

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

PEDRO AUGUSTO VITAL NOGUEIRA

Avaliação da descentralização das ações programáticas de Hanseníase
no Município de Duque de Caxias

Rio de Janeiro
2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

PEDRO AUGUSTO VITAL NOGUEIRA

Avaliação da descentralização das ações programáticas de Hanseníase
No Município de Duque de Caxias

Dissertação apresentada a Coordenação do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof.Dr. Haroldo José de Matos

Rio de Janeiro
2009

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

N778c Nogueira, Pedro Augusto Vital.
Avaliação da descentralização das ações programáticas de
hanseníase no Município de Duque de Caxias / Pedro Augusto
Vital Nogueira – Rio de Janeiro, 2009.
102 f.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade
Estácio de Sá, 2009.

Bibliografia: f. 88-94

1. Hanseníase. 2. Saúde Pública.
I. Título

CDD 618.998

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, PEDRO AUGUSTO VITAL NOGUEIRA,
assumo nos termos da legislação atinente, inteira responsabilidade sobre as fontes
consultadas e citadas no trabalho intitulado
AVALIAÇÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES
PROGRAMÁTICAS DE HANSENÍASE NO MUNI-
CÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS

_____, isentando o(a) professor(a) orientador(a)
Dr(a) HAROLDO JOSÉ DE MATOS, e o Programa
de Pós-Graduação Saúde da Família, da Universidade Estácio de Sá, de qualquer
responsabilidade.

Estou ciente que, nos termos de deliberação do Colegiado do Programa, o plágio
importa reprovação.

Rio de Janeiro, 01 / outubro / 2009.

Pedro August Vital Nogueira
Assinatura

Nome do(a) aluno(a): PEDRO AUGUSTO VITAL NOGUEIRA

Matrícula nº: 200703001811



UNIVERSIDADE
Estácio de Sá

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

A dissertação

***AVALIAÇÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES PROGRAMÁTICAS
DE HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS***

elaborada por

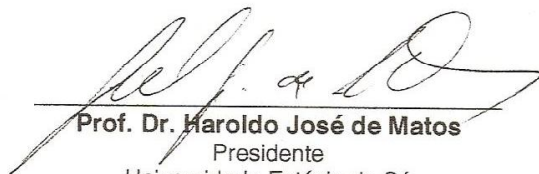
PEDRO AUGUSTO VITAL NOGUEIRA

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora foi aceita pelo Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família como requisito parcial à obtenção do título de

MESTRE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Rio de Janeiro, 24 de abril de 2009.

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dr. Haroldo José de Matos
Presidente
Universidade Estácio de Sá


Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues
Universidade Estácio de Sá


Prof. Dr. José Augusto da Costa Nery
Fundação Oswaldo Cruz

Agradecimentos especiais

À Deus por ter ajudado-me a concluir esta tarefa.

Ao Prof.Dr. Haroldo Matos pela sua orientação precisa, amizade e estímulo para que eu pudesse desenvolver este trabalho.

À banca examinadora pelas contribuições apresentadas.

Aos meus pais, presenças marcantes em minha vida, exemplos de dedicação e coragem.

À Artemis por compreender minhas ausências na elaboração desta dissertação e compartilhar sua vida comigo.

“A maior doença hoje não é a lepra ou a tuberculose, é, antes, o sentimento de não ser desejado”. Madre Tereza de Calcutá

Lista de abreviaturas

CID – Classificação Internacional de Doenças
FHP – Family Health Program
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILA/TF – International Leprosy Association/Technical Fórum
ILEP – International Federation of Anti-Leprosy Associations
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MDT – Multidrugtherapy
MB – Multibacilar
MS – Ministério da Saúde
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
NOAS – Norma Operacional de Assistência a Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONG – Organização não Governamental
OPS – Organização Panamericana de Saúde
PB - Paucibacilar
PCH – Programa de Controle da Hanseníase
PNEH – Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase
PQT – Poliquimioterapia
PSF – Programa de Saúde da Família
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS – Sistema Único de Saúde
SMS-DC – Secretaria Municipal de Saúde – Duque de Caxias
WHO – World Health Organization

RESUMO

Nos últimos anos, um dos importantes desenvolvimentos na área da Saúde Pública tem sido o enorme progresso obtido em reduzir a carga global da hanseníase nos países endêmicos. O sucesso começou em 1991 quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) determinou que todos os países com hanseníase endêmica assumissem o compromisso global de reduzir a prevalência da hanseníase para menos de 1 caso para cada grupo de 10.000 habitantes. Esse esforço foi descrito como a eliminação da hanseníase como um problema de saúde pública, estabelecendo uma data meta para o ano 2000. O progresso obtido desta campanha foi significativo: o número de países que notificaram a taxa de prevalência acima de 1 em cada 10.000 habitantes foi reduzido de 122 em 1985 para apenas 3 no início de 2008, entre estes o Brasil foi um dos que não atingiu a referida meta. Esses resultados surpreendentes devem-se sobretudo a instituição da poliquimioterapia (PQT/OMS) como tratamento padrão desde 1981 e entre as estratégias adotadas destaca-se a descentralização das ações programáticas de hanseníase para toda a rede básica de saúde. No Brasil, a partir da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001), os municípios passaram a ter a responsabilidade pelo Programa de Controle da Hanseníase. Duque de Caxias é o 2º município com maior número de casos no estado do Rio de Janeiro. Este trabalho pretende através de um estudo ecológico avaliar os progressos e resultados obtidos com a descentralização das ações programáticas de hanseníase no município, comparando os dados epidemiológicos antes e após a descentralização, tão bem como avaliar a capacitação dos profissionais médicos do Programa de Saúde da Família (PSF) no manejo da patologia. Os resultados deste estudo mostraram que os índices epidemiológicos, mesmo após a descentralização, continuaram reduzindo progressivamente, não havendo o impacto esperado conforme descrito na literatura. O nível de capacitação dos médicos do PSF foi avaliado como bom, porém as atribuições deles no Programa de Hanseníase foram tidas como insatisfatórias. O município no final deste estudo ainda não atingiu a meta recomendada pela OMS.

Palavras chave: Hanseníase. Ações Programáticas. Descentralização. Duque de Caxias.

ABSTRACT

One of the most important developments in the field of Public Health in the last years has been the tremendous progress made in reducing the global burden of hanseniasis in endemic countries. The success began in 1991 when the World Health Organization (WHO) determined that all countries with endemic leprosy undertake the global commitment to reduce the global prevalence of leprosy to less than 1 case for each group of 10.000 inhabitants. This effort was described as the elimination of leprosy as a public health problem, setting a target date for the year 2000. The progress of this campaign was meaningful: the number of countries that reported a prevalence rate above 1 in 10.000 inhabitants was reduced from 122 in 1995 to only 3 in early 2008. Brazil was one of the countries that did not reach this goal. These surprising results have been mostly due to the introduction of multidrugtherapy (MDT/WHO) as a standard treatment since 1981 and among the adopted strategies we stand out the decentralization of the programmatical actions throughout the network of basic health. In Brazil, from the operational policies of health care (NOAS-SUS 01/2001), the municipalities have been given the responsibility of the Leprosy Control Program . Duque de Caxias is the second city with the highest number of cases in Rio de Janeiro state. This work aims, through an ecological study to assess the progress and the results of the decentralization of programmatical actions of leprosy in the city, comparing the epidemiological data before and after the decentralization, as well as evaluating the training of medical professionals of the Family Health Program (FHP) in the management of the disease. The results of this study showed that the epidemiological indices, even after the decentralization, continued decreasing gradually, with no expected impact as it is described in the literature. The level of training of medical professionals of the Health Family Program was assessed as good, however, their tasks in the Program of Leprosy were considered unsatisfactory. At the end of this study Duque de Caxias has not still achieved the goal recommended by the World Health Organization.

Key words: Leprosy. Programmatical actions. Decentralization, Duque de Caxias.

SUMÁRIO

ASSUNTO	PÁGINA
INTRODUÇÃO	
Capítulo 1 – A ENDEMIAS HANSÊNICA	16
1.1 Contextualização da patologia	16
1.2 A endemia hansênica no mundo	21
1.3 A endemia no Brasil	28
1.4 A endemia no estado	34
1.5 A endemia no município de Duque de Caxias	40
Capítulo 2 – DESCENTRALIZAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE	42
2.1 Conceitos de descentralização	42
2.2 Descentralização das ações de controle da hanseníase	47
2.3 Descentralização no Brasil	50
2.4 No município de Duque de Caxias	56
Capítulo 3 – METODOLOGIA	60
3.1 Pressupostos	60
3.2 Objetivos	60
3.2.1 Geral	60
3.2.2 Específicos	60
3.3 Desenho de estudo	61
3.4 População de estudo	61
3.5 Seleção do município	62
3.6 Local de estudo	64
3.7 Instrumentos de coleta de dados	65
3.8 Análise de dados	66
Capítulo 4 – RESULTADOS / DISCUSSÃO	68

CONCLUSÃO	86
REFERÊNCIAS	88
ANEXOS	95

INTRODUÇÃO

A hanseníase é considerada um problema de saúde pública especial devido ao fato de causar incapacidades permanentes, bem como por suas conseqüências sociais, tais como discriminação e estigma.

A poliquimioterapia (PQT/OMS) preconizada pela OMS desde 1981 é a base da estratégia para a eliminação da hanseníase visto que ela cura os pacientes, reduz o reservatório de infecção e, conseqüentemente, interrompe sua transmissão.

Em 1991, a resolução da Assembléia Mundial de Saúde para eliminar a hanseníase como um problema de saúde pública até o ano 2000 (definido como uma taxa de prevalência de menos de um caso em cada grupo de 10.000 habitantes) gerou um impulso extremamente valioso para os esforços globais de controle da hanseníase.

Alguns países não conseguiram atingir a meta em 2000 e continuaram na perseguição do objetivo, de tal maneira que no início de 2008, apenas três países dos 122 que iniciaram o projeto, fracassaram no objetivo. Entre eles o Brasil que ficou com uma taxa de prevalência de 1,5.

Outra estratégia fundamental recomendada pela OMS foi a mudança no atendimento ao paciente com hanseníase. Antes o atendimento era centralizado, verticalizado, em geral feito por especialistas (dermatologistas) em unidades especiais.

Recomendou-se que os programas de hanseníase descentralizassem a forma de atuar, facilitando o acesso do usuário.

O propósito era: integrar o programa de hanseníase nos serviços gerais de saúde, mais espalhados na periferia, mais próximo do paciente, facilitando assim o diagnóstico precoce e o tratamento eficiente.

Desde 1980, cada vez mais os países assumiram reformar seus sistemas de saúde, no sentido da descentralização do centro para a periferia, pelos mais diferentes motivos, que serão abordados neste estudo.

O Brasil também teve na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, um marco na reforma da saúde do país, impulsionada por dois anseios:

- Mudar o sistema imposto pelo regime de ditadura militar que por mais de duas décadas centralizou em excesso as decisões da saúde.

- Implementar as propostas da Reforma Sanitária que já vinham sendo discutidas desde o início da década de 80.

As propostas aprovadas na Conferência foram quase todas inseridas no Sistema Único de Saúde (SUS) criado na Constituição Federal de 1988.

A descentralização foi uma das principais diretrizes do SUS, e com ela os municípios passaram a ser os responsáveis diretos pela gestão da saúde em seus espaços geográficos com autonomia política, administrativa e financeira, em virtude do sistema federativo vigente no país.

A partir da NOAS 01/2001, que incluiu o controle da hanseníase definitivamente como programa de atenção básica, os gestores municipais assumiram o dever pelo controle de todos os agravos e a implantação de todas as ações de controle da hanseníase na rede básica, com destaque ao PSF e PACs.

