, e outros medicamentos e materiais necessários são arcados pelos municípios quando solicitados.
- Muitos municípios (e até a unidade de referência) não realizam avaliação e prevenção de incapacidades de forma sistematizada.
- O sistema de informação proposto pelo SUS (SINAN), é deficiente no nível local e regional, havendo disparidades de números, falhas no fluxo de notificação e na dotação de insumos de informática nas unidades e municípios. Observa-se também a não realização de análise dos dados epidemiológicos de maneira sistemática por esses níveis, o que dificulta o planejamento e acompanhamento das ações de controle por parte dos serviços e gestores locais.
- As campanhas anuais de divulgação da doença são realizadas com muitas variações de intensidade e participação, mas sempre com a co-participação da DIR. Há unanimidade no sentido de enfatizar o uso da mídia televisiva como a de maior alcance e resultados.
- Relato com associação positiva de casos diagnosticados precocemente, durante campanha de divulgação de hanseníase em município que realiza

exame dermatológico em indústrias e outras instituições, somadas com divulgação também para os médicos de outros serviços. Tem-se também referência de encaminhamento de descoberta de casos por agentes do PSF, apontando a necessidade de incremento de ações de busca ativa, para detecção de casos, rompendo com a espera da demanda espontânea.

- Reforça-se a necessidade de discussão de novas formas de verificação de índices de prevalência e prevalência oculta, nos municípios com população menor que 20.000 habitantes, já que os mecanismos existentes têm se mostrado inadequados a esses propósitos.
- Há um distanciamento dos profissionais de saúde na própria percepção como agente participante do processo de eliminação da hanseníase.

Referentes aos Recursos Humanos:

- Há deficiência de treinamentos para aumento de suspeição diagnóstica para médicos de outras especialidades e demais profissionais de saúde; de avaliação e prevenção de incapacidades e sobre aspectos gerais da doença, para os profissionais que já trabalham com hanseníase.
- Alguns treinamentos realizados não alcançam seus objetivos, já que o profissional treinado ainda não se sente capaz de realizar as atividades propostas, como, por exemplo, o manejo do SINAN e avaliação de incapacidades, podendo apontar para necessidade de acompanhamento e supervisão.
- Os municípios, mesmo os maiores, não realizam treinamentos próprios. Há ainda dependência dos níveis regionais e centrais.
- A organização do trabalho nos serviços de saúde pública incluindo a hanseníase sofre várias determinações como:
 - A estrutura da equipe multidisciplinar com polarização do atendimento entre médico e auxiliar de enfermagem e/ou visitador sanitário; ausência de outros profissionais (assistentes sociais, psicólogos, etc.) envolvidos na equipe; falta de interdisciplinaridade no atendimento.

- Representações dos profissionais acerca do trabalho com hanseníase com permanência de dimensão de “sacerdócio”, porquanto “amadora” no desempenho das atividades.
- Papéis ocupados por cada profissional. Há um crescente acúmulo de atividades gerenciais por parte do enfermeiro, que realiza menos atividades técnicas, porém com um papel de articulação importante. O médico por outro lado, tem se limitado ao atendimento clínico individual, participando cada vez menos das atividades de planejamento, educativas e de equipe. As atividades que envolvem procedimentos e controle epidemiológico de casos são realizadas pelos auxiliares de enfermagem e visitantes sanitários.

Relativos à descentralização, à gestão e à gerência:

- Nota-se pouca ou nenhuma preocupação e/ou participação dos gestores municipais em relação à discussão da eliminação da hanseníase.
- Não existe incentivo por parte da interlocução de hanseníase da DIR XIII, para que os municípios realizem todas as ações básicas do Programa de Hanseníase (previstos na Portaria MS nº 95 NOAS/SUS/2001). Pelo contrário, há estímulo para que continuem encaminhando ao município de referência.
- Não há como demonstrar correlação entre a implementação da NOB 96 a partir de 1998, dos pontos de vista epidemiológico e operacionais.
- Os municípios precisam empenhar esforços para cumprir a determinação da legislação vigente na saúde que determina que a eliminação da hanseníase se enquadra dentro das ações básicas de saúde.

