

Descentralização das ações de controle da hanseníase na microrregião de Almenara, Minas Gerais¹

Fernanda Moura Lanza²

Francisco Carlos Félix Lana³

O estudo teve como objetivo analisar o processo de descentralização das ações de controle da hanseníase, para as unidades da Estratégia de Saúde da Família, em municípios da microrregião de Almenara, Minas Gerais. Esta é uma pesquisa qualitativa, fundamentada no conceito de Organização Tecnológica do Trabalho, realizada em nove municípios. Como técnicas para a coleta de dados foram utilizadas a entrevista semiestruturada e a pesquisa documental. Foram realizadas 45 entrevistas com gestores e profissionais de saúde. A coleta de dados ocorreu entre novembro 2007 e fevereiro 2008. Para tratamento e análise dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo. Os resultados apontam que os municípios se encontram em diferentes estágios de descentralização e que esse processo foi determinado pela especificidade local e pelo engajamento dos gestores e dos profissionais de saúde. Vários municípios mantiveram uma equipe de referência para dar apoio à atenção básica. Conclui-se que o processo de descentralização é estratégia capaz de enfrentar a endemia hanseníase na microrregião.

Descritores: Descentralização; Atenção Primária à Saúde; Hanseníase /Prevenção & Controle.

¹ Artigo extraído da dissertação de mestrado "Tecnologia do Processo de Trabalho em Hanseníase: Análise das Ações de Controle na Microrregião de Almenara, Minas Gerais" apresentada à Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, MG, Brasil. Apoio financeiro CNPq, processo nº 40.0785/2005-6.

² Enfermeira, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, MG, Brasil. E-mail: fmlanza@yahoo.com.br.

³ Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Professor Associado, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, MG, Brasil. E-mail: xicolana@enf.ufmg.br.

Endereço para correspondência:

Fernanda Moura Lanza

Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem

Avenida Alfredo Balena, 190, sala 402

Bairro Santa Efigênia

CEP: 30130-100. Belo Horizonte, MG, Brasil.

E-mail: fmlanza@yahoo.com.br

Decentralization of Leprosy Control Actions in the Micro-Region of Almenara, State of Minas Gerais

This study analyzes the decentralization process of Leprosy control actions for Family Health Strategy units in the cities of the Almenara micro-region, in the state of Minas Gerais, Brazil. This qualitative research, based on the concept "Technological Organization of Work", was carried out in nine municipalities. Semi-structured interviews and document research were used for data collection. Forty-five interviews with care providers and health managers were conducted. The data collection took place between November 2007 and February 2008. Content Analysis was utilized to study the data and results indicate that the cities present different levels of decentralization and that the process was determined based on local specifications and on the engagement of care providers and health managers. Several cities kept a reference team to provide support to primary health care. The conclusion is that the decentralization process is a strategy that proves to be useful in facing Leprosy in the micro-region.

Descriptors: Decentralization; Primary Health Care; Leprosy / Prevention & Control.

Descentralización de las acciones de control de la lepra en la microrregión de Almenara, Minas Gerais

El estudio tuvo como objetivo analizar el proceso de descentralización de las acciones de control de la lepra para las unidades de Estrategia de la Salud de la Familia en municipios de la microrregión de Almenara, Minas Gerais. Se llevó a cabo una investigación cualitativa en nueve municipios, basada en el concepto de "Organización Tecnológica del Trabajo". Se emplearon como técnicas para hacer la recolección de datos la entrevista semiestructurada y la investigación documental. Se realizaron 45 entrevistas con administradores y profesionales de la salud. Los datos fueron recolectados entre noviembre de 2007 y febrero de 2008. Para tratamiento y análisis de los datos se utilizó el Análisis de Contenido. Los resultados apuntan que los municipios se encuentran en diferentes períodos de descentralización y que ese proceso fue determinado por la especificidad local y por el compromiso de los administradores y de los profesionales de la salud. Se concluyó que el proceso de descentralización es una estrategia capaz de enfrentar la endemia en la microrregión.

Descriptores: Descentralización; Atención Primaria de Salud; Lepra; Prevención & Control.