Mas para que os municípios atinjam a meta de eliminação da hanseníase, não basta apenas a transferência legal e material de serviços de saúde, e nem a transferência de recursos financeiros.

A vontade política dos gestores locais é ponto fundamental em todo este processo de descentralização.

Sabe-se atualmente que a base da eliminação da hanseníase é o diagnóstico precoce com um tratamento eficaz. Para tanto é imprescindível que o portador de hanseníase encontre na rede básica, profissionais capacitados para este objetivo.

O município de Duque de Caxias ainda não atingiu a meta proposta pela OMS na eliminação da hanseníase e termina o ano de 2006 com um coeficiente de prevalência de 3,93, quase quatro vezes acima da meta (menos de 1 caso por cada 10.000 habitantes).

A proposta fundamental deste estudo é então avaliar até que ponto o compromisso e a vontade política dos gestores de Duque de Caxias no controle da hanseníase foram transformados em ação, após a descentralização.

Três questões nortearão o desenvolvimento do trabalho:

- Qual o comportamento dos indicadores epidemiológicos, comparando-os, antes e após a descentralização. Houve melhora?
- As atribuições dos médicos do PSF conforme recomendadas pelo Ministério da Saúde, estão sendo implementadas nas ESFs de Duque de Caxias?
- O município capacitou os médicos do PSF no manejo da hanseníase?

A dissertação foi dividida por capítulos:

O 1º inicia com uma breve descrição da patologia abordando os principais pontos. Posteriormente, a situação endêmica no mundo, no estado e no município de Duque de Caxias é avaliada através de dados da OMS, SINAN e revisão da literatura sobre este tópico.

O Brasil no início de 2008 continuava sendo um dos três países a não atingir a meta da OMS, com um coeficiente de prevalência de 2,40 (WHO,2008). O estado registrou a prevalência de 0,88 cumprindo assim a meta. Duque de Caxias é o 2º maior do estado em número de casos, continuando acima da meta, como visto anteriormente.

O capítulo 2º aborda a descentralização das ações de controle da hanseníase como uma das principais estratégias da OMS para controle da hanseníase, com enfoque no Brasil e Duque de Caxias.

Inicialmente, conceitua-se o termo descentralização já que ele tem diferentes significados e formas de interpretação nos diferentes países em que é usado.

O Brasil optou pela devolução (municipalização) como forma de descentralização.

No capítulo 3º é apresentada em detalhes a metodologia empregada para a realização dos objetivos desta dissertação, tão bem como os pressupostos e objetivos.

O capítulo 4º descreve os resultados obtidos no trabalho de campo, avaliando-os a seguir.

Em conclusão, faz-se um julgamento sobre a descentralização das ações de hanseníase no município, após a análise dos indicadores epidemiológicos desde 1990 até 2006 e se a descentralização iniciada em 1988 provocou o impacto esperado, conforme preconiza a literatura. Além disso, julga os resultados da entrevista dos 30 médicos do PSF quanto as atribuições para com o paciente portador de hanseníase, conforme recomendadas pelo Ministério da Saúde e avalia a capacitação destes no atendimento da doença, condição determinante para o sucesso ou fracasso no controle da endemia.

CAPÍTULO 1 - A ENDEMIAS HANSÊNICA

1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA PATOLOGIA

HANSENÍASE

Doença infecto – contagiosa, crônica, curável, causada pelo *Mycobacterium Leprae*

CID10: A30

Definição de caso:

Pessoa que apresenta um ou mais dos critérios listados a seguir, com ou sem história epidemiológica e que requer tratamento quimioterápico específico:

- a) Lesão de pele com alteração de sensibilidade;
- b) Espessamento de nervo(s) periférico(s);
- c) Baciloscopia positiva para *Mycobacterium leprae*

Obs. A baciloscopia negativa não afasta o diagnóstico de hanseníase (MS,2002).

O bacilo tem a capacidade de infectar grande número de indivíduos (alta infectividade), no entanto poucos adoecem (baixa patogenicidade), propriedades estas que não são função apenas de suas características intrínsecas, mas que dependem, sobretudo, de sua relação com o hospedeiro e grau de endemicidade do meio, entre outros. O domicílio é apontado como importante espaço de transmissão da doença, embora ainda existam lacunas de conhecimento quanto aos prováveis fatores de risco implicados, especialmente aqueles relacionados ao ambiente social. O alto potencial incapacitante da hanseníase está diretamente relacionado ao poder imunogênico do *M.leprae*. A hanseníase parece ser uma das mais antigas doenças que acomete o homem. As referências mais remotas datam de 600 a.C e procedem da Ásia, que, juntamente com a África, podem ser consideradas o berço da doença. (BERNARDI; MACHADO,2004).

Etiologia:

Doença causada por bacilo álcool-ácido resistente, intracelular obrigatório que apresenta afinidade por células cutâneas e por células dos nervos periféricos (MS,2002).

O homem, tem sido reconhecido como a principal fonte de infecção, e até agora o mais importante reservatório para a saúde pública. Outros animais, ainda em estudo, estão sendo investigados, como o tatu, o macaco mangabei e o chimpanzé. (PENNA; PONTES, 2009).

A transmissão da hanseníase se dá por contato íntimo e prolongado de indivíduos susceptíveis com pacientes bacilíferos não tratados. A porta de entrada mais considerada é a via aérea superior.

O período de incubação é longo; em média, de 2 a 7 anos. Esse longo período de incubação é devido à característica do *M.leprae* reproduzir-se lentamente por divisão binária simples a cada 14 dias, sendo, portanto, necessário vários anos para que um susceptível possa atingir uma carga bacilar suficiente para expressar a doença clinicamente manifesta. (PENNA; ,PONTES,2009).

Os doentes paucibacilares (indeterminados e tuberculóides) não são considerados importantes como fonte de transmissão da doença, devido à baixa carga bacilar. Os pacientes multibacilares, no entanto, constituem o grupo contagiante, assim se mantendo enquanto não se iniciar o tratamento específico. (MS,2006).

Embora acometa ambos os sexos, observa-se predominância do sexo masculino, em relação de dois para um.

Manifestações clínicas:

Os aspectos morfológicos das lesões cutâneas e classificação clínica nas quatro formas apresentadas no quadro abaixo devem ser utilizadas por profissionais especializados e em investigação científica. No campo, para fins terapêuticos, a OMS recomenda que se use a classificação operacional baseada no número de lesões cutâneas.

As manifestações neurológicas são comuns a todas as formas clínicas. Na hanseníase indeterminada, não há comprometimento de troncos nervosos, expressos clinicamente. Na hanseníase tuberculóide, o comprometimento dos nervos é mais precoce e mais intenso. Na hanseníase virchowiana, afora as lesões

dermatológicas e das mucosas, ocorrem também lesões viscerais. Portanto, hanseníase é doença dermatológica, imunológica e neurológica.

(PENNA; PONTES, 2009)

Critérios diagnósticos:

QUADRO 1

O diagnóstico da hanseníase segue o quadro abaixo:

CARACTERÍSTICAS			
Clínica	Baciloscopia	Forma Clínica	Classificação Operacional para a rede básica
Áreas de hipo ou anestesia, parestesias, manchas hipo-crômicas e/ou eritematohipocrômicas, com ou sem diminuição da sudorese e rarefação de pelos.	Negativa	Indeterminada (HI)	PB Até 5 lesões de pele
Placas eritematosas, eritematohipocrômicas, bem definidas, hipo ou anestésicas, comprometimento de nervo.	Negativa	Tuberculóide (HT)	
Lesões pré-foveolares (eritematosas, planas com o centro claro). Lesões foveolares (eritematopigmentares, de tonalidade ferruginosa ou pardacenta). Apresenta alterações de sensibilidade.	(bacilos e globias ou com raros bacilos) ou Negativa	Boderline (HD)	MB Mais que 5 lesões de pele
Eritema e infiltração difusas, placas eritematosas infiltradas e de bordas mal definidas, tubérculos e nódulos, madarose, lesões das mucosas, com alteração de sensibilidade.	Positiva (bacilos abundantes e globias)	Virchowiana (HV)	

Fonte: M.S. 2002

Diagnóstico diferencial:

Eczemátide, nevo acrômico, pitíriase versicolor,, vitiligo, pitíriase rósea de Gilbert, eritema polimorfo, eritema nodoso por outras causas, granuloma anular, eritema anular, lúpus, farmacodermias, pelagra, sífilis, alopecia areata, sarcoidose, tuberculóide, xantomas, esclerodermias. (MS,2002).

Episódios reacionais:

São reações do sistema imunológico do doente ao M.leprae. Apresentam-se através de episódios inflamatórios agudos e subagudos. Podem acometer tantos os casos paucibacilares como os multibacilares.

Os estados reacionais ocorrem, principalmente, durante os primeiros meses do tratamento quimioterápico da hanseníase, mas também podem ocorrer antes ou depois do mesmo, nesse caso após a cura do paciente. Quando ocorrem antes do tratamento, podem induzir ao diagnóstico da doença. Os principais fatores potencialmente desencadeantes dos episódios reacionais são a gestação, as infecções concorrentes e o estresse físico ou psicológico.

(JACOBSON; KRAHENBUHL, 1999).

As reações (ou episódios reacionais) são agrupadas em 2 tipos:

- reação tipo 1 ou reação reversa – quadro clínico que se caracteriza por apresentar novas lesões dermatológicas (manchas ou placas), infiltração, alterações de cor e edema nas lesões antigas, bem como dor ou espessamento dos nervos (neurites).

- reação tipo 2 – sua manifestação clínica mais freqüente é o eritema nodoso hansênico, que se caracteriza por apresentar nódulos vermelhos e dolorosos, febre, dores articulares, espessamento nos nervos e mal estar generalizado. Geralmente as lesões antigas permanecem sem alteração. (WHO, 1989).

Métodos diagnósticos:

Clínico: baseado na definição de caso e/ou pela morfologia das lesões (ver quadro 1).

Clínico-epidemiológico: baseado na definição de caso e na história epidemiológica do paciente, de convívio com pacientes que tem ou que tiveram hanseníase.

Laboratorial:

- exame baciloscópico – pode ser utilizado como exame complementar para classificação dos casos em MB e PB. Baciloscopia positiva indica hanseníase multibacilar, independentemente do número de lesões.

- exame histopatológico – indicado como suporte na elucidação diagnóstica e em pesquisas (MS,2006).

Tratamento:

O tratamento do paciente com hanseníase é indispensável para curá-lo e fechar a fonte de infecção, interrompendo assim a cadeia de transmissão da doença, sendo portanto estratégico no controle da endemia e para eliminar a hanseníase.

O tratamento é eminentemente ambulatorial. Nos serviços básicos de saúde, administra-se uma associação de medicamentos, a poliquimioterapia (PQT/OMS).

A regularidade do tratamento é fundamental para a cura do paciente.

Não é eticamente recomendável tratar o paciente com hanseníase com um só medicamento. (MS, 2002).

1.2. A ENDEMIAS HANSÊNICA NO MUNDO

Uma das maiores conquistas da Saúde Pública no mundo tem sido a redução drástica da carga global de hanseníase nas últimas décadas.

Grande parte dos méritos de tais conquistas deve-se ao empenho da Organização Mundial de Saúde (OMS), juntamente com os países endêmicos, a eficácia da poliquimioterapia (PQT) no tratamento e o financiamento de várias agências internacionais, em particular, Organizações não Governamentais (ONGs). (WHO, 2003).

Dois eventos foram primordiais na luta contra a eliminação da doença.

O primeiro foi em 1981, quando o Grupo de Estudos sobre Quimioterapia da Hanseníase da OMS recomendou o uso da poliquimioterapia como tratamento padrão da hanseníase (ANDRADE,2000).