Concernentes à reorganização do atendimento pelo PSF

- Existe por parte dos profissionais, expectativa quanto à otimização da detecção de casos de hanseníase com a atuação do PSF/PACS.
- Não há elementos para avaliar como a implantação do PSF/PACS tem se dado nos municípios da DIR XIII ou o impacto que sua atuação traz ao projeto de eliminação da hanseníase.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida ES, Chioro A, Zioni F. Políticas Públicas e Organização do Sistema de Saúde: Antecedentes, Reforma Sanitária e o SUS. In: Westphal MF, Almeida ES (organizadores). **Gestão de Serviços de Saúde: Descentralização, Municipalização do SUS**. São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo; 2001.

Almeida MCP, Rocha SMM. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: Almeida MCP, Rocha SMM (Orgs.) **O Trabalho de Enfermagem**. São Paulo: Cortez; 1997.

Andrade LOM, Pontes RJS, Martins Junior T. A descentralização no marco da reforma sanitária no Brasil. **Rev Panam Salud Publica** 2000; 8 (1-2): 85-91.

Andrade VLG. A urbanização do tratamento da hanseníase. **Hansen Int** 1995; 20 (2): 51-59.

Andrade VLG, Virmond M, Suárez RG, Moreira T, Fernando G, Custódio A. Uma nova abordagem para acelerar a eliminação da hanseníase. **Hansen Int** 1999; 24 (1): 43-48.

Andrade V. A eliminação da Hanseníase no Brasil. **Hansen Int** 2000; 25 (2): 177-179.

Barata LRB, Tanaka OU, Mendes JDV. **O papel do Gestor Estadual no Sistema Único de Saúde (S.U.S.)**. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo: Impresso no Serviço Gráfico do DAS; 2003.

Bardin L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2003.

Bíblia Sagrada. Edição pastoral. São Paulo: Paulus; 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde**. Departamento de Operações/Fundação Nacional de Saúde, 1991 [Mimeografado].

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária. **Guia de controle da hanseníase**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 1994.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203 de 1996. Dispõe sobre a Norma Operacional Básica do SUS 01/96. Brasília.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde - SPS. Departamento de Gestão e Políticas Estratégicas - DGPE. **Hanseníase no Brasil: Progressos e Dificuldades em Relação à Eliminação**. Brasília; 1998. [Mimeografado].

Brasil. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Disponível em <URL: <http://www.saude.gov.br/programas/pacs/pacs.htm>> [2000 Nov 10].

Bueno WS, Merhy EE. **Os equívocos da NOB 96. Uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes?** Disponível em <URL: <http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm>> [2004 fev 02].

Castro CGJ. **O processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) – Estudo de um caso em município de gestão semiplena**. São Paulo; 1999 [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Claro LBL. **Hanseníase: Representações sobre a doença**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1995.

Cristofolini L. Prevenção de Incapacidades na Hanseníase. **Rev Bras Enf** 1982; 35: 226-237.

Cunha AZS. Hanseníase: aspectos da evolução do diagnóstico, tratamento e controle. **Ciênc Saúde Coletiva** 2002; 7(2): 235-242.

Dallari SG. O papel do município no desenvolvimento de políticas de saúde. **Rev Saúde Pública** 1991; 25 (5): 401-405.

Deps PD. Como o *Mycobacterium leprae* é transmitido? **Hansen Int** 2001; 26 (1): 31-36.

Follis CD, Pereira CA. **Saúde Pública: os desafios e avanços da municipalização em Franca**. Franca; 1998 [TCC – Serviço Social – FHDSS – UNESP – Franca].

Foulcault M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal; 1993.

Franco TB, Merhy EE. **PSF: Contradições e novos desafios**. Disponível em <URL: <http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm>> [2003 dez 11].

Garbino JA. **Gênese das incapacidades em hanseníase**. “Instituto Lauro de Souza Lima” – Centro de Estudos “Dr. Reynaldo Quagliato”. Bauru; 1991 [Mimeografado].

Gea NCCF, Souza MF, Yashiro S. **Avaliação de Incapacidade em Hanseníase nas Unidades do Núcleo 5 do Município de São Paulo**. São Paulo; 1999 [Mimeografado].

Goffman E. **Estigma**. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1982.