Introdução

A hanseníase ainda se configura como problema de saúde pública no Brasil, aparecendo nas estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS) do ano 2008 como o segundo país, em números absolutos, de casos novos detectados (38.914), sendo que 52,4% desses casos foram diagnosticados nas formas multibacilares, 5,9% com grau II de incapacidade física e 7,0% em menores de 15 anos⁽¹⁾.

Como a hanseníase é amplamente influenciada pelos padrões de ocupação do espaço, distribuindo-

se desigualmente e concentrando-se nos locais de maior pobreza⁽²⁻³⁾, enquadra-se nesse perfil o Vale do Jequitinhonha - região com os piores indicadores socioeconômicos do Estado de Minas Gerais. O Vale do Jequitinhonha é composto por cinco microrregiões que têm apresentado problemas em relação à prevenção e controle da hanseníase, sendo possível acreditar que os serviços de saúde locais não estão sendo capazes de captar todos os casos existentes na região⁽⁴⁾. E a microrregião de Almenara abrange municípios

considerados prioritários para o controle da endemia, em Minas Gerais. Dados de 2008 revelam que essa microrregião apresentou taxa de prevalência de 4,78 casos de hanseníase/10.000 habitantes, detectando-se, ainda, 49,4/100.000 habitantes. Dos 90 casos novos, 53,3% foram diagnosticados com formas clínicas multibacilares e 2,2% com grau II de incapacidade física⁽⁵⁾.

O comportamento epidemiológico da doença nessa microrregião - predomínio das formas clínicas multibacilares e altos percentuais de casos diagnosticados já com incapacidades físicas - sugere que os serviços de saúde estão apresentando dificuldades para o controle da endemia⁽⁶⁾. O princípio cardinal do controle da hanseníase é o controle da morbidade, ou seja, é a realização da detecção oportuna de novos casos, tratamento com o esquema poliquimioterápico, prevenção de incapacidades e reabilitação⁽⁷⁾. Para tanto, é necessário assegurar que as atividades de controle da doença estejam integradas aos serviços da Atenção Primária à Saúde.

No Brasil, o atual cenário da atenção básica está ancorado na Estratégia de Saúde da Família (ESF), que possui papel fundamental na reorientação do modelo assistencial e na consolidação das diretrizes do SUS, contribuindo, assim, para a universalização do acesso aos serviços de saúde e para a descentralização da assistência. A publicação da NOAS 2001 foi essencial para a descentralização da assistência à saúde e definiu a eliminação da hanseníase como uma das áreas estratégicas de atuação dos serviços da atenção básica⁽⁸⁾.

Dessa forma, as ações de prevenção e controle da hanseníase estão descentralizadas nas unidades da ESF, que conta com equipe multiprofissional que trabalha com o conceito de vigilância à saúde e tem suas práticas voltadas para resolver os problemas de saúde, aqueles de maior frequência e relevância em seu território. "O principal aspecto que tem facilitado a integração das ACH na Atenção Básica, sem dúvida, é a implantação da Estratégia do Programa de Saúde da Família que aproximou, também, a pessoa com hanseníase da assistência necessária"⁽⁹⁾.

O sucesso da integração das ações de controle da doença na Atenção Básica pode ser avaliado a partir da melhoria de alguns indicadores epidemiológicos, como a redução de casos diagnosticados com incapacidades físicas, redução do percentual de casos diagnosticados em menores de 15 anos, redução da proporção de casos multibacilares e aumento da proporção de cura⁽¹⁰⁾. Assim, os municípios da microrregião de Almenara possuem dificuldades para a integração das ações da hanseníase na Atenção Básica⁽⁶⁾.

Considerando a importância epidemiológica da hanseníase nessa microrregião e a inexistência de

estudos sobre a descentralização das suas ações de controle, o objetivo deste artigo foi analisar o processo de descentralização das ações de controle da hanseníase (ACH) para as unidades da Estratégia de Saúde da Família, em municípios da microrregião de Almenara, Minas Gerais.

Metodologia

Esta pesquisa possui abordagem qualitativa e foi fundamentada no conceito de Organização Tecnológica do Trabalho, desenvolvido na área da saúde⁽¹¹⁾. Essa opção teórico-metodológica foi escolhida por entender ser capaz de captar a realidade dos diferentes cenários e sujeitos envolvidos na atenção à hanseníase, trazendo algumas singularidades dessa prática como momentos de uma totalidade mais ampla e de seu contexto, historicamente determinado.