Até então os dados epidemiológicos da hanseníase na década 70/80 eram desanimadores:

- A carga global da doença era estimada acima de 12 milhões de casos no mundo;
- O tratamento monoterápico, mesmo de longa duração, com a dapsona, não era satisfatório. As pesquisas mostravam uma grande resistência primária e secundária à dapsona com uma prevalência de resistência secundária variando de 10 a 386 por 1000 pacientes, e uma resistência primária tão alta quanto 550 por cada 1000 pacientes novos. (DAUMERIE, 2002).

Diante destes fatos, a OMS e seu Grupo de Estudos, direcionaram seus esforços na busca de uma vacina protetora, até o momento não descoberta, e de um tratamento mais efetivo, composto de duas ou mais drogas, à semelhança do tratamento da tuberculose. Acreditava-se que cada droga agindo por um mecanismo antimicrobiano diferente iria prevenir mais facilmente a recidiva do *M. leprae* resistente à dapsona. (DAUMERIE, 2002).

A partir de 1981, a OMS recomenda um regime de tratamento multidrogaterapia, que foi amplamente aceito e implementado em todos os países endêmicos.

A resposta a este novo tratamento foi tão exitosa que contagiou a todos com a possibilidade de eliminar a hanseníase no mundo. (NOORDEEN, 1991).

Em um 2º evento, na 44ª Assembléia Mundial de Saúde, em Genebra, em 1991, os técnicos da OMS e países membros, aprovaram a resolução WHA 44.9, que adotava como objetivo a eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública até o ano 2000. (WHO, 1991).

A OMS definiu como meta de eliminação da hanseníase a redução do coeficiente de prevalência para menos de 1 caso por 10.000 habitantes. (WHO, 2005).

Em 1999, na avaliação da OMS sobre os objetivos assumidos neste evento, foram constatados resultados surpreendentes:

- Dos 122 países que em 1991 apresentavam taxa de prevalência acima de 1 em cada grupo de 10.000 habitantes, foi reduzido para 24 países no início de 1999;
- Cerca de 10 milhões de casos tinham sido curados neste mesmo período;
- O número de reincidências permaneceu baixo, cerca de 0,1% ao ano;
- Não foram registrados casos de resistência a medicamentos, devidos ao PQT/OMS;
- A taxa de prevalência caiu 85%;
- Quase todos os pacientes registrados em tratamento de hanseníase estavam sendo tratados com PQT. (ANDRADE, 1999). (WHO, 1999).

Contudo, 24 países, de todas as regiões da OMS, exceto a Europa, não tinham atingido a meta de eliminação. Foram eles:

Angola, Camarões, República Africana Central, República do Tchad, Congo, Costa do Marfim, República Democrática do Congo, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Guiné Bissau, Madagascar, Mali, Moçambique, Nigéria e Serra Leoa na África; Brasil e Paraguai, nas Américas; Índia, Indonésia, Mianmar e Nepal, no sudeste asiático; e Papua Nova Guiné, no Pacífico Ocidental. (OMS, 2000).

As razões pelas quais estes países não atingiram a meta proposta foram diferentes entre eles, como:

- Alguns países com alta prevalência: Índia, Brasil, Nepal;
- Países com intensa transmissão da doença: Índia, Guiné e Madagascar;
- Atendimento centralizado, dificultando o acesso aos usuários com serviços de PQT;
- Guerra civil em alguns países que priorizaram seus investimentos em outros setores que não os serviços de saúde. (NEIRA ;DAUMERIE, 2000).

Os números estatísticos claramente indicavam que a nível global o processo de eliminação da hanseníase tinha feito um enorme progresso e os principais elementos da estratégia de eliminação continuavam válidos.

Contudo, apesar da queda da taxa de prevalência, a detecção de novos casos anualmente permanecia constante ou aumentava. Em 1998, 755.305 novos casos tinham sido detectados. (WHO, 1999).

Dos 24 países que não tinham atingido a meta de eliminação, os 11 mais endêmicos tinham uma taxa agregada de prevalência de 4,5 por 10.000, mais do que 4 vezes o objetivo. (WHO,2005).

Visando dar continuidade na luta em prol da conquista da eliminação da hanseníase no mundo, em Abdjan, na Costa do Marfim, no período de 15 a 17 de novembro de 1999, a OMS, representantes dos países endêmicos e outros parceiros anunciaram a “Aliança Global” para eliminar a hanseníase como problema de saúde pública em todos os países até o ano 2005. (OMS,2000).

A Aliança Global objetivando detectar e tratar todos os casos remanescentes de hanseníase no mundo, estimados em 2,5 a 2,8 milhões, formulou o Plano Estratégico – 2000- 2005 – que incentivava os países endêmicos a assumir o compromisso de tratar dos desafios lançados pela doença.

O componente mais importante da estratégia era assegurar que as atividades de controle da hanseníase estivessem disponíveis e acessíveis a todo indivíduo

afetado no serviço de saúde mais próximo, aumentando assim a cobertura das atividades (DAUMERIE, 2002).

Os resultados da Aliança Global foram ainda mais promissores e entre eles se destacam:

- Maior envolvimento político e conhecimento em todos os países endêmicos;
- Maior receptividade na integração dos serviços de hanseníase com os serviços gerais de saúde;
- Entre 1985 e o começo de 2005, mais de 14 milhões de casos foram diagnosticados e completaram tratamento com PQT, com muito poucas recidivas relatadas;
- O número de países com taxa de prevalência acima de 1 por 10.000 habitantes reduziu de 122 em 1985 para 9 no começo de 2004;
- Houve uma redução considerável em áreas não cobertas pelos serviços de hanseníase, incluindo aqueles de difícil acesso (WHO, 2004).

A situação da hanseníase no mundo após esta avaliação ficou assim:

QUADRO 2. Global leprosy situation at the beginning of 2004, by WHO region (excluding the European Region)

(WHO, 2004)

WHO region	Registered prevalence at beginning of 2004	No. of cases detected during 2003
African	51 233 (0.8)	47 006 (7.2)
Americas	86 652 (1.0)	52 435 (6.3)
South-East Asia	304 296 (2.0)	405 147 (26.5)
Eastern Mediterranean	5 798 (0.1)	3 940 (0.8)
Western Pacific	10 449 (0.1)	6 190 (0.4)
Total	458 428	514 718

Fonte: (WHO, 2004)

Nas duas últimas décadas, a carga global de casos caiu quase 90%. No início de 2004, cerca de 460.000 pacientes estavam no registro de tratamento, e durante 2003 cerca de 500.000 novos casos foram detectados no mundo. (quadro 2))

O quadro 3 mostra a taxa de prevalência no começo de 2004 e a detecção de casos durante 2003 nos 9 países onde a taxa de prevalência excedia 1 por

10.000 hab. De acordo com esta avaliação, juntos estes países representavam cerca de 88% dos novos casos detectados durante o ano de 2003, e 84% dos casos registrados no início de 2004.

QUADRO 3. Countries yet to reach elimination at the beginning of 2004

(WHO, 2004)

Country	Registered prevalence at beginning of 2004	No. of cases detected during 2003
Angola	3 776 (2.8)	2 933 (22.1)
Brazil	79 908 (4.6)	49 206 (28.6)
Central African Republic	952 (2.6)	542 (14.7)
Democratic Republic of the Congo	6 891 (1.3)	7 165 (13.5)
India	265 781 (2.6)	367 143 (35.7)
Madagascar	5 514 (3.4)	5 104 (31.1)
Moza	6 810 (3.4)	5 907 (29.4)
Nepal	7 549 (3.1)	8 046 (32.9)
United Republic of Tanzania	5 420 (1.6)	5 279 (15.4)
Total	382 601	451 325

Fonte: (WHO, 2004)

Em nova campanha, não apenas para continuar reduzindo a carga da doença, mas também com o propósito de sustentar as atividades de controle da hanseníase onde quer que a doença estivesse presente, a OMS desenvolve novo plano estratégico – 2006-2010- agora denominado: Estratégia Global para Maior Redução da Carga da Hanseníase e Sustentação das Atividades de Controle da Hanseníase.

A preocupação agora não é apenas eliminar a hanseníase enquanto problema de saúde pública, cujos princípios básicos continuarão sendo a detecção oportuna de novos casos, seu tratamento com quimioterapia eficaz na forma de poliquimioterapia, a prevenção de incapacidades e a reabilitação.

O outro objetivo fundamental é dar sustentabilidade aos programas, integrando todos os componentes essenciais das atividades de controle da hanseníase ao sistema existente de atenção primária, como será visto no capítulo seguinte. (ILEP, 2003).

A avaliação deste plano período - 2006-2010 - no início de 2008 permitiu novos dados epidemiológicos e descrever a situação atual da hanseníase no mundo como segue:

QUADRO 4. Prevalence of leprosy and number of new cases detected, by WHO region, beginning of 2008

(WHO, 2008)

WHO region	Registered prevalence beginning 2008	New cases detected 2007
African	30 055 (0.47)	31 037 (4.85)
Americas	49 388 (0.96)	41 978 (8.15)
South-East Asia	120 967 (0.72)	171 552 (10.22)
Eastern Mediterranean	4 240 (0.09)	4 091 (0.85)
Western Pacific	8 152 (0.05)	5 867 (0.34)
Total	212 802	254 525

Fonte: (WHO, 2008)

O número de casos novos detectados anualmente está declinando em muitos países. A maioria dos países endêmicos ainda continua detectando novos casos embora em números mais baixos, conforme quadro abaixo:

QUADRO 5. Trends in the detection of new cases of leprosy, by WHO region, 2001–2007 (excluding European Region)

(WHO, 2008)

WHO region	No. of new cases detected						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
African	39 612	48 248	47 006	46 918	45 179	34 480	31 037
Americas	42 830	39 939	52 435	52 662	41 952	47 612	41 978
South-East Asia	668 658	520 632	405 147	298 603	201 635	174 118	171 552
Eastern Mediterranean	4 758	4 665	3 940	3 392	3 133	3 261	4 091
Pacific occidental	7 404	7 154	6 190	6 216	7 137	6 190	5 867
Total	763 262	620 638	514 718	407 791	299 036	265 661	254 525

Fonte: (WHO, 2008)

Apenas 3 países, entre eles o Brasil, ainda não conseguiram atingir a meta estabelecida desde o início da campanha:

QUADRO 6. Prevalence of leprosy and number of new cases detected in countries with population >1 million that have not yet eliminated the disease

(WHO, 2008)

Country	Registered prevalence			No. of new cases detected		
	Beginning of 2006	Beginning of 2007	Beginning of 2008	2005	2006	2007
Brazil	27 313 (1.5)	60 567 (3.21)	45 847 (2.40)	38 410 (20.6)	44 436 (23.53)	39 125 (20.45)
Nepal	4 921 (1.8)	3 951 (1.43)	3 329 (1.18)	6,150 (22.7)	4 253 (15.37)	4 436 (15.72)
Timor	289 (3.05)	222 (2.2)	131 (1.23)	288 (30.41)	248 (24.63)	184 (17.23)

Fonte: (WHO, 2008)

A prevalência global registrada no início de 2008 foi de 212.802; o número de casos novos detectados durante 2007 foi de 254.525. A detecção global de casos novos declinou cerca de 11.100 casos (4%) durante 2007 se comparado com 2006, conforme quadro 4.

1.3. A ENDEMIAS NO BRASIL

O Brasil, enquanto país membro da OMS, foi signatário das diversas campanhas por ela incentivada, no intuito de eliminar a hanseníase enquanto problema de saúde pública.