Haddad EGM. Neoliberalismo e Políticas Sociais. Palestra de Abertura da X Semana de Serviço Social – UNESP/Franca. **Serviço Social & Realidade** 1995; 4 (2): 35-55.

Jovchelovitch M. **Municipalização e Saúde – Possibilidades e Limites**. Porto Alegre: Ed. da Universidade/UFRGS; 1994.

Junqueira LAP. **Mudança – uma causa compartilhada – do ERSA ao SUS**. São Paulo; 1995. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Lana FCF. **Políticas Sanitárias em Hanseníase, História Social e a Construção da Cidadania**. Ribeirão Preto; 1997. [Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP].

Lechat M F. Epidemiologia e Incapacidades. **Hansen Int Special** 1998; 85-88.

Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciênc Saúde Coletiva** 2001; 6 (2): 269-291.

Lombardi C. Tendência secular da detecção da hanseníase no Estado de São Paulo. **Rev Pat Trop** 1993; 22: 407-487.

Lombardi C, Martolli CMT, Almeida e Silva S, Suárez REG. La eliminación de la lepra de las Américas: situación actual Y perspectivas. **Rev Panam Salud Publica** 1998; 4 (3): 149-155.

Marques RM, Mendes A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cad Saúde Pública** 2002; 18 supl, 163-171.

Marques RM, Mendes A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? **Ciênc Saúde Coletiva** 2003; 8 (2): 403-415.

Maurano F. História. In: Serviço Nacional da Lepra – **Tratado de Leprologia** – (Vários autores). Rio de Janeiro; 1950.

Mendes Gonçalves RB. **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; 1986. [Tese de Doutorado - Faculdade de Medicina da USP].

Merhy EE.; Franco TB. **PSF: Contradições de um Programa Destinado à Mudança do Modelo Assistencial**. 1999 [Mimeografado].

Merhy EE.; Franco TB. **Programa de Saúde da Família: somos contra ou a favor? Só analisando antes para dizer depois**. [Mimeografado].

Minayo MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC; 2004.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. Portaria n°. 816/GM de 26/07/00; Aprova as diretrizes destinadas a orientar em todos os níveis do Sistema Único de

Saúde – SUS – as medidas de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de hanseníase no País. **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 jul. 2000. Seção 1, p. 26.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. Portaria nº. 1073/GM de 26/09/00; Expede as instruções normativas destinadas a orientar o desenvolvimento das ações de controle e de eliminação da hanseníase. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 set. 2000. Seção 1, p. 18.

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 95. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 jan. 2001. Seção 1, p.22.

Monteiro YN. **Hanseníase: história e poder no estado de São Paulo**. *Hansen Int* 1987; 12 (1): 1-7.

Monteiro YN. **Da maldição divina à exclusão social: um estudo da hanseníase em São Paulo**. São Paulo; 1995. [Tese de Doutorado – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas - USP].

Nemes, MIB. **A hanseníase e as práticas sanitárias em São Paulo. 10 anos de sub-programa de controle da hanseníase na Secretaria de Estado da Saúde (1977 – 1987)**. São Paulo; 1989. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina da USP].

Nogueira W. **Eliminação da Hanseníase: um projeto de impacto de uma intervenção em municípios do Estado com prevalência de eliminação**. São Paulo; 2002. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina da USP].

Noordeen SK. Eliminating of Leprosy as a Public Health Problem – Is the optimism justified? **World Health Forum** 1996; 17 (2): 109-118.

Ochoa CEG, Abreu A. Vigilância de la lepra em situaciones de baja prevalência. **Rev Panam Salud Publica** 2001; 9 (2): 94-101.

Organização Mundial de Saúde. **Documento traduzido pelo GT/Hansen/CONASEMS, do original do Kit Global Alliance, Abdijan, Novembro, 1999**. Parceiros. Julho 2000. Disponível em <URL: <http://www.novartis.com.br/aliancaglobal/html/>> [2001 ago 11].

Organização Pan-americana de Saúde. Divisão de Prevenção e Controle de Doenças Transmissíveis. Programa de Doenças Transmissíveis. **Hanseníase hoje. Eliminação da hanseníase das Américas**. Brasília; 1996. [Mimeografado].

