

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO



Revista de Pesquisa:
CUIDADO É FUNDAMENTAL Online
 ISSN 2175-5361



Ministério da Educação

PESQUISA

EVALUATION OF LEPROSY CONTROL PROGRAM FROM IMPERATRIZ-MA: AN EXPLORATORY STUDY

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE DE IMPERATRIZ-MA: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA LEPRO EN IMPERATRIZ-MA: UN ESTUDIO EXPLORATORIO

Francisca Jacinta Feitoza Oliveira¹, Edina Mariko Koga da Silva², Márcio Flávio Moura de Araújo³,
 Thiago Moura de Araújo⁴

ABSTRACT

Objective: To assess the leprosy control services in the city of Imperatriz-MA. **Methods:** We analyzed 14 primary care units and interviewed 70 users of primary care in the municipality. **Results:** All services offer multidrug therapy (MDT) for multibacillary (MB) and paucibacillary (PB). Between 2001-2010 there was a predominance of PB leprosy cases (62.6%) in the cases of MB (37.4%). There was a 26.2% reduction in the zero degree of injury between the time of diagnosis and clinical discharge. There was an increase of 18.6% of cases not evaluated, it is a total of 1,735 people for some reason did not receive a clinical evaluation to verify the presence, improvement or worsening of disabilities related to leprosy. **Conclusion:** Health services targeted to people with leprosy have to undergo adjustments in their structure, process and results in order to achieve the goals set by the competent bodies. **Descriptors:** Leprosy, Primary health care, Quality of health care.

RESUMO

Objetivo: Avaliar os serviços de controle de hanseníase do município de Imperatriz-MA. **Métodos:** Foram avaliadas 14 unidades básicas de saúde e entrevistados 70 usuários da atenção primária do município. **Resultados:** Todos os serviços oferecem a poliquimioterapia (PQT) para casos multibacilar (MB) e paucibacilar (PB). No período entre 2001-2010 houve um predomínio dos casos de hanseníase PB (62,6%) em relação aos casos de MB (37,4%). Houve uma redução de 26,2% de lesões grau zero entre o período do diagnóstico e da alta clínica. Ocorreu uma elevação de 18,6% de casos não avaliados, isto é, um total de 1.735 pessoas não recebeu por algum motivo uma avaliação clínica para constatar presença, melhora ou piora de incapacidades relacionadas com a hanseníase. **Conclusão:** Os serviços de saúde direcionados para as pessoas com hanseníase precisam passar por adequações em sua estrutura, processo e resultados a fim de alcançar as metas estabelecidas pelos órgãos competentes. **Descritores:** Hanseníase, Atenção primária à saúde, Qualidade dos cuidados de saúde.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar los servicios de control de la lepra en el municipio de Imperatriz, Maranhão. **Métodos:** Se evaluaron 14 unidades básicas de salud y entrevistó a 70 usuarios de atención primaria en el municipio. **Resultados:** Todos los servicios proporcionan la terapia multidroga para la forma multibacilar y paucibacilar. Entre 2001-2010 hubo un predominio de casos de lepra paucibacilar (62,6%) en comparación con los casos multibacilar (37,4%). Hubo una reducción del 26,2% de grado cero de la lesión entre el período de diagnóstico y alta clínica. Hubo un aumento del 18,6% de los casos no se evalúa, es decir, un total de 1.735 personas que por alguna razón no recibieron una evaluación clínica para verificar la presencia, la mejora o empeoramiento de las discapacidades relacionadas con la lepra. **Conclusión:** Los servicios de salud dirigidos a personas con lepra que ir a través de ajustes en su estructura, proceso y resultados con el fin de alcanzar los objetivos fijados por los órganos competentes. **Descriptor:** Lepra, Atención primaria de salud, Calidad de la atención de salud.