Ainda que registre um importante decréscimo na taxas de prevalência e de detecção de casos novos de hanseníase, os níveis de magnitude da doença, segundo as regiões geográficas, demonstram a necessidade de se dar continuidade a execução das atividades que reduzam a transmissão da doença.

A doença continua a produzir mais de 40.000 mil casos novos por ano no país demonstrando uma importante endemicidade. (ERNESTO, 2009).

Antes de analisar a atual situação epidemiológica convém fazer um breve relato do esforço que o país vem executando no controle da endemia.

O Brasil demorou a assumir o tratamento com a poliquimioterapia, conforme recomendado pela OMS, começando-o de forma gradativa em 1986. (MENCARONI,2003); (ANDRADE,2000)

O Ministério da Saúde implantou a nova terapêutica em todo o país, a partir de 1990, através da Portaria Nº. 01 de 07/11/89, da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária.(BRASIL, 1989).

Portanto, com um atraso de quase 10 anos, desde que foi recomendado pela OMS em 1981, o Brasil padronizou esse tratamento em todo território nacional.

Em 1991, na 44ª Assembléia Mundial de Saúde, pactuou compromisso com os demais países, de que a hanseníase seria eliminada como problema de saúde pública até o ano 2000, conforme recomendação da OMS. (WHO, 1991).

Não atingiu o objetivo ficando entre os 24 países que não obtiveram sucesso, ocupando o 2º lugar do mundo em número absoluto de casos da doença, vindo atrás apenas da Índia.

Em 1999, em Abidjan, na Costa do Marfim, no plano estratégico – 2000-2005- Aliança Global, pactuou novamente a meta, sem sucesso, com o prazo estendido até 2010. (WHO, 1999).

Persistiu no incômodo 2º lugar, atrás da Índia, com 79.908 casos, uma taxa de prevalência de 4,6 por 10.000 habitantes e com um total de 49.206 casos detectados em 2003, com taxa de detecção de 28,6%. (OMS,2000).

Nos últimos dados estatísticos da OMS, no início de 2008, avaliando o plano 2006-2008, o Brasil ainda não atingiu a meta de eliminação, juntamente com mais 2 países, Nepal e Timor Leste, mantendo uma taxa de prevalência de 2,40.

Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil

A OMS tem adotado a taxa de prevalência como o indicador de eliminação da hanseníase.

Em 2004 sugeriu que o cálculo desta taxa estaria “artificialmente inflada” em alguns países em virtude da não aderência as definições padrões de caso, e/ou registros repetidos de velhos casos como novos e diagnóstico incorreto. (WHO,2004).

A taxa de prevalência até 2003 era calculada incluindo no numerador todos os casos existentes no registro ativo por 10.000 habitantes. A partir de 2004, o

numerador é o número de pacientes em curso de tratamento por 10.000 habitantes (prevalência de ponto de dezembro) conforme recomendado pela OMS e estabelecido em portaria nº 31/2005, da Secretaria de Vigilância em Saúde, de 08 de julho de 2005. (PNEH, 2009).

Atualmente, (PNEH, 2009), a Coordenação do Programa Nacional de Controle da Hanseníase substituiu a meta de eliminação da hanseníase, com base no indicador de prevalência pontual, pelo indicador de detecção de casos novos, optando pela sua apresentação por 100.000 habitantes, para facilitar a comparação com outros eventos.

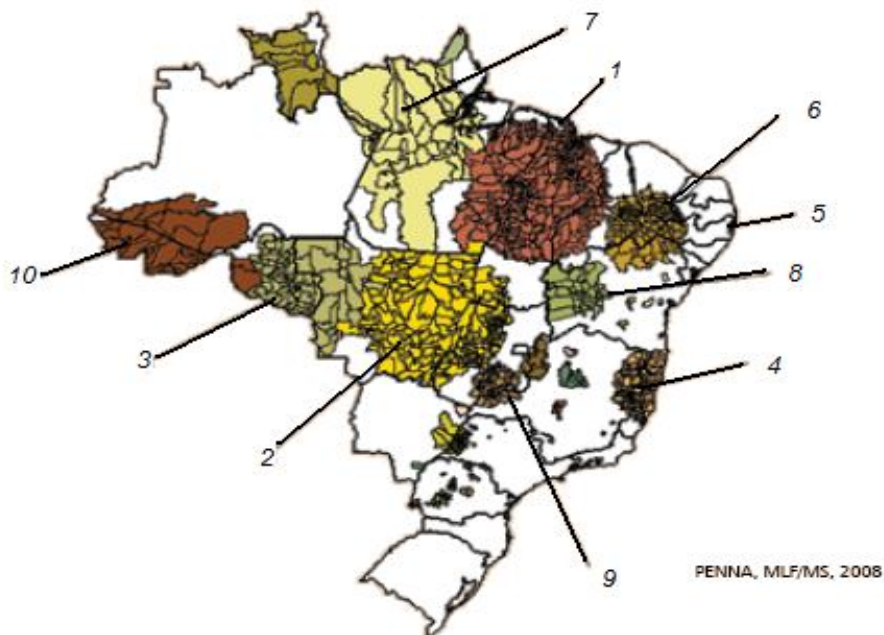
O objetivo é identificar os clusters nos estados e nos municípios para que sejam implementadas ações mais enérgicas na redução das fontes de transmissão e melhor acompanhamento da hanseníase no Brasil.

Segundo o Ministério da Saúde (2008):

“Os clusters definem áreas com maior risco e onde se encontram a maioria dos casos. A detecção dos espaços de maior risco da doença permite a orientação do programa de controle para áreas em que a transmissão é maior, com enfoque em espaços geograficamente contínuos e maior efetividade epidemiológica. A abordagem por meio de clusters evitam que sejam ignoradas áreas silenciosas devido o baixo esforço de detecção ou que se priorize municípios com muitos casos devido ao tamanho de sua população e não devido ao maior risco”.

Baseados em dados do SINAN, de 2005 a 2007, o PNCH identifica os 10 clusters mais prováveis, que incluíram 1.173 municípios, 53,5% dos casos novos detectados no período e apenas 17,5% da população do país.

FIGURA 1 – Os 10 primeiros *clusters* de casos de hanseníase, identificados por meio do coeficiente de detecção de casos novos no período de 2005 a 2007, Brasil*.



* O *cluster* 10 tem efeito de borda, isto é, não existem dados para o outro lado da fronteira; por isso é irregular

A figura acima confirma a concentração de casos da hanseníase na região da Amazônia Legal.

A abordagem dos dados epidemiológicos que apresentaremos a seguir é baseada em análise de série histórica de 1997 a 2006, realizada pelo PNEH MS Brasil, ano que tem a prevalência pontual, e não a detecção de casos novos, como meta de eliminação da hanseníase.

Dessa forma estaremos avaliando o desempenho do Brasil, segundo os mesmos dados epidemiológicos, desde que foi assumido perante a OMS, a eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública tendo como parâmetro a taxa de prevalência menos de 1 caso por 10.000 habitantes.

Taxa de Prevalência

A taxa de prevalência, (tab. 1) é de 1,41/10.000, 4 vezes menor que a taxa de 2000. A prevalência em todas as regiões do país, no período de 1997 a 2006, tem tendência descendente a partir de 2003, por conta da atualização dos registros.

Em 2006, o número de doentes de hanseníase no Brasil era de 26 mil casos que ainda estavam em tratamento PQT/OMS, cifra que representa um coeficiente de prevalência de 1,41/10.000 hab (tab.1) (PNEH,2007).

TABELA 1 – Perfil da endemia de Hanseníase – Brasil, 2006

ESTADOS	COEF PREVALÊNCIA	COEF. DETECÇÃO	COEF. DETECÇÃO 0-14 ANOS
BRASIL	1,41	2,11	0,57
AMAZONIA LEGAL	2,36	6,60	1,74
Rondônia	5,66	8,08	1,77
Acre	2,96	7,15	1,91
Amazonas	1,72	2,27	0,58
Roraima	6,30	10,07	3,74
Pará	3,98	6,02	1,86
Amapá	1,66	2,50	0,50
Tocantins	6,27	9,88	2,50
Maranhão	4,86	6,85	2,00
Mato Grosso	7,15	10,47	1,86
NORDESTE(*)	1,53	2,42	0,67
Piauí	2,38	4,02	1,29
Ceará	1,75	2,70	0,53
Rio Grande do Norte	0,54	0,86	0,22
Paraíba	1,51	2,47	0,62
Pernambuco	2,11	3,34	1,22
Alagoas	0,89	1,40	0,29
Sergipe	1,50	2,35	0,57
Bahia	1,21	1,91	0,52
SUDESTE	0,65	0,96	0,20
Minas Gerais	0,83	1,19	0,22
Espírito Santo	2,10	3,33	1,00
Rio de Janeiro	0,97	1,42	0,36
São Paulo	0,32	0,48	0,05
SUL	0,51	0,65	0,04
Paraná	1,05	1,35	0,09
Santa Catarina	0,25	0,31	0,01
Rio Grande do Sul	0,15	0,17	0,00
CENTRO-OESTE (**)	2,02	2,96	0,53
Mato Grosso do Sul	1,62	2,35	0,30
Goiás	2,75	4,02	0,76
Distrito Federal	0,65	0,99	0,18

Fonte: Dados do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase Ministério da Saúde – <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?hans/hanswuf.def>
 (*) excluída o estado do Maranhão (**) excluída o estado do Mato Grosso

Análise por estados

O estado do Mato Grosso é o que possui a maior prevalência (7,15/10.000 hab.) do Brasil.

Juntamente com outros estados que compõem a região norte e a região da Amazônia Legal acumulam as maiores taxas de prevalência seguido pela região centro-oeste.

Mato Grosso e Goiás são os estados que determinam o padrão endêmico da região centro-oeste. O Mato Grosso do Sul embora apresente alta taxa de detecção geral está muito próximo de atingir níveis de eliminação.

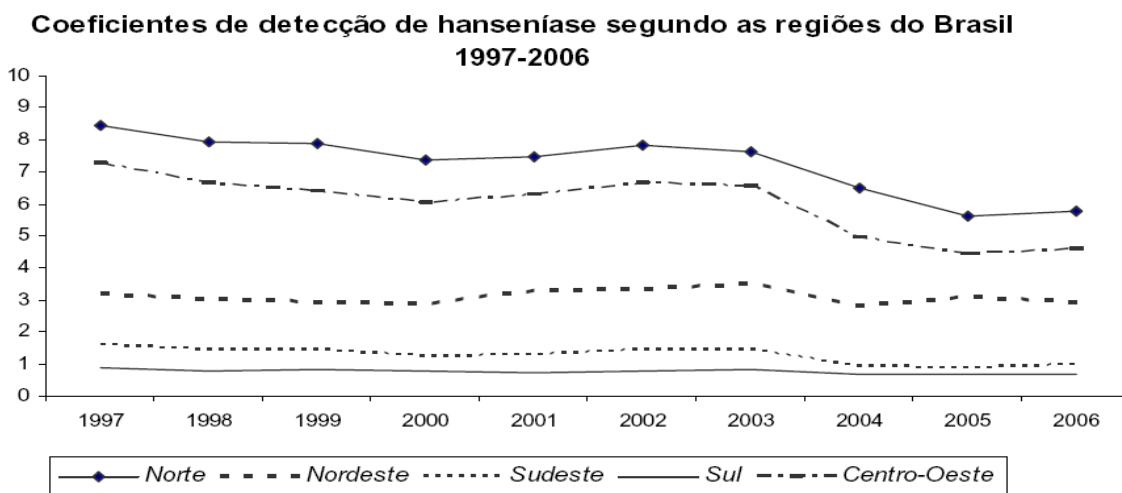
No nordeste apenas dois estados atingiram o nível de eliminação (Alagoas e Rio Grande do Norte) com prevalência menor que 1/10.000 hab. E detecção menor que 2.