O cenário da pesquisa foi constituído por nove municípios da microrregião de Almenara, situada no Vale do Jequitinhonha, Estado de Minas Gerais. Os municípios que participaram da pesquisa foram: Almenara, Jacinto, Jequitinhonha, Jordânia, Monte Formoso, Palmópolis, Rubim, Santa Maria do Salto e Salto da Divisa.

Os dados foram coletados nos serviços de saúde da Atenção Primária que trabalham com a hanseníase na rotina de atendimento da sua demanda, sendo que em cada município foi escolhida uma unidade de saúde para constituir o cenário de estudo. Em Almenara, que é considerado o município polo dessa microrregião, optou-se por coletar os dados em duas unidades de saúde da Atenção Primária e também foi incluído o serviço da Atenção Secundária (Centro de Especialidades Médicas), referência municipal para a atenção à hanseníase. No total, os pesquisadores visitaram 10 unidades de Atenção Primária à Saúde, sendo todas habilitadas na ESF e um centro de referência, localizado no município de Almenara.

Como técnicas para a coleta de dados, foram utilizadas a entrevista semiestruturada e a pesquisa documental em registros institucionais e estatísticos. Para se obter representatividade dos serviços e dos sujeitos, tendo em vista o aprofundamento do objeto em estudo, foram realizadas, no total, 45 entrevistas. Foram convidados os sujeitos que possuíam maior representatividade nas práticas de saúde em hanseníase no grupo social em estudo, indicados pelos gestores municipais, sendo que, em cada município, foram entrevistados, no mínimo, um médico, um enfermeiro e um ACS, além dos gestores da saúde. Como essa última categoria compreende os Secretários Municipais de Saúde, os Coordenadores da

Atenção Básica e os Coordenadores da Área Técnica de Hanseníase Municipal, o quantitativo entrevistado variou em cada município, devido à presença do respectivo profissional e à sua disponibilidade. Porém, em alguns municípios, foi entrevistado mais de um sujeito por categoria profissional, devido ao destaque como ator social na realização das ações de controle da hanseníase, imprescindível para a apreensão da realidade empírica. Os sujeitos do estudo foram constituídos por 13 gestores, dez médicos, doze enfermeiros e dez agentes comunitários de saúde. Na pesquisa documental, foram analisadas 111 Atas do Conselho Municipal de Saúde (de 2005 até 2007), 10 Planos Municipais de Saúde (os dois últimos planos encontrados, sendo que o período variou entre os municípios) e 11 Relatórios Finais das Conferências Municipais de Saúde (os dois últimos relatórios encontrados, sendo que o período variou entre os municípios). A coleta de dados ocorreu de novembro 2007 a fevereiro 2008.

Para tratamento e análise dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo, na modalidade temática, proposta por Bardin⁽¹²⁾. A análise dos dados, do ponto de vista operacional, seguiu as seguintes etapas: transcrição na íntegra das entrevistas e ordenação do material documental, codificação dos entrevistados e documentos, realização da leitura flutuante dos dados brutos, codificação dos dados brutos em unidades de registro e de contexto, formação das categorias empíricas e a interpretação dos dados empíricos, relacionando-os às categorias analíticas. Foram utilizadas as seguintes identificações dos entrevistados, seguida de um número em ordem crescente, de acordo com o quantitativo de entrevistados por categoria: gestores: G_1 , G_2 , até G_{13} ; médicos: MED_1 ; MED_2 até MED_{10} ; enfermeiros: ENF_1 ; ENF_2 ; até ENF_{12} ; agentes comunitários de saúde: ACS_1 ; ACS_2 até ACS_{10} .

Este estudo foi realizado atendendo às determinações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas, envolvendo seres humanos, e foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais, conforme Parecer nº ETIC 459/05 - Ad 01/07. A pesquisa foi financiada com recursos provenientes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), através do Edital MCT-CNPq/MS-SCTIE-DECIT-N.35/2005.