¹ Mestre em Efetividade em Saúde Baseada em Evidências. Professora da Universidade Federal do Maranhão. E-mail: jacinta_feitoza@hotmail.com. ² Doutora em Pediatria. Professora da Universidade Federal de São Paulo. E-mail: edina.dmed@epm.br. ³ Mestre em Enfermagem. Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Professor Assistente da Universidade Federal do Maranhão. E-mail: marciolfma@yahoo.com.br. ⁴ Mestre em Enfermagem. Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Professor Assistente da Universidade Federal do Maranhão. E-mail: thiagomouraenf@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

O Brasil continua sendo o segundo país em número de casos de hanseníase no mundo, atrás apenas da Índia. Aproximadamente 94% dos casos conhecidos e novos nas Américas são notificados pelo Brasil¹. Para compreender a dificuldade da eliminação da hanseníase no Brasil, é necessário considerar a sua grande extensão territorial e principalmente a desigualdade social entre os estados brasileiros². A Amazônia Legal, região composta pelos estados do Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e parte do estado do Maranhão, correspondente a cerca de 61% do território brasileiro e concentra 40% dos novos casos detectados no país³.

Em 2007 o estado do Maranhão apresentou um total de 4.421 pacientes detectados, configurando-se no estado com o maior número de casos de hanseníase do Nordeste. No município de Imperatriz, a segunda maior do estado do Maranhão, está concentrada o segundo maior número de pacientes com hanseníase, com um total de 327 casos só no ano de 2008. A prevalência da hanseníase em 2008 foi de 18,04/10.000 o que classifica o município como hiperendêmico para a doença⁴. A aglomeração de pessoas em casas de poucos cômodos e a situação socioeconômica dessa população são fatores determinantes na transmissão do bacilo no estado do Maranhão⁵.

Em 2008 foi realizada em Brasília a Oficina de Prioridades de Pesquisa em Doenças Negligenciadas, cujo objetivo foi promover o debate entre gestores e pesquisadores para enfrentamento de problemas de saúde pública negligenciados pelas pesquisas científicas no país, caso da hanseníase. O evento em questão levantou o seguinte panorama quanto a essa doença: o controle da hanseníase no país não depende somente de ações localizadas, mas também do conhecimento dos determinantes da situação epidemiológica, vivenciada nos diversos territórios

brasileiros. Foi destacada ainda, a importância de se desenvolver pesquisas, possibilitando assim, a criação de respostas às muitas perguntas sobre a doença⁶. Dessa maneira, a avaliação dos serviços de saúde de controle da hanseníase se apresenta como um delineamento de pesquisa que contempla as propostas do encontro supracitado e se aproxima das prioridades da política nacional de promoção da saúde de promover uma atenção integral aos usuários do SUS.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) desenvolveram uma metodologia e um conjunto de indicadores para o monitoramento da eliminação da hanseníase (LEM), que vem sendo aplicados periodicamente em estudos multicêntricos realizados em vários países endêmicos. Na perspectiva desses estudiosos o acesso à informação, diagnóstico e tratamento com poliquimioterapia (PQT) continuam a ser elementos-chave na estratégia para eliminar a doença como problema de saúde pública, definida como atingindo uma prevalência de menos de 1 caso de hanseníase por 10.000 habitantes^{7, 8, 9}.

A área de avaliação de programas, serviços, intervenções e tecnologias em saúde vêm nos últimos anos passando por um processo de crescimento e diversificação de conceitos e métodos para se constituir numa ferramenta de apoio das políticas públicas de saúde. Apesar disso, sua adoção na tomada de decisões ainda é inexpressiva no SUS^{10,11}. A assistência de saúde voltada para o cliente acometido por hanseníase carece de pesquisas localizadas que avaliem os aspectos estruturais, profissionais, diagnósticos, terapêuticos, de reabilitação e, sobretudo, de promoção da saúde que colaborem na construção do cenário epidemiológico nacional. Dessa maneira, o objetivo deste artigo foi avaliar o programa de combate e controle da hanseníase na atenção primária de Imperatriz-MA.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa avaliativa de cunho quantitativo. O estudo foi desenvolvido no município de Imperatriz-MA, no período de outubro de 2009 a dezembro de 2010. A população do estudo foi constituída pelas 42 equipes de Estratégia Saúde da Família e seus respectivos usuários do serviço de controle de hanseníase. Para inclusão dos prontuários de saúde foram adotados os seguintes critérios, a saber: 1. Prontuários de usuários cadastrados no programa de controle de hanseníase de Imperatriz-MA, com diagnóstico médico de hanseníase, registrado no prontuário de saúde; 2. Prontuários de usuários com hanseníase com registro de, pelo menos, duas ou mais consultas médicas por ano. Foram excluídos os prontuários de usuários que foram a óbito e daqueles que abandonaram o programa de controle de hanseníase de Imperatriz-MA.