Pedrazzani ES. **A enfermagem de saúde pública no controle da hanseníase**. São Paulo; 1984. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Pernambuco, JCA, Fleury, RN. Hanseníase. In: Melaraguo, RF. **Neuroimunologia**. Rio de Janeiro: Sarvier; 1982.

Pierantoni CR. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciênc Saúde Coletiva** 2001; 6 (2): 341-360.

Pinto Neto, JM et al. O controle dos comunicantes de hanseníase no Brasil: uma revisão da literatura. **Hansen Int** 2000; 25 (2): 163-176.

Queiroz MS, Puntel MA. **A endemia hansênica: uma perspectiva multidisciplinar**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997.

Queiroz MS. Hanseníase no Brasil: uma perspectiva histórica dos paradigmas e modelos institucionais de enfrentamento da doença. In: Canesqui AM (org.) **Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico – São Paulo**: Hucitec; 2000.

Quivy R, Campenhoudt LV. **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. 2^a ed. Lisboa: Gradiva; 1998.

Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Saúde. Assessoria de Dermatologia Sanitária. **O que mudou na Hanseníase com a NOAS**. Disponível em <URL: <http://www.saude.rj.gov.br/Hansenise/Documentos/finalnoasmiolocapa.pdf> [2004 jan 23].

Rosen G. **Uma história da Saúde Pública**. São Paulo: Hucitec: Editora da Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós – Graduação em Saúde Coletiva; 1994.

Salazar AR. La Invisibilidad de la Lepra y la Permanencia Del Estigma. In: Barata RB, Briceño-Leon R. (Orgs). **Doenças Endêmicas – abordagens sociais, culturais e comportamentais**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2000.

Scatena JHGS, Tanaka OY. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde e Sociedade** 2001; 10 (2). Disponível em < URL: http://www.apsp.org.br/saudesociedade/X_2/os_instrumentos_normalizadores.htm > [2004 jan 26].

Santana ML, Carmagnani MI. Programa de Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade** 2001; 10 (1): 33-42.

Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica Prof. Alexandre Vranjac – CVE. Divisão de Vigilância Epidemiológica da Hanseníase. **Relatório da Endemia Hansênica no Estado de São Paulo**. São Paulo; 1997 [apostila].

Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica Prof. Alexandre Vranjac – CVE. Divisão de Vigilância Epidemiológica da

Hanseníase. **Plano para Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública no Estado de São Paulo – 1999 a 2002.** São Paulo; 1998 [apostila].

Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Resolução SS – 31 de 19/02/1999, aprova a Norma Técnica que estabelece as diretrizes e Estratégias para as ações de controle da Hanseníase e Preconiza Esquemas de Tratamento. **Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 20 fev. 1999. p. 17,18,19,20.**

Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Resolução SS – 130 de 08/10/2001, aprova a Norma Técnica que estabelece as diretrizes e Estratégias para as ações de controle da Hanseníase e Preconiza Esquemas de Tratamento. **Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 10 out. 2001 p. 19, 20 21, 22.**

Teixeira SMF. Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas. **Rev Adm Pública** 1990; 24 (2): 78-99.

Triviños ANS. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais. A Pesquisa Qualitativa em Educação.** São Paulo: Atlas; 1987.

Villa TCS, Mishima SM, Rocha SMM. A Enfermagem nos Serviços de Saúde Pública do Estado de São Paulo. In: Almeida MCP, Rocha SMM (Orgs.) **O Trabalho de Enfermagem.** São Paulo: Cortez; 1997.

World Health Organization. Elimination of leprosy as a public health problem (update). **Wkly Epidemiol Rec** 1998; 40: 308-311.

World Health Organization. Leprosy, Global Situation. **Wkly Epidemiol Rec** 2000; 75 (28): 226 – 231.

Zuñiga MG. Evolución de la Endemia de la Lepra en las Americas e Proyecciones para el Año 2000, in: **Seminario Bolivariano sobre el Control de la Lepra.** Caracas: OPS; 1983.