Resultados e Discussão

Na microrregião de Almenara, a hanseníase é endêmica e configura-se como um problema de saúde pública. A análise da distribuição espacial dos casos de hanseníase da microrregião de Almenara, notificados

entre 1998 e 2006, identificou a presença de dois *clusters*, um *cluster* com casos acima do esperado, que engloba os municípios de Jacinto e parte dos municípios de Almenara, Jequitinhonha, Rubim e Santo Antônio do Jacinto e Santa Maria do Salto, e outro conglomerado com coeficientes abaixo do esperado, formado por Monte Formoso e parte dos municípios de Joáima e Jequitinhonha⁽⁶⁾. Esses autores sugerem que existe relação entre a força de transmissão da doença com a organização dos serviços de saúde⁽⁶⁾. *Jequitinhonha tem vários PSFs, parece que ele tem sete PSFs e quatro ou cinco médicos, enfermeiros, capacitados em hanseníase, certo? Quer dizer, ele tem pessoal treinado para fazer, mas é um pessoal que treinou e num faz diagnóstico, sabe? (G₁₃)*. Inclusive um profissional de um município hiperendêmico também faz a seguinte relação: *... a região não é endêmica? Os casos não existem? Onde não tem casos, não é porque não existe, é porque não está sendo feito o diagnóstico, o raciocínio é lógico entendeu? (MED₁₀)*.

Desse modo, em relação aos municípios que se enquadram no *cluster* "acima do esperado", pode-se inferir que possuem serviços de saúde mais eficientes nas ACHs. A configuração dos modelos de atenção ou de intervenção das necessidades de saúde de uma população depende do contexto histórico e da combinação de tecnologias que organizam os meios de trabalho (saberes e instrumentos), utilizados nas práticas em saúde⁽¹³⁾.

Devido ao processo de descentralização das ACH ocorrer de forma distinta, de acordo com o local e o momento histórico, foram encontrados, na microrregião de Almenara, *... municípios que estão mais avançados, municípios intermediários e municípios que ainda estão muito acanhados (G13)*.

Com base nessa classificação, realizada por um gestor, poder-se-ia dizer que entram no grupo dos "municípios avançados" Jacinto, Jordânia, Santa Maria do Salto, Palmópolis e Rubim. Em todos esses municípios, a atenção à hanseníase é descentralizada nas unidades da ESF e todos possuem cobertura da ESF de 100% da população, tanto urbana quanto rural. Para planejar essa descentralização, os municípios contaram com o apoio da Gerência Regional de Saúde (GRS) de Pedra Azul, que forneceu a capacitação para os profissionais médicos e enfermeiros, pois, em um serviço de hanseníase integrado na Atenção Básica, as ações de prevenção e controle são desempenhadas por profissionais de saúde generalistas⁽¹⁴⁾. Com esse treinamento, foi dada a largada rumo à descentralização.

O primeiro município a ter as ações de hanseníase descentralizadas na rede da Atenção Básica foi Rubim, no ano 2005. Em 2006, os demais municípios iniciaram o processo de descentralização. Característica importante

desse processo de descentralização foi que, nesses municípios, com exceção de Palmópolis, mantiveram equipe de referência para dar apoio às equipes da ESF: *... depois, com a vinda dos PSFs e com o treinamento do pessoal, então ficou mais fácil pra gente. Então todos os profissionais do PSF hoje, todos eles fizeram o curso, fizeram o treinamento de ações de controle. Então todos os médicos do PSF fazem diagnósticos e a gente acompanha e a gente se reuni toda sexta-feira à tarde, a gente se reuni quando tem caso, né?* (ENF₅). Para sustentar as atividades de controle da hanseníase, em um modelo de atenção integrado às ações da Atenção Básica, preconiza-se que haja uma referência para prover suporte e supervisões às equipes da Atenção Básica como, por exemplo, conduzir os casos com complicações⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

A discussão de casos com profissionais mais experientes, além de ser atividade de treinamento de pessoal, é oportunidade para obter melhor qualidade do trabalho em hanseníase⁽¹¹⁾. Isso corrobora o achado de que o comportamento epidemiológico da hanseníase é influenciado pela qualidade dos serviços de saúde na implementação de programas de controle, já que as taxas de prevalência e detecção da hanseníase são muito influenciadas pela capacidade operacional dos serviços de saúde⁽¹⁶⁾.