Contudo, é nessa mesma região que se encontra o 2º estado mais endêmico do Brasil – o Maranhão com coeficiente de prevalência de 4,86/10.000 e detecção de 6,85/10.000 e em menores de 15 anos 2,00/10.000 hab.

A região sudeste e sul já atingiram a eliminação em 2004 e 1996 , respectivamente. Apenas o Espírito Santo no sudeste e Paraná no sul ainda não atingiram coeficiente de prevalência de eliminação em 2006. (PNEH, 2007).

Coeficiente de detecção

GRÁFICO 1

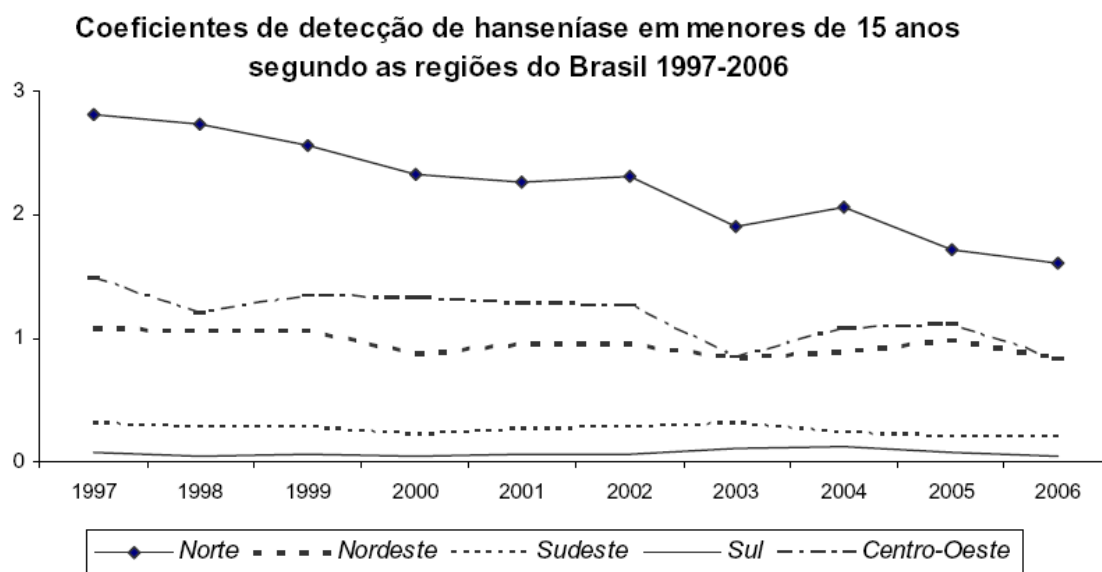


Fonte: 1997 a 2003 SINAN e outros Sistemas - Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase/SVS/MS; 2004-2005-2006 SINAN/DATASUS/MS

Os coeficientes de detecção na série de 1997 a 2006 estão diminuindo no Brasil (graf. 1). Exceto no nordeste, os coeficientes brutos de detecção neste período, registram uma tendência ascendente que iniciou no ano 2003. (PNEH,2007).

Coeficientes de detecção em menores de 15 anos

GRÁFICO 2



Fonte: 1997 a 2003 SINAN e outros Sistemas - Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase/SVS/MS; 2004-2005-2006 SINAN/DATASUS/MS

No graf. 2 os coeficientes de detecção em menores de 15 anos validam a hipótese de nível baixo de transmissibilidade no Brasil nos últimos 15 anos. Os números mostram uma diminuição dos casos ao longo dos últimos 10 anos.

Apenas 7 estados apresentam tendência crescente para a detecção em menores de 15 anos, a maioria na região nordeste. (PNEH,2007).

1.4. A ENDEMIAS NO ESTADO

O Programa de Controle de Hanseníase do estado do Rio de Janeiro existe desde 1945, com a implantação do tratamento ambulatorial com dapsona na rede estadualizada de saúde.

O tratamento era oferecido somente em serviços especializados (ambulatório de dermatologia sanitária), os centros de saúde, ou seja, em atendimento centralizado, vertical. Até 1970 a detecção de casos novos era realizada

exclusivamente por demanda passiva, ou por encaminhamento feito por outros serviços de dermatologia que não atendiam os portadores da doença.

(MOREIRA, 2002)

Em Duque de Caxias, o atendimento se restringia a uma única unidade sanitária, o Centro Municipal de Saúde, situada no centro do município.

A poliquimioterapia foi implantada em 1986, de forma gradual, iniciando-se então o Projeto PQT Rio de Janeiro que tinha como objetivo implantar o tratamento em todos os centros e postos de saúde que já vinham atendendo esta demanda específica, que naquele momento era de 57,4% do total de unidades sanitárias existentes.

Inicia-se também a expansão da cobertura aos outros municípios que na época era de apenas 54,5% (MS,1986), atingindo a década de 1990 com 84%, com o apoio financeiro da Organização Não Governamental American Leprosy Mission. (MOREIRA, 2002)

Atualmente, as ações de controle da hanseníase no estado são desenvolvidas pela Superintendência Epidemiológica da Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil do Estado do Rio de Janeiro, por meio da Assessoria de Dermatologia Sanitária.

As ações são desenvolvidas em parceria com organizações não governamentais, entidades governamentais e civis. Entre elas o Movimento de Reintegração de Pessoas Atingidas pela Hanseníase – MORHAN – que atua como representante do controle social e mobilização política em defesa dos usuários em todos os estados do Brasil, a ILEP, associação que agrega as ONGs que apóiam atividades de controle da hanseníase no país especialmente nas áreas de reabilitação e prevenção de incapacidades físicas decorrentes da doença.

Situação atual da endemia no estado - período de 2001 a 2007

Os dados desta série analisados a seguir, foram elaborados pela equipe da Assessoria de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde no Plano Estadual de Eliminação da Hanseníase – 2008. (SES, 2008)

O estado do Rio de Janeiro cumpriu a meta estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase (PNEH), registrando uma prevalência de ponto, atualmente em 0,88 por 10.000 hab.

Este indicador tem como base somente os pacientes multibacilares diagnosticados nos últimos 12 meses e paucibacilares diagnosticados nos últimos 6 meses.

Foram desenvolvidas uma série de estratégias que possibilitaram este alcance, utilizando-se de uma metodologia de avaliação da endemia através de indicadores de saúde da norma vigente no SUS.

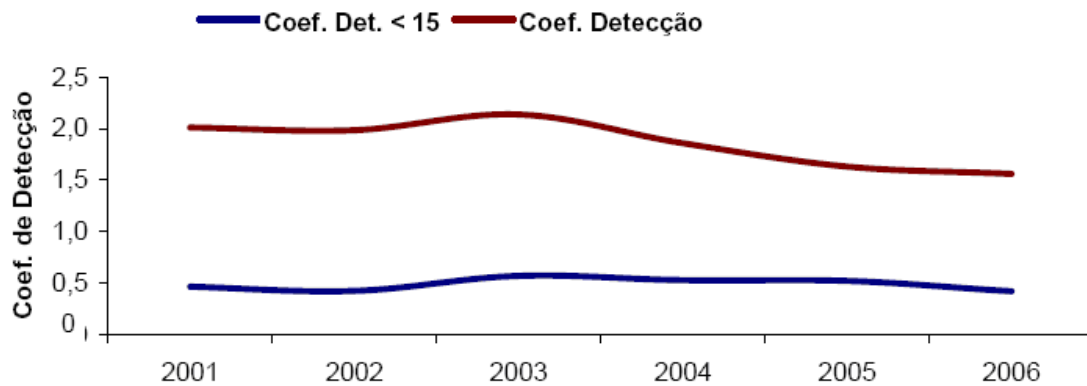
A utilização de um novo aplicativo ao SINAN que tornou mais eficaz a análise dos dados, a supervisão técnica sistêmica e a adesão dos gestores a uma nova metodologia de avaliação do Programa de Hanseníase dos municípios resultou no conhecimento e divulgação de indicadores epidemiológicos e operacionais mais confiáveis, representando a situação real da endemia em cada cidade.

Apesar de todos os municípios do estado apresentarem o programa implantado, a descentralização do diagnóstico e tratamento vem se mantendo em torno de 40%, refletindo pouco empenho das secretarias municipais.

Em relação ao coeficiente de prevalência, baseado no número de casos registrados para o tratamento no final do ano, o estado apresentou um resultado considerado médio, 1,52 por 10.000 hab.

Ainda no período, o coeficiente de detecção aponta para uma tendência a queda da endemia no estado, atingindo a taxa de 1,56 por 10.000 hab. em 2006, considerado ainda alto para os parâmetros oficiais.

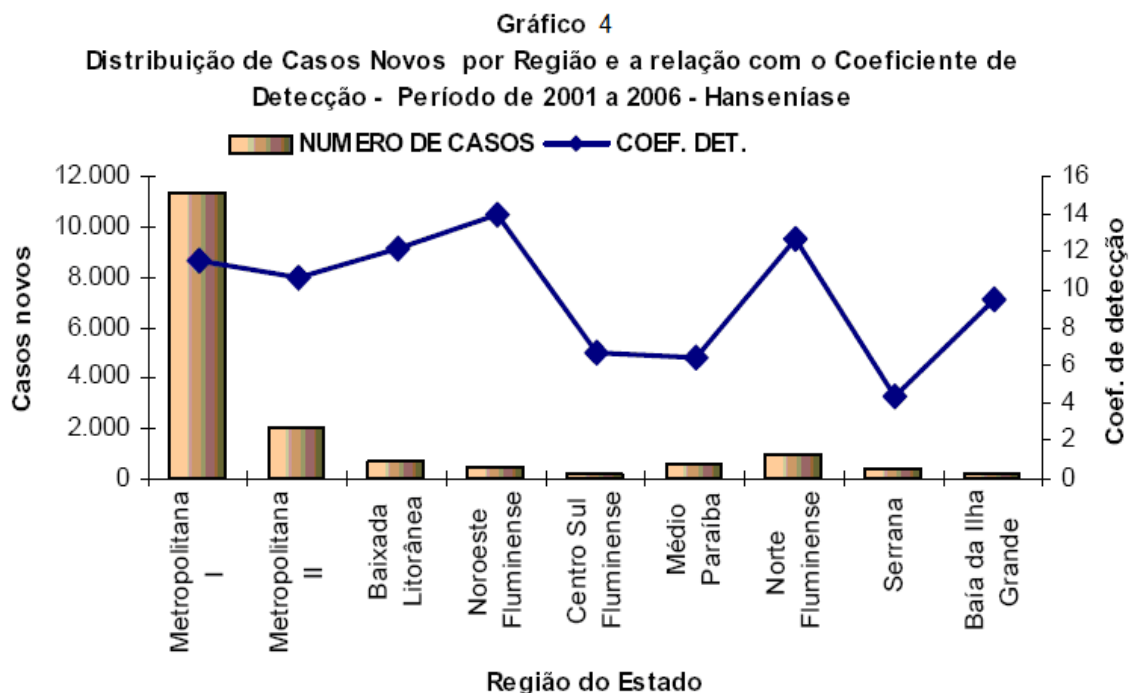
Gráfico 3
Séries Históricas dos Coeficientes de Detecção do Estado e dos menores de 15 anos
Hanseníase - Estado do Rio de Janeiro
Período: 2001 a 2006



Fonte SES – RJ – 2008

O coeficiente de detecção nos menores de 15 anos vem apresentando uma ligeira queda acompanhando a evolução temporal do coeficiente de detecção do estado, com o resultado de 0,42. (gráfico 3)