Foto da capa – paciente de hanseníase da República Democrática do Congo, 1938, cantando para árvore de *chaulmoogra*, cujo óleo foi utilizado como tratamento para a hanseníase por longo período. Foto de E. Ross. Cortesia – American Leprosy Missions. Disponível em www.idealprosydignity.org/aboutlep/aboutlep2.htm [2004 mar].

ANEXO I**CARTA DE APRESENTAÇÃO DA PESQUISADORA ÀS UNIDADES E
MUNICÍPIOS DA DIR XIII – FRANCA**

Franca, maio de 2003.

Prezado (a) Sr (a)

Meu nome é Niomara de Cássia Cunha Fernandez Gea, sou enfermeira e mestranda da Faculdade de Saúde Pública da USP, sob orientação da Profa. Dra. Cleide Lavieri Martins. Atualmente moro em Franca, e trabalho na *UNESP* (Universidade Estadual Paulista, campus de Franca).

Minha pesquisa pretende analisar as Ações de Controle da Hanseníase na região da *DIR XIII*, e para isso estou enviando aos 22 municípios que a compõem, questionário alusivo a essas ações.

Esclareço que por força de orientação de Ética em Pesquisa, os nomes dos pesquisados serão mantidos em sigilo.

Peço que o questionário seja preenchido e postado no envelope anexo, o mais rápido possível (até o dia 10 de junho, se possível).

Certa de poder contar com sua valiosa colaboração nesta pesquisa, que pretende conhecer melhor nossa realidade e talvez fornecer subsídios para melhora-la, despeço-me inteiramente grata.

Atenciosamente,

Niomara C. C. F. Gea

Contato: fone:
e-mail – niomara@usp.br

ANEXO II
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ fui informado(a) que estou sendo convidado a participar de pesquisa intitulada : **As Ações de Controle da Hanseníase na Região da DIR XIII - Franca – S. P.**; destinada a obtenção do título de Mestre da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, da aluna Niomara de Cássia Cunha Fernandez Gea sob orientação da Profa. Dra. Cleide Lavieri Martins.

Caso eu aceite participar, serei entrevistado(a) individualmente, uma vez ou mais, a depender da necessidade do estudo. A(s) entrevista(s) poderá (ão) ser gravada(s). Nesta(s) entrevista(s) serão abordadas a história e forma do atendimento de hanseníase na minha unidade ou cidade, e dados epidemiológicos e operacionais da doença.

Na divulgação dos resultados da pesquisa meu nome será omitido, não sendo possível a identificação da autoria do depoimento.

Estou ciente de que não receberei nenhum tipo de pagamento por participar do estudo.

Não receberei nenhum tipo de punição, caso não concorde em participar, independente do momento em que tomar esta decisão.

Após ter lido o presente termo e recebido verbalmente as informações acima, eu decidi participar da pesquisa em questão de forma livre e esclarecida, registrando meu consentimento em duas vias de igual teor, das quais uma fica em minha posse, e a outra da pesquisadora.

Por ser verdade firmo o presente,

_____, _____ de _____ de 2002.

Fone da pesquisadora:

e-mail – niomara@usp.br

ANEXO III – Questionário enviado às unidades que prestam atendimento de hanseníase

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO (apenas para que a pesquisadora possa entrar em contato, se necessário. Não será divulgado na pesquisa).

Nome _____ Fone _____

Função _____ Cargo _____

Nome da Unidade _____

Município _____

AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE REALIZADAS PELA UNIDADE

(Assinale com um X, e escreva as explicações que julgar necessárias)

ATIVIDADE	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
Consulta médica - pacientes			
Consulta médica - comunicantes			
Consulta do enfermeiro			
Atendimento de enfermagem			
Coleta de Biópsia			
Coleta de Baciloscopia			
Dispensação de medicamentos - PQT			
Curativos			
BCG em comunicantes			
Notificação no SINAN			
Planilhas de controle			
Controle de faltosos			
Visita domiciliária			
Ação educativa individual			
Ação educativa em grupos			
Avaliação de incapacidades (mão, pé e olho)			
Prevenção de incapacidades (mão, pé e olho)			
Outras			Quais?

CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE

1- A sua unidade:

Era estadual ou federal e foi municipalizada ()

Sempre foi municipal ()

Outros () Quais? _____

(Para unidades que foram municipalizadas, responda as questões de 2 a 5)

2 - Quando sua unidade foi municipalizada? _____.