E foi a organização dos serviços de saúde, em especial do programa de prevenção e controle da hanseníase, o responsável pelo aumento do número de casos em Jacinto, que, inclusive, foi considerado, pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, como prioritário para o controle da doença no Vale do Jequitinhonha. Primeiramente, os profissionais de saúde foram sensibilizados em um curso de ações de prevenção e controle da hanseníase, realizado no município de Almenara, em 2005. Esses profissionais “vestiram a camisa”, seguiram as orientações do curso, organizaram os serviços de saúde e descentralizaram a atenção à hanseníase para as unidades da ESF: *... cada PSF fazia suas ações independentes uma das outras, não era uma coisa organizada com fluxo, não tinha isso não, era independente, cada um ia lá diagnosticava, tratava e tal, não tinha uma organização não, era isolado, cada um fazia suas ações isoladas* (G₉).

Mas essa descentralização ocorreu de forma aleatória e não houve supervisão, por isso, cada unidade básica de saúde (UBS) realizava isoladamente as ações de hanseníase. No ano 2007, o município de Jacinto iniciou o processo de organização da descentralização da hanseníase. Primeiramente, foi realizada a capacitação de todos os profissionais de saúde de nível superior (inclusive odontólogos) para depois partirem para a capacitação dos ACSs, auxiliares e técnicos de enfermagem, profissionais da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), profissionais da limpeza e professores de Ensino Fundamental e Médio.

Após todos os profissionais sensibilizados, o município partiu para a mobilização da comunidade. Foram utilizadas diversas estratégias como: entrevistas na rádio, palestras sobre hanseníase nos grupos de hipertensos e diabéticos, distribuição de panfletos e orientações dos ACSs, durante as visitas domiciliares.

Esse município adotou uma política de supervisão das ações de controle da hanseníase, desempenhadas pelos profissionais da Atenção Básica⁽¹⁷⁾, como *a descentralização é o PSF correr atrás, só que o PSF não corre atrás sem estímulo* (MED₁₀). Foi criada uma equipe municipal de referência para a hanseníase, que serve de apoio para os profissionais da ESF: *... não precisou criar um centro de especialidade, nada disso, foi o PSF, só que aí eu depois vou chamar esse paciente num momento, vou sentar com ele, faço uma avaliação também completa de estesiometria, acuidade visual, tudo. Não no sentido assim: vamos conferir! Nada disso, todos sabem praticamente a mesma coisa de hanseníase, mas no sentido o seguinte: como estes profissionais de repente têm lidado menos com hanseníase é uma questão de treinamento, palpação de nervos é uma coisa difícil, se achou que estava espessado, eu não achei. Então a gente está fazendo centralizando um pouquinho no sentido de estar sendo um pouco um tutor, ser um pouco assim uma referência, mas o trabalho é dos postos* (MED₁₀). A fórmula do sucesso do programa de controle de hanseníase de Jacinto foi baseada em um modelo misto, que não é nem centralizado e nem descentralizado. Esse modelo tem quatro pilares: profissionais sensibilizados e comprometidos *olhos atentos, vigilância constante* (MED₁₀), equipes da ESF integradas, comunidade mobilizada e trabalho por resultados.

E são falhas nos pilares de sustentação do programa de hanseníase que caracterizam os serviços de saúde dos municípios, pertencentes ao *cluster* de casos abaixo do esperado: Monte Formoso e Jequitinhonha. *Jequitinhonha é um município grande, que tem gente treinada, mas também não acha os casos. Aparece um, dois casos por ano e são casos assim com grau II. Então a gente vê que ele tem uma prevalência oculta, é um município que não decola também* (G₁₃). A proporção de incapacidades entre os casos novos indica a passividade dos serviços de saúde na implementação das estratégias de controle e aponta para a necessidade de intensificação das ações, principalmente atividades de sensibilização da comunidade e capacitação profissional, para promover o diagnóstico precoce e tratamento para todos os casos na comunidade⁽¹⁸⁾.

O próprio discurso dos gestores e profissionais confirma que esses municípios estão despreparados para lidar com a hanseníase: *... não tem trabalho estruturado não, nós não temos, é o que eu te falei, aqui é a demanda espontânea. Chegou o caso, a suspeita, a gente providencia, tenta esclarecer o diagnóstico como nossos casos aí todos surgiram de demanda*

espontânea, quer dizer, nós não temos aquela procura do problema. E o programa de hanseníase reza principalmente essa busca, essa procura desses pacientes que não são descobertos, né? E nós não temos esse programa aqui não. E te confesso, não há um acompanhamento, não há um serviço assim integrado de hanseníase, nem na nossa unidade, nem na região (MED₃).