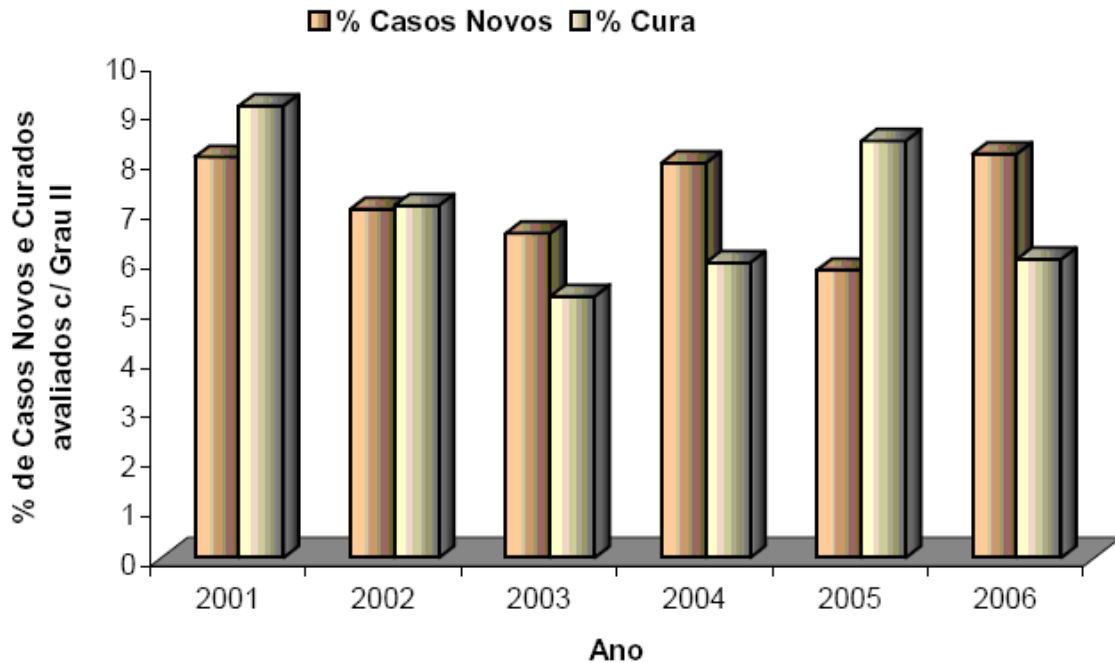
O gráfico 4 representa a distribuição de casos novos por região em relação ao coeficiente de detecção. A Região Metropolitana I detém mais de 80% dos casos novos registrados anualmente, os demais com 20 %. Constata-se que existe relação com a maior concentração populacional e as altas taxas de detecção com o maior número de unidades descentralizadas.



Fonte: SES – RJ – 2008

Entre os indicadores operacionais, as melhores performances estão nas atividades que mostram o desempenho nos serviços de saúde relacionando-os a qualidade de atenção a saúde. A proporção de casos com incapacidade avaliada entre os casos novos diagnosticados no ano, vem apresentando resultado considerado bom segundo os parâmetros, 90%. (gráfico 5)

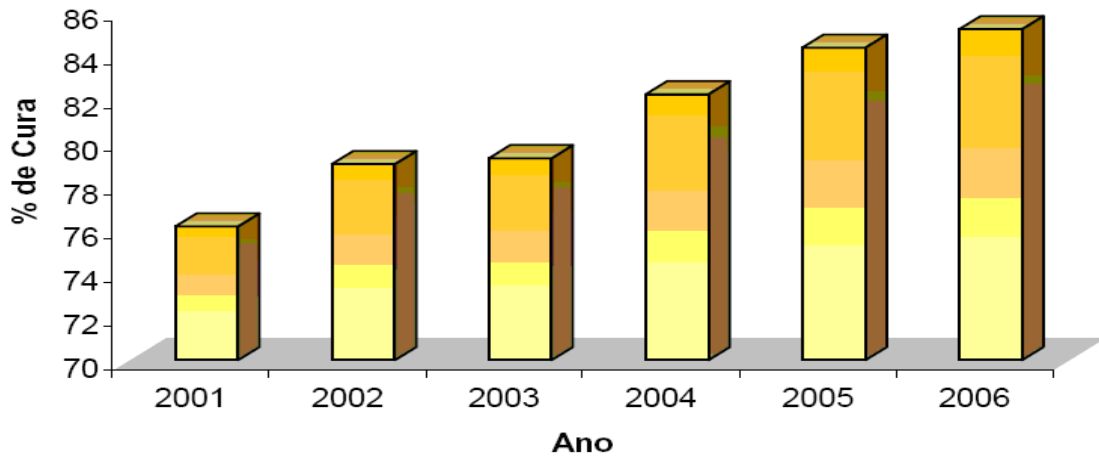
Gráfico 5
Percentual de Casos Novos e Curados avaliados com GRAU II
Período de 2001 a 2006
Estado do Rio de Janeiro - Hanseníase



Fonte: SES – RJ – 2008

A proporção de cura entre os casos novos diagnosticados atingiu 2001 o patamar de 75%. Este indicador alcançou o melhor resultado em 2005, com 84,33% e subsequentemente em 2006, 85,18%, apontando uma melhora gradual da resolutividade dos serviços no atendimento aos portadores de hanseníase. (gráfico 6)

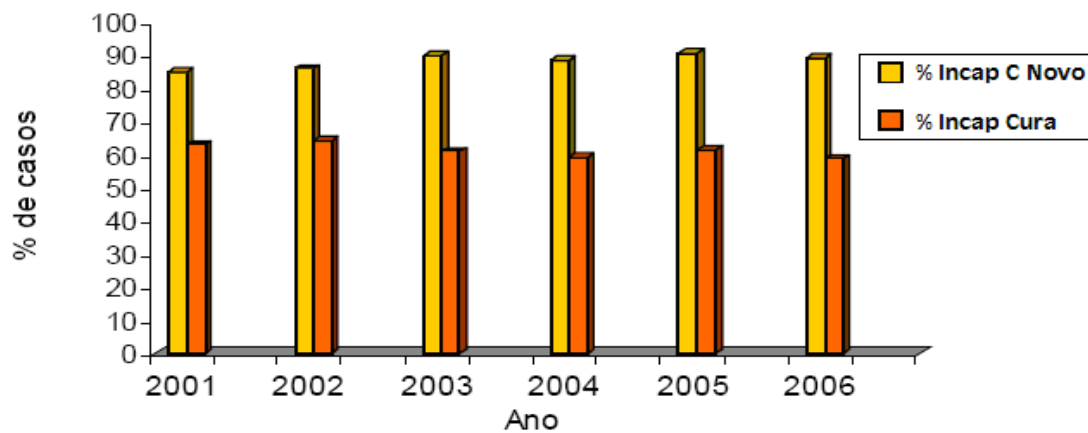
Gráfico 6
Série Histórica da Proporção de Casos Curados entre os
Casos Novos diagnosticados nos anos das Coortes
Estado do Rio de Janeiro Período 2001-2006 Hanseníase



Fonte: SES – RJ – 2008

No entanto o estado vem apresentando resultado considerado precário na proporção de casos avaliados, alcançando somente 68,4%. Tal fato mostra que as ações vem sofrendo descontinuidade, e que o risco de dano neural não vem sendo acompanhado nos serviços de saúde da forma ideal, podendo assim comprometer inclusive a qualidade de vida do paciente. (gráfico 7).

Gráfico 7
Proporção de casos com incapacidade avaliada no diagnóstico e na cura -
Hanseníase - Período 2001-2006



Fonte: SES – RJ – 2008

1.5. - A ENDEMIAS NO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS

O município apresenta um número alto de casos de hanseníase, ocupando o 2º lugar em todo o estado.

A tabela 2 mostra os indicadores epidemiológicos da série que pretendemos analisar – 1990 a 2006.

Tabela 2

Indicadores epidemiológicos de Hanseníase do Município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, 1990 a 2006.						
Ano	Taxa de Prevalência	Taxa de Detecção	Taxa de Detectados em < 15 anos	Casos novos Detectados em < 15 anos (%)	Razão casos prevalentes / Casos novos	Casos novos curados (%)
1990	22,0	3,1	0,4	4,9	7,1	72,70
1991	22,5	2,8	0,7	9,2	8,1	84,50
1992	19,3	3,1	0,8	9,6	6,2	72,00
1993	16,9	2,1	0,2	4,3	8,2	82,00
1994	13,6	1,7	0,4	7,7	8,8	86,70
1995	10,1	1,4	0,1	3,1	7,2	89,70
1996	7,7	2,7	0,8	9,5	2,9	90,10
1997	5,8	3,7	0,7	6,5	1,6	90,00
1998	6,0	3,7	0,6	4,7	1,6	84,60
1999	6,7	4,0	1,2	8,6	1,7	87,40
2000	6,5	4,0	0,5	3,9	1,6	87,60
2001	6,2	4,1	0,8	5,7	1,5	83,60
2002	5,9	3,8	0,7	4,9	1,5	82,00
2003	5,8	4,5	1,3	8,5	1,3	85,60
2004	4,48	3,91	0,97	7,19	1,15	83,57
2005	3,63	2,94	0,74	7,26	1,23	75,50
2006	3,93	2,74	0,83	8,12	1,44	82,89

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; Coordenadoria de Saúde Coletiva, Secretaria Municipal de Duque de Caxias

A taxa de prevalência que começou o ano da série (1990) com 22,00%, considerado hiperendêmico, atinge 2006 com 3,93, média, sem atingir a meta de eliminação: menos de 1 caso por 10.000 hab.

Este e os demais indicadores serão analisados mais detalhadamente no cap. 4 deste trabalho.

TABELA 3

Características clínicas dos casos novos de hanseníase detectados no Município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil, 1990 a 2006										
Ano	Mulheres (%)	Paucibacilar (%)	Forma clínica (%)				Grau de incapacidade física no diagnóstico (%)			
			Indeterminada	Tuberculóide	Diforma	Virchowiana	Casos avaliados	0	I	II e III
1990	57,3	45,1	17,5	27,7	19,9	35,0	95,6	67,0	25,9	7,1
1991	49,7	47,0	22,2	24,3	26,5	26,5	96,2	73,6	21,3	5,1
1992	49,8	42,1	13,4	29,2	27,3	29,7	91,4	72,3	20,4	7,3
1993	53,9	39,7	9,9	29,8	35,5	24,1	99,3	68,6	20,7	10,7
1994	41,9	37,6	14,5	23,1	34,2	27,4	96,6	65,5	25,7	8,8
1995	56,1	48,0	16,3	31,6	30,6	21,4	99,0	88,7	7,2	4,1
1996	49,7	45,0	12,7	32,3	35,4	19,0	72,5	81,8	10,9	7,3
1997	59,2	52,7	11,2	40,8	32,3	15,0	50,4	83,2	9,2	7,6
1998	54,7	41,6	7,3	34,3	38,0	20,8	71,5	81,1	5,1	13,8
1999	54,0	52,6	7,6	44,4	27,2	20,5	90,1	79,0	7,7	13,2
2000	50,7	52,3	13,2	39,8	28,8	18,4	85,5	79,6	11,5	8,8
2001	53,1	46,5	17,0	30,5	34,6	15,1	54,1	77,9	10,5	11,6
2002	58,0	47,6	19,2	28,7	32,6	13,4	61,6	81,0	9,0	10,1
2003	53,8	51,4	23,1	28,6	23,9	13,7	76,1	81,6	12,3	6,1
2004	54,4	51,6	16,9	33,4	29,7	17,2	89,1	52,5	11,2	5,0
2005	45,6	47,2	14,5	30,6	34,3	19,0	97,2	63,7	13,7	4,4
2006	49,4	46,1	14,0	32,1	25,9	23,9	77,3	51,6	16,9	9,1

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; Coordenadoria de Saúde Coletiva, Secretaria Municipal de Duque de Caxias

A tabela 3, mostra as características clínicas dos casos do município, com um leve predomínio de casos novos em mulheres na maior parte do período avaliado. A hanseníase é uma doença que compromete ambos os sexos e na maior parte do mundo incide mais sobre o sexo masculino, numa proporção de 2:1, provavelmente por maior exposição do homem com o meio.