3 - Já tratava hanseníase antes da municipalização? Sim () Não ()

4 - Há quanto tempo? _____.

5 - Na sua opinião, o atendimento de hanseníase, após a municipalização:

5.1 - Melhorou em que aspectos?

5.2 - Piorou em que aspectos?

5.3 - Nem piorou, nem melhorou () Explique _____

(Para unidades que sempre foram de âmbito municipal, responder as questões 6 e 7)

6 – Sua unidade foi criada há quanto tempo? _____.

7 – Há quanto tempo trata hanseníase? _____.

(Para todas as unidades)

8 – Como é constituída a equipe que atende hanseníase na sua unidade?

9 – Existe alguma dificuldade para constituir essa equipe? Sim () Não ()

Quais?

10 – Para onde encaminha os pacientes em caso de necessidade de:

oftalmologia -

fisiatria ou fisioterapia -

cirurgias -

tratar reações e/ou complicações -

11 – Recebe retorno desses encaminhamentos?

Sim ()

Não ()

Às vezes ()

12 – Aconteceram treinamentos específicos de hanseníase nos últimos 5 anos:

- Na sua unidade ()
- No município ()
- Na região ()
- Em Bauru ()
- Em São Paulo ()
- Não houve ()

13 – Esses treinamentos foram de iniciativa:

- Da própria unidade ()
- Da Secretaria Municipal de Saúde ()
- Da DIR ()
- Outras () Quais? _____
- Conjunta () – Envolvendo quais instituições? _____

14 – Houve inclusão nos treinamentos, de profissionais que não são da equipe, com o objetivo de intensificar a procura de casos novos e/ou informação sobre a doença:

- Da própria unidade ()
- De outras unidades de saúde ()
- Do Programa de Saúde da Família ()
- Outras () Quais? _____

15 – Avalia que os treinamentos têm sido suficientes para suprir as necessidades dos profissionais da sua unidade e/ou município? Sim () Não () Por quê?

16 – A unidade planejou e executou campanhas de divulgação da hanseníase (últimos 5 anos):

- Sozinha ()
- Com a Secretaria Municipal ()
- Com a DIR ()
- Com outras secretarias ()
- Não realiza ()

17 – Quais as formas de divulgação utilizadas nas campanhas:

- Imprensa escrita ()
- Rádio ()
- Palestras ()
- folders e cartazes ()
- televisão ()
- Outras () Quais? _____

18 – Nota algum tipo de retorno após a realização dessas campanhas?

Sim () Não ()

Quais?

19 – Acha que a hanseníase é um problema:

Em seu município →	Sim ()	Não ()	Em termos ()
Na região →	Sim ()	Não ()	Em termos ()
No país →	Sim ()	Não ()	Em termos ()

Explique

20 – Avalia que há possibilidades de alcance da meta de eliminação da hanseníase, até o ano 2005:

Em seu município →	Sim ()	Não ()
O município já atingiu a meta →	Sim ()	Não ()
Na região →	Sim ()	Não ()
No país →	Sim ()	Não ()

21 – Teria sugestões para melhoria da situação do controle da hanseníase?

22- Use estas linhas para se expressar livremente sobre algum aspecto que achar necessário.

😊 MUITO OBRIGADA! 😊

ANEXO IV – Questionário enviado aos municípios que não atendem hanseníase

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO (apenas para que a pesquisadora possa entrar em contato, se necessário. Não será divulgado na pesquisa).

Nome _____ Fone _____

Cargo _____

Município _____

O seu município já realizou tratamento de hanseníase em algum momento?

Sim () Não () Em que período? _____

Preencha o quadro abaixo, assinalando com um X e utilize o campo de observações para as explicações que julgar necessárias.

POR QUE SEU MUNICÍPIO NÃO TRATA HANSENÍASE	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
Existência de poucos casos			
Não há casos de hanseníase no município			
Facilidade de encaminhamento para centro especializado			
Falta de Recursos Humanos treinados			
O tratamento em centro especializado é melhor para o paciente			
Manter uma estrutura de tratamento no município é onerosa			
O tratamento de hanseníase é muito complexo			
Há outras prioridades no município			
Outros			Quais?