Os profissionais que atuam em Jequitinhonha e Monte Formoso apontam que não existe organização do serviço de saúde e nem capacitação dos profissionais para realizar as ACH. Nessas situações, torna-se necessário questionar sobre a real situação epidemiológica da doença⁽¹⁹⁾, principalmente em Monte Formoso, município que nunca diagnosticou um caso da doença em sua comunidade⁽⁶⁾.

Nos municípios considerados, pelo gestor 13, como "intermediários" no controle da hanseníase, Salto da Divisa e Almenara, mesmo ocorrendo falhas na organização do programa de hanseníase, os profissionais estão diagnosticando os casos, porém, em formas clínicas avançadas, com incapacidades físicas já instaladas⁽²⁰⁾. O diagnóstico precoce de casos é essencial para o sucesso do controle tanto da doença quanto de suas complicações⁽²¹⁾. Em Salto da Divisa nenhum caso foi diagnosticado na forma indeterminada, que é a forma inicial da doença⁽²⁰⁾. Nesse município, os profissionais são capacitados, o atendimento da hanseníase é descentralizado nas unidades da ESF, mas não há integração entre as equipes, inclusive os profissionais da mesma equipe têm dificuldades de programar as atividades da unidade. Outro agravante é que os profissionais ainda não realizaram divulgação dos sinais e sintomas da doença para a comunidade e o desconhecimento da população é um dos fatores que impede o diagnóstico precoce. *Salto da Divisa é um município que a gente sabe que têm casos, mas que o serviço não tem decolado, não tem buscado esses casos e a gente vê que é uma demanda espontânea muito acanhada, por falta de campanhas de divulgação de sinais e sintomas. Busca ativa mesmo não tem feito (G₁₃).*

Em Almenara, até o ano 2005, a atenção à hanseníase era totalmente centralizada no Centro de Especialidades Médicas e essa centralização era responsável pelo desinteresse dos profissionais da Atenção Básica com a doença. Em 2005, a Secretaria Municipal de Saúde decidiu descentralizar as ACH e enfrentou vários obstáculos durante esse processo, como a recusa dos médicos em realizar esse tipo de atendimento na atenção básica. Por isso, foram necessários mais treinamentos para que os profissionais se sentissem capazes das novas responsabilidades e, assim, permitir a implantação das ACH na Atenção Básica.

Os investimentos na capacitação dos profissionais e na realização de campanhas educativas para a comunidade

refletiram no aumento do número de casos diagnosticados, no ano 2005 (57 casos novos), em relação ao ano anterior (47 casos diagnosticados no ano 2004)⁽²⁰⁾. Esses são os resultados que são esperados quando os profissionais de saúde são adequadamente treinados, pois eles se tornam capazes de realizar o diagnóstico e tratamento na Atenção Primária à Saúde⁽¹⁴⁾. Mas, em Almenara, ainda são encontrados casos que poderiam ser resolvidos nas próprias unidades de PSF, mas são encaminhados para a referência devido ao despreparo médico: *... tem casos que aparecem aqui que já passou por vários médicos e não foi diagnosticado. Às vezes são manchas bem características, o paciente está queixando que não está tendo sensibilidade e às vezes parece que não teve assim aquele interesse, ninguém perguntou direitinho, examinou direitinho, sabe? Já chegou caso de paciente vir com uma sequela mesmo, já vir com aquela mão em garra, né? Ou aquele pé sem sensibilidade e que não foi diagnosticado nas unidades. Passou pelos médicos das unidades da família, mas não foi diagnosticado (ENF₁₂).*

No município de Almenara, o que dificultou o fortalecimento da descentralização das ações de controle da hanseníase foi a resistência do médico da referência, que foi contra a descentralização por receio de como seria o acompanhamento do cliente na UBS, com medo do cliente evoluir para um surto reacional e os profissionais não saberem conduzir o caso. "Os fatores que têm dificultado esta integração são, dentre outros: [...] a visão antiga de que o controle dessa doença é de responsabilidade de centros especializados e não da Atenção Básica; a dificuldade do serviço de referência de entender e incorporar o seu novo papel de repassar experiência e apoiar a Atenção Básica, e não mais de assumir integralmente o tratamento; a formação dos profissionais de saúde voltada para a especialização e, ainda, a falta de informação atualizada sobre a hanseníase, mantendo, entre os profissionais de saúde, o preconceito contra o doente"⁽⁹⁾.