(VERONESI, 2002).

A forma multibacilar foi a que mais ocorreu na série. Pacientes multibacilares são considerados a principal fonte de infecção e são também os mais suscetíveis para o adoecimento. (ARAÚJO, 2003)

A presença da forma multibacilar na série refletiu a demora no diagnóstico da doença. Sabe-se da importância da forma Indeterminada para o início do tratamento, pois o paciente apresenta poucos bacilos, não funcionando como fonte de infecção. Além disso, o diagnóstico precoce e o tratamento no início da doença evitam a progressão para formas que apresentam potencial incapacitante (tuberculóide, diforma e virchowiana. (TALHARI, 1994); (OPAS,1998).

CAPÍTULO 2. DESCENTRALIZAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE

Nas duas últimas décadas, a carga global de casos de hanseníase diminuiu em quase 90% (WHO,2005), decorrente das políticas estratégicas recomendadas pela OMS e adotadas pelos países membros.

Uma das principais estratégias empregadas foi a descentralização das atividades de controle da hanseníase para toda a rede básica de saúde, em contraposição ao que era feito, ou seja, programas centralizados em algumas unidades especializadas.

Antes de desenvolver o tema, torna-se necessário conceituar o termo descentralização. Este é complexo, apresenta uma série de interpretações, concepções e objetivos e vem sendo usado no mundo com os mais diferentes propósitos.

2.1. CONCEITOS DE DESCENTRALIZAÇÃO

Tradicionalmente, descentralização refere-se ao processo no qual a autoridade, recursos e funções são transferidos do governo central a instituições na periferia do sistema nacional com envolvimento das pessoas nas tomadas de decisões. (WHO,2002).

Bossert, (2000) com um conceito mais específico na área de saúde, a refere como uma transferência de autoridade fiscal, administrativa e/ou política com relação à planejamento, administração ou prestação de serviços desde o Ministério da Saúde Central para instituições alternativas.

A descentralização surgiu nos países desenvolvidos, no início dos anos 70, como uma resposta a crise do Estado de Bem Estar Social (Welfare State) PALHA et al, 2008) constituída pela crise do emprego, aumento de desemprego e da demanda por serviços públicos, globalização, entre outros fatores (SCATENA ; TANAKA,2001).

Criticava-se o Estado, como responsável pela crise, por ser amplo, centralizador e querer dominar todas as atividades da vida social e econômica,

ocasionando déficits crescentes e gastos incompatíveis com as receitas. (VIANA et al,2002).

Surgiu assim a necessidade de se redefinir o papel do Estado, mudando as formas de atuar, tornando-o um Estado-Mínimo, para que com receitas mais compatíveis desenvolvesse as ações sociais de sua responsabilidade.

No entender de Silva (1996),

“a descentralização significa um processo de reestruturação interna no aparelho de Estado, que perpassa as várias esferas de governo, envolvendo aspectos políticos, administrativos, técnicos e financeiros”.

Nesse contexto, vários países assumiram a descentralização como proposta para estas mudanças, com contornos diferentes em cada um deles em que foram implantados.

Dependendo do objetivo com o qual é usada, a descentralização vem associada à democratização, como foi no Brasil, à centralização, à desconcentração, à autonomia, ao modelo de organização, ao princípio federativo e até mesmo, à privatização, conforme relatam Scatena e Tanaka(2001).

Para Tobar (1991),

“ o termo descentralização vem se posicionando desde há um tempo, nos primeiros lugares de palavras mais frequentemente usadas pelos políticos, administradores e cientistas. O discurso descentralizador tem-se expandido com mais fertilidade que os próprios processos de deslocamento de poder. Repentinamente, a palavra parece ter virado moda. Distintos atores a aplicaram em conjunturas diferentes e na perseguição de fins diversos. Assim a palavra transformou-se num autêntico “camaleão político”, adquirindo uma funcionalidade particular em cada caso, de acordo com as características de seus usuários, dos momentos e dos lugares de sua anunciação”.

Os autores utilizam diversas classificações para descrever os distintos tipos de descentralização mas a de Rondinelli et al (1983) é a mais utilizada:

Desconcentração

Consiste no deslocamento de algumas responsabilidades administrativas para vários níveis hierárquicos inferiores, dentro de uma mesma organização, sem a correspondente redistribuição do poder decisório.

Em um sistema desconcentrado, a autoridade permanece na mesma instituição, mas se reparte para instâncias territorialmente descentralizadas desta instituição.

Devolução

Consiste na transferência de poder decisório de uma organização governamental para outras de nível sub-nacional que adquire assim autonomia política e administrativa.

É também chamada de descentralização territorial em que há transferência do poder de agir e também do poder de decidir. (ROCHA, 2004).

Delegação

Dá-se em outro âmbito, envolvendo relação entre Estado e sociedade civil, em que o Estado transfere responsabilidades gerenciais para organizações não governamentais que continuam com financiamento e regulação estatais. Aqui dá-se a desconstrução do espaço estatal e o surgimento de entes públicos não estatais.

Privatização

É a transferência de instituições estatais para a iniciativa privada, sob o domínio das regras do mercado.

Descentralização na área da Saúde

Na saúde a maioria dos países também exercia um papel extremamente centralizador.

A ineficiência e a falta de resposta aos agravos externos que afetavam a Saúde provocavam questionamentos por reformas no setor e havia o consenso de que a transferência e o controle dos serviços de saúde para os níveis locais seria a principal estratégia para o aumento da cobertura assistencial. (BARATA, et al,2004); (CONASEMS,1999)

Além disso, a ênfase abordada na atenção primária e serviços para os mais desprotegidos, começando com a Conferência de Alma Ata de Atenção a Saúde Primária de 1978 e reiterado no World Development Report de 1993 do Banco Mundial, deu um impulso técnico adicional para a descentralização do setor Saúde. (BOSSERT, 2000).

Foi assim que a partir de 1980, cada vez mais os países começaram a adotar reformas em seus sistemas de saúde, tendo a descentralização como fundamento.

Prud'Homme, (apud PESTANA; MENDES,2004) fazendo uma análise das reformas até então, cita as vantagens que poderiam advir da descentralização dos serviços de saúde:

- maior efetividade, uma vez que os recursos humanos na periferia poderiam identificar melhor os problemas e soluções;
- maior flexibilidade e rapidez na resposta destes trabalhadores às circunstâncias e necessidades;
- maior inovação nos tipos de solução adotada;
- maior eficiência alocativa de acordo com as necessidades;
- melhor envolvimento da comunidade nas decisões sobre as prioridades;
- facilitar a redução das iniquidades na Saúde;
- maior acessibilidade.

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) 1994 passou a incentivar também os governos membros para que “continuem e reforcem suas definições de políticas , estratégias, programas e atividades tendentes à transformação dos sistemas nacionais com base no desenvolvimento de sistemas locais de saúde” procurando uma melhor qualidade e eficiência nos sistemas de saúde.

Por outro lado, Prud'Homme (apud PESTANA; Mendes,2004) ainda em sua análise sobre os países que implementaram a descentralização, afirma que esta também traria debilidades como:

- enfraquecimento das estruturas centrais;
- uma dificuldade de coordenação;
- o incremento de custos de transação;
- a fragmentação dos serviços;
- a ineficiência por perda de economia de escala e escopo;
- escassez de recursos gerenciais;
- clientelismo local;
- e a desestruturação de programas verticais de saúde pública.

Apesar dos estudos identificarem as vantagens e problemas que uma descentralização possa apresentar, ainda não há um consenso sobre resultados definitivos e apontam para a necessidade de se aprofundar os estudos para obter evidências. (PESTANA; MENDES,2004).

Mesmo acessos similares à descentralização em países semelhantes, como avaliados nos estudos de Collins (2000), podem ter um impacto diferente na qualidade dos serviços de saúde.

É o caso de Brasil e Colômbia, ambos na América Latina, que instituíram a devolução como tipo de descentralização. Enquanto na Colômbia os resultados foram considerados decepcionantes, no Brasil a avaliação é tida como promissora, com impacto favorável no Sistema de Saúde. (KALK;FLEISCHER, 2004)

Contudo, a tendência mundial é no sentido da descentralização, adotando-se tipos diferentes dependendo do contexto local.

Em uma análise das experiências européias são identificadas as opções pelas quais cada país seguiu: (SALTMAN,2004).

Reino Unido e Suécia : desconcentração para as regiões federais.

Polônia e Espanha : devolução para os estados

Itália : delegação para as Aziendas, empresas públicas com autonomia administrativa e financeira.

Hungria : privatização

Casaquistão : houve descentralização que não resultou e foi seguida de uma recentralização.

Lopez classificou a descentralização no México como devastadora.

O Brasil, como dito anteriormente, optou pela descentralização na área de Saúde desde 1988, que vem sendo realizada através da devolução/municipalização dos serviços de saúde.

O objetivo principal é dar aos municípios total responsabilidade na gestão do sistema de saúde, incluindo elaboração de políticas e implementação, alocação de recursos e avaliação dos prestadores de serviços públicos.

2.2. DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE

Como visto no cap. 1, desde que a OMS recomendou a poliquimioterapia como tratamento padrão para a hanseníase e os países endêmicos se empenharam na eliminação da doença enquanto problema de saúde pública, a carga global da doença vem declinando sensivelmente.

Os princípios básicos do controle da hanseníase, baseados na detecção oportuna de novos casos e seu tratamento com poliquimioterapia, prevenção das complicações e reabilitação quando necessário, não mudarão nos próximos anos.(EAST-INNIS,2005); (ANDRADE,2008)

Contudo, para que tais medidas continuem sendo efetivas é importante que os serviços de PQT/OMS sejam disponibilizados e acessíveis nos níveis mais periféricos para os pacientes poderem obter o tratamento nos centros de saúde mais próximos de suas residências. (WHO,2000).

Para se conseguir esse objetivo teria que se mudar a lógica do que era feito até então na maioria dos países, ou seja, um atendimento de forma vertical, centralizado em Unidades e profissionais especializados (dermatologistas). Muitas vezes, o atendimento era concentrado em centros urbanos com uma cobertura de serviços de diagnóstico e tratamento insuficientes. (ANDRADE,2000).

Com essa avaliação do quadro internacional e o consenso formado em reunião especial do Comitê Consultor para a Eliminação da Hanseníase da OMS, em abril de 1999,em Genebra, concluiu-se por uma revisão crítica da estratégia de eliminação.

A mais importante recomendação da reunião foi que, principalmente para os países que ainda não tinham atingido a fase de eliminação, implementassem a descentralização de todas as atividades e a delegação das responsabilidades pela eliminação da hanseníase ao nível municipal.

As atividades aqui referidas incluem diagnóstico, tratamento poliquimioterápico (PQT), aconselhamento ao paciente e sua família, educação comunitária, prevenção de incapacidades, deficiências, reabilitação e encaminhamento nas complicações.

O plano da Aliança Global (WHO,2000) reafirma o compromisso de que “a integração dos serviços de PQT/OMS nos serviços de saúde, em geral, é considerado a chave para se alcançar a eliminação”.

O fato de que as atividades de controle da hanseníase tornem-se responsabilidades dos serviços gerais de saúde não implica que os serviços especializados sejam desnecessários. Pelo contrário, é necessário contar com um sistema de referência tanto à nível nacional como subnacional para os casos mais complexos.