A composição da amostra foi realizada através de um sorteio aleatório por conglomerados, utilizando o universo de unidades descentralizadas para as ações do programa da hanseníase (32) e os seus respectivos pacientes destas unidades de saúde (328) no período do estudo. Após o sorteio aleatório foram sorteadas 14 unidades básicas de saúde, sendo pelo menos duas de cada um dos distritos municipais.

Neste estudo foi utilizado o modelo proposto por Avendis Donabedian para avaliar a qualidade em saúde a partir do componente estrutura, processo e resultado, considerados um tripé correspondente às noções de enfoque sistêmico de entrada- processo-saída. Para cada componente do programa de controle da hanseníase foi construído um conjunto de indicadores ou atributos de qualidade que melhor representam a situação a ser avaliada¹².

No quesito estrutura foi considerada a área física e o fluxo de atendimento ao usuário. Outros

itens computados foram a capacidade de recursos humanos e o sistema de informatização. No quesito recursos humanos foram considerados os profissionais de saúde que realizam e registram nos prontuários ações com os usuários com hanseníase. No componente processo foi avaliada a presença de ações programáticas de controle da hanseníase, a saber: detecção de casos, diagnóstico, tratamento, esquema de tratamento, composição do prontuário, vigilância epidemiológica, educação em saúde e prevenção de incapacidades. Na avaliação do quesito resultado foram computados o gerenciamento e a satisfação do usuário do serviço.

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a dezembro de 2010. As fontes que forneceram as evidências coletadas nessa etapa foram provenientes dos prontuários de saúde, listas de usuários, observação participante e observação direta. Para a realização da coleta de dados foi construído um instrumento que permitiu a avaliação dos itens do componente estrutura, processo e resultado supracitados. Para complementar a coleta de dados referente ao componente processo foi utilizada a observação participante dos serviços investigados.

Para a organização dos dados foi realizada a codificação das variáveis contidas nos formulários que em seguida foram tabulados e analisados no software Epi-Info versão 6.04. Consoante com os princípios éticos, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Paulo, sob o protocolo número 0902/10.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Componente estrutura

Três e seis serviços não fazem diagnósticos a partir de demanda espontânea e encaminhamento, respectivamente. Apenas dois

serviços realizam rastreamento da coletividade e levantamentos epidemiológicos em relação à hanseníase e quatro fazem exame dos contatos de pessoas acometidas por essa doença. Todos os serviços fazem o tratamento supervisionado ambulatorial, mas apenas seis o fazem nos domicílios dos doentes. Todos os serviços oferecem a PQT para casos multibacilar (MB) e paucibacilar (PB) com seis e 12 cartelas, modalidade adulta. Mas apenas seis serviços oferecem PQT MB de 24 meses adulto, um PQT PB infantil seis cartelas, dois PQT MB 12 cartelas.

A vigilância epidemiológica dos contatos intradomiciliares de pessoas com hanseníase é realizada por todas as unidades pesquisadas. A aplicação da 1ª e 2ª dose da vacina BCG é realizada apenas por três e dez serviços, respectivamente. Apenas três serviços realizam atividades de educação em saúde individualmente e seis realizam nas salas de espera. No que diz respeito à educação em saúde dos familiares dos doentes, apenas cinco realizam este serviço. Todavia, 10 serviços da amostra pesquisada afirmaram realizar atividades de educação em saúde, modalidade palestra, nas suas respectivas comunidades acerca do tema hanseníase.

Em todos os serviços há farmácia, mas apenas dois serviços disponibilizam de laboratório de análises clínicas, em 10 há sala de procedimentos, em 12 há sala de imunização. Em duas unidades não há banheiro para a população, consultório médico e de enfermagem. Em todos os serviços investigados os médicos e enfermeiros possuem ao menos uma qualificação relacionado à hanseníase. Em apenas uma unidade todos os médicos e enfermeiros não possuem uma especialização ao menos.

A respeito do sistema de informação das unidades foi possível constatar que todas possuíam prontuário da família. Os arquivos de hanseníase eram todos na modalidade prontuário, em nove

unidades de forma descentralizada e organizada por ordem alfabética. Em 14,2% dos prontuários das unidades pesquisadas faltavam algumas das fichas de anamnese e evolução clínica, a ficha de evolução do acompanhamento do caso, a ficha de acompanhamento epidemiológico do SINAN e a ficha do grau de incapacidade. Em 21,4% e 71,4% dos prontuários não havia registros de exames laboratoriais e a ficha de PQT.