A unidade de referência de Almenara também é responsável pelo atendimento de 35,0% da população que não é vinculada à ESF. O restante da população é atendida nas unidades básicas de saúde e o grande desafio do município de Almenara é a garantia do acesso às ACH de qualidade, nas unidades da ESF: *... eu tenho hoje sete unidades básicas que fazem inclusive o trabalho da hanseníase, algumas mais desenvolvidas, outras sem aquele desempenho que a gente esperava no processo da descentralização. O centro de referência ele atende, os casos são referenciados por todas outras unidades básicas, da saúde da família, do PACS (Programa Agente Comunitário de Saúde), que não dão conta de resolver o caso, que não dão conta de realizar o diagnóstico, que têm dúvidas são encaminhadas aqui pra referência, além de todos aqueles outros*

casos que não têm cobertura da Atenção Básica, entendeu? (G₁₁).

Dessa forma, o município de Almenara possui dois modelos de atenção à hanseníase: um modelo descentralizado, que atende a população que é coberta pelas ações da ESF, que, apesar das dificuldades, possui concepção mais ampla do processo de trabalho em hanseníase, ou seja, são realizadas ações de prevenção e controle da doença, e um modelo centralizado, exercido pelo Centro de Especialidades Médicas, referência municipal para a atenção à hanseníase, responsável pelo atendimento de 35,0% da população que não é vinculada à ESF, onde são realizadas ações fragmentadas do programa de hanseníase.

A manutenção do modelo vertical de atendimento à hanseníase não favorece o acesso da população ao diagnóstico e tratamento na fase inicial da doença e, também, dificulta a realização de busca ativa, de busca dos contatos, ações educativas, porque o centro de referência não possui profissionais que possam realizar tais atividades, contribuindo para a existência de prevalência oculta nessas regiões que não possuem equipes de ESF. Esses são exemplos de limitações que fazem com que os programas de hanseníase, integrados na Atenção Primária, sejam mais apropriados para fortalecer as atividades de controle da doença em comparação com os programas verticais⁽²²⁾. Por isso, não há mais espaço para que o atendimento da hanseníase seja feito por especialistas e, assim, as equipes da ESF devem assumir o compromisso de realizar as ACH.

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

Considerações finais

A integração das ações de prevenção e controle da hanseníase na Atenção Primária à Saúde é a melhor

estratégia para alcançar o controle da doença, em áreas endêmicas, uma vez que esse processo está ancorado nos princípios da equidade e da acessibilidade.

Dessa forma, as atividades de diagnóstico e tratamento estão próximas à comunidade, sendo ofertadas juntamente com os demais programas realizados pelos serviços de saúde, disponíveis em todos os dias de funcionamento das unidades de saúde, tornando-se, assim, doença que não necessita de serviços oferecidos por centros de referência.

O processo de descentralização das ações de controle da hanseníase, na atenção básica da microrregião de Almenara, iniciou-se tardiamente (em 2005), no momento em que a meta de eliminação da doença foi adiada para 2010, e, partir de então, foi considerada estratégia capaz de enfrentar a endemia hanseníase na microrregião de Almenara. Por isso, em alguns municípios, o processo de descentralização para as unidades da ESF ainda está incompleto, uma vez que, em algumas unidades de saúde, somente a suspeita diagnóstica é realizada, mas o tratamento fica a cargo da unidade de referência. Almenara possui uma característica histórica, que é a atenção da hanseníase no Centro de Especialidades Médicas (unidade de referência para a hanseníase), que faz com que os profissionais de saúde da ESF se posicionem entre o novo e o antigo modelo de atenção, num processo de contradição, que não permite o envolvimento efetivo da atenção básica no controle da doença. Esse obstáculo deve ser reconhecido pelos gestores para enfrentar e superar os problemas, a fim de sustentar o processo de descentralização das ACH, na atenção básica à saúde.

O principal desafio dos municípios deste estudo é a reestruturação do programa de controle da doença, fundamentada em políticas públicas efetivas, que garantam o controle da hanseníase na atenção básica, reafirmando, assim, o potencial da ESF na reorientação do modelo assistencial.