Ações do Programa de Hanseníase realizadas em seu município

AÇÃO	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
Suspeita de Casos			
Coleta de biópsia			
Coleta de baciloscopia			
Controle de fáltosos			
Controle de comunicantes			
Treinamento de profissionais para fins de realização de diagnóstico			
Campanhas de divulgação da doença voltadas à população			
Outras			Quais?

Quando há um caso suspeito ou confirmado de hanseníase em seu município, qual o caminho que esse paciente percorre até chegar ao tratamento? Para onde é encaminhado?

Há intenção de implantar o tratamento de hanseníase no município? Sim () Não ()

Em caso positivo, quais as medidas que estão sendo tomadas nesse sentido?

Aconteceram treinamentos específicos de hanseníase nos últimos 5 anos:

Nas unidades básicas ()

No município ()

Na região ()

Em Bauru ()

Em São Paulo ()

Não houve ()

Esses treinamentos foram iniciativa:

Das unidades ()

Da Secretaria Municipal de Saúde ()

Da DIR ()

Outras ()

Quais? _____

Conjunta () Envolvendo quais instituições? _____

Avalia que os treinamentos tem sido suficientes para suprir as necessidades de seu município? Sim () Não () Por quê?

O município planejou e executou campanhas de divulgação da hanseníase (últimos 5 anos)

Sozinho ()

Com as Unidades Básicas ()

Com a DIR ()

Outros () Quais? _____

Conjunta () Envolvendo quais instituições? _____

 Não realizou ()

Quais as formas de divulgação utilizadas nas campanhas:

Imprensa escrita ()

folders e cartazes ()

Rádio ()

televisão ()

Palestras ()

Outras ()

Quais?

Nota algum tipo de retorno após a realização dessas campanhas?

Sim () Não ()

Quais?

Acha que a hanseníase é um problema:

Em seu município →	Sim ()	Não ()	Em termos ()
Na região →	Sim ()	Não ()	Em termos ()
No país →	Sim ()	Não ()	Em termos ()

Explique

Avalia que há possibilidades de alcance da meta de eliminação da hanseníase, até o ano 2005:

Em seu município →	Sim ()	Não ()
O município já atingiu a meta →	Sim ()	Não ()
Na região →	Sim ()	Não ()
No país →	Sim ()	Não ()

Teria sugestões para melhoria da situação do controle da hanseníase?

Use estas linhas para se expressar livremente sobre algum aspecto que achar necessário.

😊 **MUITO OBRIGADA!** 😊

Anexo V – Roteiro norteador da entrevista semi-estruturada

- Caracterização do entrevistado – função, tempo na unidade, no trabalho com hanseníase
- Composição da equipe
- Atribuições da equipe
- Estigma
- Diagnóstico do paciente
- Fluxo do paciente em caso de encaminhamentos
- Tratamento
- Treinamentos
- Campanhas de divulgação
- Responsabilidade pelas ações de hanseníase
- Descentralização das ações da hanseníase
- Mudanças com a municipalização
- Relação com o PSF
- Eliminação da hanseníase
- Sugestões

Anexo VI – Responsabilidades e ações estratégicas mínimas de atenção básica na eliminação da hanseníase – Portaria MS nº 95 – NOAS/SUS – 2001

Responsabilidades	Atividades
Busca ativa de casos	Identificação de sintomáticos dermatológicos entre usuários
Diagnóstico clínico de casos	Exame de sintomáticos dermatológicos e comunicantes de casos. Classificação clínica dos casos (multibacilares de paucibacilares)
Cadastramento dos portadores	Alimentação e análise dos sistemas de informação
Tratamento supervisionado dos casos	Acompanhamento ambulatorial e domiciliar Avaliação dermato-neurológica Fornecimento de medicamentos Curativos Atendimento de intercorrências
Controle de incapacidades físicas	Avaliação e classificação das incapacidades físicas Aplicação de técnicas simples de prevenção e tratamento de incapacidades Atividades educativas
Medidas preventivas	Pesquisa de comunicantes Divulgação de sinais e sintomas da hanseníase Prevenção de incapacidades físicas Atividades educativas