Em 98,2% e 78,5% dos serviços há realização de campanhas educativas e treinamentos e atualizações para os profissionais de saúde, respectivamente. Em 64,2% e 28,5% dos serviços de investigados não há envolvimento comunitário no levantamento das prioridades em saúde e reuniões da gerência com os profissionais de saúde dos serviços, respectivamente.

As categorias profissionais responsáveis pelo atendimento das pessoas com hanseníase são enfermeiros (92,8%), auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde (85,7%) e médicos (71,4%). Em 71,4% das unidades há atendimento integral de casos de hanseníase, mas em apenas 28,5% dos serviços há atendimento domiciliar para os pacientes do programa de hanseníase.

O acompanhamento médico se dá em apenas em 35,7% diagnóstico da doença e 21,4% casos de alta por cura, a presença do médico é maior no acompanhamento de casos com complicações (64,2%). No que toca à periodicidade das consultas médicas em apenas 14,2% ela é mensal, o predomínio é de consultas por demanda e/ou complicações (57,1%). Por sua vez, no que é condizente com a consulta do enfermeiro foi identificado que em 92,8% dos casos ela é mensal, sendo destinado para diagnóstico (92,8%), acompanhamento das complicações e alta por cura (64,2%). No que diz respeito à participação de profissionais de nível médio no atendimento a pessoas com hanseníase na amostra investigada foi identificado que em apenas 14,2% dos serviços

esses profissionais realizavam atividades de diagnóstico e alta por cura e em 21,4% para acompanhamento de complicações.

Componente processo

Os dados computados demonstram uma redução no número de casos diagnosticados nessa década de 9,3 vezes em relação ao início da década passada nas unidades selecionadas para este estudo. Se a observação for a separado, nos últimos três anos, em apenas dois serviços dos 14 analisados, ocorreu uma elevação na notificação dos casos de hanseníase (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos serviços avaliados acerca da notificação dos casos de hanseníase em Imperatriz-MA, 2001-2010.

UBS	Ano										
UBS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
1	155	115	113	101	95	42	56	50	24	19	770
2	0	0	4	5	22	17	14	15	20	15	112
3	53	50	52	25	41	26	18	11	13	9	298
4	0	0	0	1	1	3	8	8	4	5	30
5	0	0	1	12	9	15	11	8	10	4	70
6	0	0	6	18	12	19	12	8	10	2	87
7	84	109	100	27	20	21	18	18	10	13	420
8	0	2	2	0	5	1	2	0	4	4	20
9	0	0	3	12	27	15	13	15	10	14	109
10	0	0	1	4	3	3	2	2	2	3	20
11	0	0	7	45	26	19	20	14	24	9	164
12	0	0	0	0	0	7	14	16	10	6	53
13	0	0	1	8	11	6	12	3	7	7	55
14	0	0	0	1	3	3	17	26	19	13	82
TOTAL	292	276	290	259	275	197	217	194	167	123	2290

Consoante com os achados deste estudo foi constatado que o município de Imperatriz-MA não cumpriu com a meta de proporção de cura de casos novos de hanseníase, estipulada pelo Ministério da Saúde, que deveria ser maior que 89% e foi apenas de 88,6%, 82,4%, 88,6% e 80,3% nos anos de 2007 a 2010, respectivamente.

Conforme destacam os resultados, em ambas as faixas etárias houve uma redução progressiva do número de casos de hanseníase nos últimos dez anos. A redução de casos foi de 3,3 e 2,2 vezes na faixa etária de 0-14 e ≥ 15 anos, respectivamente. Neste intervalo de tempo, os casos na população infanto-juvenil correspondeu

apenas 11,9% dos casos, enquanto naqueles com 15 anos ou mais de idade o percentual foi de 88,1%.