Referências

1. World Health Organization. Weekly Epidemiol Record 2009;84(33):333-40.
2. Lapa T, Ximenes R, Silva NN, Souza W, Albuquerque MFM, Camposana G. Vigilância da hanseníase em Olinda, Brasil, utilizando técnicas de análise espacial. Cad Saúde Pública. 2001;17(5):1153-62.
3. Gauy JS, Hino P, Santos CB. Distribuição espacial dos casos de hanseníase no município de Ribeirão Preto no ano de 2004. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2007;15(3):460-5.
4. Lana FCF, Amaral EP, Franco MS, Lanza FM. Detecção da

- hanseníase no Vale do Jequitinhonha - Minas Gerais: redução da tendência epidemiológica ou problemas operacionais para o diagnóstico? *Hansen Int.* 2004;29(2):118-23.
5. Secretaria de Estado da Saúde (BR). Coordenadoria de Controle da Hanseníase. Seminário Estadual 2009. Belo Horizonte (MG); 2009.
6. Amaral EP, Lana FCF. Análise espacial da hanseníase na microrregião de Almenara, MG, Brasil. *Rev Bras Enferm.* 2008;61(especial):701-7.
7. Organização Mundial de Saúde. Estratégia global para aliviar a carga da hanseníase e manter as atividades de controle da hanseníase (Período do Plano: 2006-2010). Genebra; 2005.
8. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): CONASS; 2007.
9. Grossi MAF. Vigilância da Hanseníase no Estado de Minas Gerais. *Rev Bras Enferm.* 2008;61(especial):781.
10. Kasturiaratchi ND, Settinayake S, Grewal P. Processes and challenges: how the Sri Lankan health system managed the integration of leprosy services. *Lepr Rev.* 2002;73 (2):177-85.
11. Mendes-Gonçalves RBM. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC; 1994. 278 p.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977. 229 p.
13. Paim JS. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. [acesso em: 06 dez 2008]. Disponível: <http://www.anvisa.gov.br/Institucional/snvs/coprh/seminario/modelo.htm>
14. Visschedijk J, Engelhard A, Lever P, Grossi MAF, Feenstra P. Leprosy control strategies and the integration of health services: an international perspective. *Cad Saúde Pública.* 2003;19(6):1567-81.
15. Samy AA. National Workshop on "Is integration a leap forward? - Implications of integration on quality care in leprosy", Mumbai. *Lepr Rev.* 2007;78(3):306-8.
16. Waldman EA, Silva LJ, Monteiro CA. Trajetória das doenças infecciosas: da eliminação da poliomielite à reintrodução da cólera. *Inf. Epidemiol. SUS.* 1999; 8(3):5-47.
17. Moreira TMA. Avaliação da descentralização das ações programáticas de hanseníase: um estudo de caso [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
18. Lana FCF, Amaral, EP, Lanza, FM, Saldanha ANSL. Desenvolvimento de incapacidades físicas decorrentes da hanseníase no Vale do Jequitinhonha, MG. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2008;16(6):993-7.
19. Helene LMF, Pedrazzani ES, Martins CL, Vieira CSCA, Pereira AJ. Organização de serviços de saúde na eliminação da hanseníase em municípios do Estado de São Paulo. *Rev Bras Enferm.* 2008;61(especial):744-52.
20. Amaral EP. Análise espacial da hanseníase na microrregião de Almenara - Minas Gerais: relações entre a situação epidemiológica e as condições socioeconômicas [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2008.
21. Byamungu DC, Ogbeiwi OI. Integrating leprosy control into general health service in a war situation: the level after 5 years in Eastern Congo. *Lepr Rev.* 2003;74(1):68-78.
22. Feenstra P, Visschedijk J. Leprosy control through general health services - revisiting the concept of integration. *Lepr Rev.* 2002;73(2):111-22.

Recebido: 29.4.2010

Aceito: 3.1.2011

Como citar este artigo:

Lanza FM, Lana FCF. Descentralização das ações de controle da hanseníase na microrregião de Almenara, Minas Gerais. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. jan-fev 2011 [acesso em: _____];19(1):[08 telas]. Disponível em: _____

URL

dia | mês abreviado com ponto | ano