Durante 2001-2010 houve um predomínio dos casos de hanseníase paucibacilar (PB), 62,6%, em relação aos casos da doença multibacilar (MB) que correspondeu a 37,4% dos casos totais. Nos últimos cinco anos houve uma redução progressiva de ambas as formas da doença, sendo, a redução de casos de hanseníase MB, 6,2 vezes, superior a diminuição dos casos PB que caiu apenas 3,4 vezes nos últimos dez anos. No geral, os casos ignorados ou em branco foram praticamente inexistentes. Acerca da avaliação do grau de incapacidades nos

14 serviços investigados foram constatados que 12 e 10 o executam no momento do diagnóstico e da alta por cura em seus respectivos serviços de saúde. Ao distribuir essas ações no momento do diagnóstico, segundo profissional executor foi obtido o seguinte: enfermeiro (71,4%), auxiliar de enfermagem (28,5%), médico (14,2%), fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais não apareceram. Por sua vez, no momento da alta foi detectada a seguinte distribuição: enfermeiro (50%), auxiliar de enfermagem (21,4%), médico (14,2%), fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais não apareceram.

As principais condutas para tratar/prevenir essas incapacidades é a educação em saúde (50%), seguida pela demonstração de exercícios (35,7%), hidratação (21,4%) e lubrificação da pele (14,2%). Outras condutas como orientação para massagem, marcha e curativos são ofertados em apenas 7,1% dos serviços investigados. Vale salientar que todos os centros de saúde da amostra possuem salas de curativo. Orientações sobre próteses e calçados não foram verificados nos serviços investigados. Nos casos adequados, todas as unidades investigadas realizam o encaminhamento desses pacientes para o centro de reabilitação do município de Imperatriz-MA.

Tabela 2. Avaliação do grau de incapacidade no momento do diagnóstico e da alta por cura relacionada com hanseníase no município de Imperatriz-MA entre 2001-2010. Imperatriz-MA, 2011.

Grau de incapacidade	Diagnóstico		Alta	
	N	%	N	%
Grau zero	2581	61,5	1480	35,3
Grau I	490	11,7	119	2,9
Grau II	158	3,8	42	1,0
Não avaliado	953	22,7	1735	41,3
IG-Branco	14	0,3	820	19,5
Total	4196	100	4196	100

Ao analisar os dados referentes à avaliação do grau de incapacidades, relacionadas à hanseníase, no momento do diagnóstico clínico e da alta por cura é visível à constatação de

problemas no serviço de atenção em hanseníase. Haja vista que houve uma redução de 26,2% de lesões grau zero entre o período do diagnóstico e da alta clínica. Contudo, houve uma elevação de 18,6% de casos não avaliados, isto é, durante o período de 2001-2010 1735 pessoas não receberam por algum motivo uma avaliação clínica para constatar presença, melhora ou piora de incapacidades relacionadas com a hanseníase.

Por sua vez, acerca da avaliação sensitivo-motora foi constatado que o exame é realizado em 71,4% (no momento do diagnóstico), 42,8% (no momento da alta por cura), 28,5% (apenas quando o paciente apresenta queixas) e em 14,2% (semestralmente).

Componente resultado

Ao total foram entrevistados 70 usuários do programa de controle de hanseníase dos 14 serviços selecionados de Imperatriz-MA. Segundo o relato dos usuários o principal profissional de saúde responsável pelo atendimento dos usuários do programa de controle de hanseníase foi o enfermeiro (75,7%), seguido pelo médico (31,4%), auxiliar de enfermagem (20%) e agente comunitário de saúde (7,1%).

Aproximadamente 85% dos entrevistados responderam que têm seus problemas solucionados quando recorrem ao programa de controle à hanseníase investigados quando são referenciados para outro centro especializado. Cerca de 95% e 90% dos pesquisados também afirmaram que sempre há medicamentos para a realização da dose supervisionada na unidade básica de saúde e que foram informados sobre a duração do tratamento, respectivamente.

Parte substancial da amostra, 83%, afirmou ter conhecimentos sobre a sua doença, contudo, contraditoriamente, apenas, 42,5% sabiam que o nome da sua doença era hanseníase. Foi possível perceber que muitos deles usavam termos

populares ou ainda incorretos para designar a causa do seu problema de saúde como, por exemplo, *pano branco*, *micose*, *doença feia* e *alergia*. Também foi substancial, 91,4%, o número de sujeitos que afirmou receber orientações em saúde sobre hanseníase na sua unidade de saúde, por sua vez, essas informações eram repassadas essencialmente de forma verbal (72,8%), acompanhada pelas informações escritas (27,1%) e em poucos casos não houve o repasse de informações em saúde relacionadas à hanseníase (4,2%).

Foi identificado ainda que boa parte dos investigados, 78,5%, não possui problemas para comparecer às consultas agendadas no serviço. Todavia, quando não é possível comparecer à consulta por algum motivo, a maioria, 58,5%, não possui na sua unidade básica de saúde outro mecanismo para a administração da dose supervisionada. Apenas 25,7% desses pacientes recebem uma visita domiciliar para a tomada da PQT. A maioria dos entrevistados, 68,5%, não apresentou problemas durante o tratamento, contudo, quando intercorrências clínicas surgiram, 35,7%, foi necessário recorrer a outros serviços além dos prestados no serviço comunitário dos pacientes da pesquisa. Parcela substancial da amostra investigada, 88,5%, foi examinada detalhadamente pelo profissional de saúde durante a primeira consulta. Além disso, o bloqueio da transmissão da doença foi efetuado através da imunização com BCG dos familiares dos doentes (64,2%).

No que se refere às ações de combate e controle da hanseníase em Imperatriz-MA ficou evidenciado que há problemas na realização do diagnóstico. Pesquisas epidemiológicas consultadas constataram que isso também ocorre em estados como Pernambuco, Minas Gerais e São Paulo. Nestes artigos os problemas deste tema estão centrados nos seguintes itens: a sistemática

demanda reprimida; o longo tempo percorrido do momento de marcação até a realização da consultas; a curta duração da consulta; a baixa disponibilidade de recursos humanos treinados; a baixa proporção de exame completo da superfície corporal; as deficiências no reconhecimento clínico e diferencial. Outra constatação dessas pesquisas é o fato de que a redução da prevalência de hanseníase está mascarando problemas operacionais importantes para o enfrentamento dessa doença^{17,18,19}.

No que se refere à falta de algumas modalidades farmacológicas para o tratamento há pesquisas com dados convergentes e divergentes, respectivamente, em relação a esta investigação, que encontraram fato similar^{20,21}. Há duas possibilidades para explicar a falta de PQT em alguns dos serviços selecionados neste estudo: primeiro, o falta de PQT pode advir da própria falta de clientes para este esquema farmacológico; segundo, talvez, realmente trata-se de uma imprudência institucional que não garantiu a disponibilidade deste item essencial no controle da hanseníase. De toda maneira esse achado é preocupante, pois a PQT justamente substituiu o esquema farmacológico anterior (apenas rifampicina e dapsona) em virtude da longa duração do antigo esquema que culminava numa baixa adesão e até abandonos, além de custos excessivos e indícios de grande resistência do bacilo de Hansen à Dapsona.

Em alguns dos serviços avaliados não era ofertado ações de educação em saúde para o paciente, família e comunidade. A adoção da educação em saúde como uma estratégia de enfrentamento da hanseníase há muito se constituiu militância destacada na saúde coletiva, contudo, alguns problemas ainda necessitam ser sanados. Primeiro, as ações de educação em saúde ainda são, substantivamente, dirigidas para a condição da doença, na qual importam

"naturalmente" a prevenção, o diagnóstico precoce, a regularidade terapêutica e os procedimentos reabilitacionais, sem focar determinantes sociais de saúde. Segundo, há carência de formas de intervenção respaldadas nos conceitos de educação em saúde, reflexo da falta de competência e habilidade dos profissionais de saúde neste assunto²².

A pesquisa ora apresentada revelou ainda que a principal forma de educação em saúde ocorreu sob a forma dialógica. Seja na modalidade verbal e/ou escrita a educação em saúde é parte fundamental da terapêutica do paciente com hanseníase, pois é um momento ímpar para o empoderamento desses sujeitos, capacitação de familiares e demais responsáveis; é momento de compartilhar o cuidado direcionado a esses sujeitos com suas respectivas redes sociais de apoio. Dessa maneira, fazer educação em saúde é um compromisso de todo profissional do serviço que cuida de pessoas com hanseníase.

No tocante aos achados de comprometimento de vigilância epidemiológica, outros estudos consultados conduzidos no Ceará e em Minas Gerais também têm apontado o problema da subnotificação de casos de hanseníase^{18,23}. A construção de dados epidemiológicos na questão da hanseníase é uma pilar essencial da terapêutica, pois é a partir desses dados indicadores que ações estratégicas e políticas públicas de saúde são repensadas, renovadas e direcionadas para um público específico. Dessa maneira, fomentar a alimentação dos sistemas de informação em saúde deve ser uma atividade constante dos profissionais e gestores dos serviços de controle de hanseníase na busca de uma atenção terapêutica de excelência. Quanto melhor a qualidade da informação, mais eficiente será a utilização dos recursos no combate à hanseníase.

Foi constatado que o profissional de saúde

que mais colaborou no diagnóstico e consultas de acompanhamento foi o profissional enfermeiro. Pesquisa anterior corrobora com este achado e ainda reforça a importância do enfermeiro ao identificar que o segundo motivo de busca ao serviço era a consulta de enfermagem²¹. Uma das razões do Brasil ainda não ter eliminado a hanseníase do cenário dos problemas de saúde pública reside justamente no fato dela ser ainda considerada uma doença de especialidade médica, dificultando sua integralização nas ações básicas de saúde dos demais profissionais¹³.

As ações de enfermagem no controle da hanseníase são realizadas pelo enfermeiro e demais integrantes da equipe de enfermagem, devendo ser executadas de forma sistemática em todos os doentes e comunicantes. Essas ações incluem a consulta de enfermagem e a aplicação de testes e vacina BCG intradérmica para contatos. A consulta de enfermagem, por exemplo, possui um grande potencial para prevenção de agravos, especialmente das incapacidades físicas, com a melhoria da saúde dos indivíduos, bem como para aplicar a educação em saúde aos portadores de hanseníase e sua rede social de apoio²⁴. Dessa maneira, uma medida interventiva importante seria não apenas aumentar o contingente de profissionais de saúde para o tratamento de sujeitos com hanseníase, mas também capacitá-los para a identificação e início de terapia de forma autônoma, guardando as particularidades de cada caso clínico.

Pôde-se identificar que na avaliação das incapacidades, no momento do diagnóstico e alta, houve uma redução nas lesões de grau I e II, e um aumento dos casos que não foram avaliados. Dessa maneira, a avaliação de incapacidades precisa ser retomada e/ou aperfeiçoada dentro das ações municipais de controle de hanseníase. Autores argumentam que apenas 1% dos casos PB tem chance de desenvolver alterações da função

neural, caso ele tenha sido diagnosticado sem nenhuma lesão, e essa chance aumenta para 16% e 65%, caso o paciente PB e MB, respectivamente, iniciem o tratamento já apresentado função neural alterada²⁵.

Muitos usuários apresentaram queixas acerca da satisfação com o serviço ofertado em sua unidade básica de saúde. A presença de adversidades ou ainda a distância das unidades de saúde em relação aos domicílios dos usuários deve ser também repensada na gerencia desses serviços. Uma solução plausível para este problema seria a realização de visitas domiciliares sistemáticas aos pacientes com hanseníase. A implantação plena da humanização nos serviços em questão poderia também solucionar queixas dos usuários como fila de espera; dificuldade com transporte e falta de informações.

CONCLUSÃO

Os resultados da avaliação dos serviços de controle de hanseníase de Imperatriz-MA revelaram problemas que já deveriam ter sido sanados com a política de descentralização preconizada pelo Ministério da Saúde do Brasil. Boa parte dos dados foi similar aos de outros estudos consultados. Todavia alguns dados peculiares desta pesquisa são preocupantes, a saber: muitos serviços não realizam consulta aos seus usuários na tomada de decisão e direção das ações programáticas contra a doença; muitos pacientes permanecem sem diagnóstico, registros de tratamento, ou ainda adquirem incapacidades no curso do tratamento.

Como destacado pelos resultados deste estudo a notificação de casos PB diminuiu na última década, contudo, ascendeu os casos de doentes com hanseníase MB. O que denota fragilidade no serviço terapêutico disponibilizado. Outro aspecto a ser redimensionado é a

elaboração de indicadores epidemiológicos, destacado por alguns dos dirigentes entrevistados como insuficiente para suprir a necessidade dos serviços de atenção primária de hanseníase deste município. O enfermeiro tem ocupado uma posição destacável no enfrentamento da hanseníase, fato corroborado por outras pesquisas consultadas. Contudo, as políticas públicas de saúde estimulam que esse destaque deve ser dado a toda equipe de saúde que deve atuar de maneira inter e multidisciplinar. Fica o registro de que novos estudos sejam desenvolvidos em outras localidades a fim de que se possa construir um cenário do atual estágio dos serviços de saúde de controle e combate da hanseníase no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Araújo MG. Hanseníase no Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop* 2003; 36(3): 373-82.
2. Carvalho GI, Santos L. Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde. São Paulo: Hucitec; 1995.
3. Ministério da Saúde do Brasil (BR). Vigilância em saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil. Brasília: Departamento de vigilância epidemiológica. 2008.
4. Magalhães MCC, Rojas LI. Diferenciação territorial da hanseníase no Brasil. *Epidemiol Serv Saúde* 2007; 16(2): 75-84.
5. Silva AR, Portela EGL, Matos WB, Silva CCB, Gonçalves EGR. Hanseníase no Município de Buriticupú, Estado do Maranhão: busca ativa na população estudantil. *Rev Soc Bras Med Trop* 2007; 40(6): 657-60.
6. Ministério da Saúde do Brasil (BR). Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde. *Rev Saúde Publica* 2010; 44(1):200-2.
7. Lobo D, Narain JP. Progress of leprosy elimination in the South-East Asia Region. *Regional Health Fórum* 2005; 9(2): 21-7.

8. Al Samie AR, Al Qubati Y. Leprosy control in the Republic of Yemen: co-operation between government and non-government organizations, 1989 - 2003. *Lepr Rev* 2004; 75(2): 164 - 70.
9. Patroclo MAA, Santos EM, Natal S, Cruz MM, Oliveira MLWR. Análise de dois modelos para avaliação de Programas de hanseníase no Brasil. *Cad Saúde Colet* 2008; 16(2): 257 - 72.
10. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde *Rev Saúde Pública* 2000; 34(5): 547-59.
11. Moreira TMA. Estudo de Caso da Avaliação da Descentralização das Ações Programáticas de Hanseníase. Tese [Doutorado em Saúde Pública] - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2002. 228f.
12. Donabedian A. A gestão da qualidade total na perspectiva dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Qualitymark; 1994.
17. Feliciano KV, K Kovacs KVO, Alzate MH. Diagnóstico precoce da hanseníase: o caso dos serviços de saúde no Recife (Pernambuco), Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 1998; 4(1): 6-13.
18. Lana FCF, Amaral EP, Lanza FM, Saldanha ANSL. Desenvolvimento de incapacidades físicas decorrentes da hanseníase no Vale do Jequitinhonha, MG. *Rev Latino-Am Enferm* 2008; 16(6): 993-7.
19. Oliveira SN, Hennemann GV, Ferreira FLF, Azevedo AS, Foster SA. Avaliação epidemiológica da hanseníase e dos serviços responsáveis por seu atendimento em Ribeirão Preto - SP no ano de 1992. *Medicina* 1996; 29(1): 114-22.
20. Arantes CK, Garcia MLR, Filipe MS, Nardi SMT, Paschoal VDA. Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. *Epidemiol Serv Saúde* 2010; 19(2): 155-64.
21. Ferreira MLLT, Pontes MAA, Silveira MIS, Araújo LF, Keer LRS. A demanda de um centro de referência nacional para hanseníase no nordeste brasileiro: por que o excesso de pacientes? *Cad Saúde Colet* 2008; 16(2): 243 - 56.
22. Gonçalves A, Mantellini GC. Educação em saúde em hanseníase: conceitos e aplicações. *Rev bras med* 2007; 64(8): 384-9.
23. Torres CA, Beserra EP, Barroso MGT. Educational practice in transmissible disease prevention: an experience in the family context: a qualitative study. *Online Braz J Nurs* 2007, 6(1). Retrieved 2010-06-01, from <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/642/150>
23. Façanha MC, Lima JRC, Teixeira GFD, Pinheiro AC, Ferreira MLLT, Rouquayrol MZ. Hanseníase: subnotificação de casos em Fortaleza - Ceará, Brasil. *An Bras Dermatol*. 2006; 81(4): 329-33.
24. Duarte MTC, Ayres JA, Simonetti JP. Consulta de enfermagem: estratégia de cuidado ao portador de hanseníase em atenção primária. *Texto contexto - enferm* 2009; 18(1): 100-7.
25. Croft RP, Nicholls PG, Steyerberg EW, Richardus JH, Cairns W, Smith S. A clinical prediction rule for nervefunction impairment in leprosy patients. *Lancet* 2000; 355 (9215):1603-06.

Recebido em: 10/01/2012

Aprovado em: 23/04/2012