A nível nacional, uma unidade central, normalmente sediada no Ministério da Saúde, responsabilizar-se-ia pelas atividades de advocacia, formulação de políticas, orientação técnica, capacitação técnica, planejamento, monitoramento e avaliação.

No nível intermediário (subnacional), componentes especializados disponíveis nos serviços gerais de atenção à saúde, a fim de fornecer supervisão técnica, aconselhamento, serviços de encaminhamento (incluindo aqueles nos hospitais) e pesquisas. (WHO,2005)).

Além da finalidade de acesso ao usuário que a descentralização acarretaria, outros argumentos em prol desta estratégia são defendidos por diversos autores:

- Assegurar a sustentabilidade dos serviços de hanseníase (ILA/TF,2002).
- O custo benefício é visível, não apenas porque o número pacientes vem reduzindo em função da diminuição da duração do tratamento mas também em função da queda da taxa de prevalência.
- O atendimento em serviços verticais é mais caro do que o atendimento na rede básica de saúde. (NEIRA ; DAUMERIE,2000).
- Assegurar uma maior equidade de serviços (FEENSTRA et al,2002)
- Melhorar o conhecimento da comunidade local, achados de casos e assegurar a regularidade do tratamento (WHO, 1998).
- Os serviços verticais ajudariam a manter o estigma da doença (AROLE et al 2002). Através da integração, a hanseníase se tornaria uma doença “ordinária” que não necessita serviços e acessos especiais.
- Diminuir o abandono ao tratamento, uma vez que muitos doentes abandonam o tratamento antes de completarem o tratamento, o que tem como causas principais a má organização interna dos serviços e a baixa cobertura dos mesmos obrigando o paciente a grandes deslocamentos na busca de um serviço para o seu diagnóstico e tratamento. (MS,1999).

A grande preocupação da OMS a partir de 2005, após ter conseguido uma exitosa redução da prevalência, foi que os diversos países não perdessem o

entusiasmo inicial no controle da eliminação da hanseníase e, ao mesmo tempo, que os programas continuassem com sustentabilidade na sua operação.

É lançado então o plano 2006-2010: Estratégia Global(WHO,2005) para Reduzir a Carga da Hanseníase e a Sustentação das Atividades de Controle da Hanseníase, que está em vigor atualmente.

Os motivos da preocupação consistem:

- Apesar da prevalência ter sido reduzida substancialmente, o número de novos casos detectados continua mais ou menos estável .
- Até o momento os trabalhos demonstram que o PQT, tratamento recomendado desde 1981, (WHO, 1982), não conseguiu reduzir a transmissão da hanseníase se comparada com a monoterapia previamente usada. (ILA/TF, 2002).
- Um número significativo de casos continuará a ocorrer, muitos deles com complicações. Outros irão desenvolver as complicações após o diagnóstico.

Portanto, apesar da prevalência reduzida, há que se manter os serviços de hanseníase (diagnóstico, tratamento, prevenção e cuidados de complicações, reabilitação) acessíveis e custo-efetivo por várias décadas. Isto só será possível com a integração destes serviços . ((FEENSTRA, 1994^a).

O fato de se ter conseguido uma redução considerável na prevalência registrada pode dar a falsa idéia de “missão cumprida” ou então “o problema da hanseníase” acabou, reduzindo assim o envolvimento político e suporte financeiro dos governos. (FEENSTRA,1994b).

Quando a OMS adotou a resolução de eliminar a hanseníase como problema de saúde pública no ano 2000, a eliminação foi definida como prevalência registrada abaixo de 1 caso por 10.000 hab.

Infelizmente, não há evidência de que em se alcançando tal prevalência pré-definida irá se reduzir a transmissão, a incidência, ou o número anual de novos casos. (ILA/IT,2002).

Alguns autores, inclusive, acham que o uso da prevalência registrada como um indicador da magnitude da hanseníase tem várias falhas. (DECLERCK,2001) ; (FEENSTRA,1994b); (ILA/ITF,2002)

Portanto, há de se combater a falsa idéia de que o problema da hanseníase pode ser reduzido em pouco tempo.

A expansão da cobertura somente poderá ser conseguida através da integração das atividades da hanseníase nos serviços gerais de saúde.

2.3. – NO BRASIL

As primeiras formulações sobre a descentralização da saúde apareceram no decreto Nº52.301, de julho de 1903, em documento da III Conferência Nacional de Saúde (OLIVEIRA,2005))

A Conferência discutiu a municipalização dos serviços de saúde, no intuito de que os municípios assumissem a gestão do sistema, dentro da capacidade de cada um.

Essa iniciativa foi interrompida pelo golpe militar de 1964, quando o país mergulhou em profunda crise caracterizada por uma rígida centralização, repressão política, enorme concentração de renda e pouco desenvolvimento social. (COLLINS,2000).

Durante 21 anos na ditadura militar a assistência a saúde tornou-se primordialmente, responsabilidade da União, com os estados e municípios totalmente dependentes.

Contudo, nos anos 80, o processo de descentralização retorna a cena em virtude de grave crise econômica, fiscal, política, e o setor Saúde figurando entre os principais problemas da população.

Rodrigues (2009) assim relata as debilidades do modelo de saúde da época que se caracterizava por:

- exclusão de grande parte da população em relação ao acesso aos usuários de saúde;
- ênfase numa orientação assistencial e curativa de ações e serviços de saúde;
- falta de coordenação entre as ações e serviços desenvolvidos pelo Ministério da Saúde e da Previdência e Assistência Social além das Secretarias estaduais e municipais de saúde;
- fortalecimento do setor privado na saúde por meio de uma série de políticas públicas.

Nesse contexto de desgaste do regime militar, início de transição para um regime democrático, situação precária da prestação de serviços públicos de saúde, inicia-se no Brasil um grande movimento pela Reforma Sanitária.

Liderado por diversos segmentos da sociedade – centrais sindicais, políticos, movimento dos Sem Terra, movimento das mulheres contra a carestia, a Campanha das Diretas Já e o Processo Constituinte entre outros – o movimento aspira um novo Sistema Público de Saúde, onde todos teriam direito a saúde e o Estado e a Sociedade o dever de atendê-los. (PAIM,1992).

O Movimento da Reforma Sanitária brasileira teve seu apogeu com a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) quando conseguiu consagrar os princípios pelos quais tanto lutou como diretrizes hegemônicas para o Sistema Nacional de Saúde.

Princípios estes constituídos por cobertura universal e acesso equitativo à saúde integral priorizando prevenção e participação da comunidade (BUENO et al,2008); (PERES,2002)

E a descentralização seria o principal mecanismo para conseguir estes objetivos.

Nota-se assim, que no Brasil, diferentemente dos países da Europa, onde a descentralização surgiu da necessidade de se consolidar um Estado Mínimo, atendendo tendências neoliberais, o motivo maior foi a luta contra a ditadura e a redemocratização do país (CORDEIRO,2001); (SOLLA,2006).

As propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde são discutidas e aprovadas na Assembléia Constituinte e, em 1988, dá-se a promulgação da Constituição, passando a vigorar desde então o Sistema Único de Saúde – o SUS.

A Constituição de 1988 constitui o arcabouço jurídico do SUS, este somente vai ser regulamentado em 1990 com as Leis Orgânicas de Saúde: Lei Nº 8080 de 19/09/1990 e a Lei Nº 8142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL,1990).

Após a regulamentação do SUS, o processo de descentralização não se inicia imediatamente, fato este que só ocorre em 1991 com a elaboração das Normas Operacionais (Nobs). As Nobs formuladas no ambiente do Ministério da Saúde foram os principais instrumentos de regulamentação e orientação do processo de implantação da descentralização do SUS (Lecovitz apud CUNHA,2001); (SOLLA,2002), transferindo para os estados e, principalmente, para os municípios,

um conjunto de responsabilidades e recursos para a operacionalização dos SUS, antes concentrados no nível federal.

NOB/SUS 01/91

Resultou de uma Portaria do então INAMPS que, naquela época, permanecia como órgão centralizador do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), responsável pela assistência a Saúde, pelos repasses financeiros e pela formulação de normas no âmbito previdenciário (CARVALHO,1999).

A NOB – 91 foi editada por 3 vezes.

A primeira foi questionada pelos juristas por ter sido elaborada pelo INAMPS, foi reeditada de imediato pelo Ministério da Saúde e revisada 6 meses depois (CARVALHO,1999)).

Esta NOB deflagrou o processo de descentralização, tendo como característica básica a transformação dos serviços de natureza pública tanto estaduais quanto municipais, em prestadores de serviços, ressarcidos conforme a produção, através de convênios diretos entre o MS/INAMPS e as prefeituras municipais.(YUNES,1999).

Sua grande limitação era o enfoque dirigido fundamentalmente ao financiamento, com valorização das atividades hospitalares e ambulatoriais, privilegiando a lógica da assistência médica(e da concepção de saúde tendo a doença como referência) que sempre orientou o INAMPS.

A NOB 01/92 (BRASIL,1992) também editada pelo INAMPS, manteve a mesma orientação da norma básica anterior, e até reforçou os critérios de repasse financeiro estabelecido para estados e municípios.

NOB/SUS 01/93

Define critérios para habilitação dos municípios segundo o tipo de gestão: incipiente, parcial e semiplena.

Em 1994, um decreto presidencial Nº 1.232 de 30 de agosto de 1994, autorizou o repasse financeiro direto do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, viabilizando o mecanismo necessário para operacionalizar a gestão semiplena .

Foi somente a partir desta NOB que verdadeiramente são estabelecidas as primeiras condições para a municipalização da saúde.

Destaca-se na NOB/SUS 01/93:

- a) A implementação, de fato, dos mecanismos de transferência “fundo a fundo” para os municípios na condição de gestão simplificada, sem romper totalmente com a lógica dos pós-pagamento que continuava a ser utilizado como base para o cálculo dos recursos transferidos;
- b) A habilitação dos municípios na condição de gestão simplificada, que passaram a contar com o recurso global da assistência ambulatorial e hospitalar, com plena autonomia para programar a execução destes recursos nas diferentes áreas assistenciais;
- c) A criação das Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) – instâncias deliberativas para negociações entre estados e municípios voltadas para decisões de natureza alocativa, distributiva e operativa dos diversos serviços de saúde dentro de cada estado.

NOB/SUS – 01/96

O processo de municipalização da saúde se consolida a partir da NOB/SUS de 96, que considera o município o “responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de seu povo e das exigências de intervenção saneadora em seu território”. (TREVISAN,2007)

O quadro abaixo destaca os principais pontos da NOB/SUS 01/96:

QUADRO 7 : Responsabilidades, requisitos e incentivos financeiros previstos pela NOB SUS 1/96 para os municípios, segundo condição de gestão

Condições de Gestão	Responsabilidades	Obrigações	Incentivos financeiros
Plena da Atenção Básica	<p>Programar os serviços básicos, de referência ambulatorial e hospitalar;</p> <p>gerenciar unidades próprias, ambulatórios do estado e União;</p>	<p>Conselho Municipal de Saúde;</p> <p>Fundo Municipal de Saúde;</p> <p>Plano Municipal de Saúde;</p> <p>Relatório de Gestão;</p>	<p>Transferência regular e automática dos recursos do PAB, do PBVS, e para ações de epidemiologia e controle de doenças;</p> <p>subordinação à gestão municipal de todas as unidades básicas de</p>

	<p>reorganizar as unidades sob gestão pública;</p> <p>prestar serviços cobertos pelo PAB, controlar e efetuar pagamentos;</p> <p>operar SIA/SUS dos serviços do PAB; autorizar AIH e UCAs especializadas; executar ações de vigilância sanitária, epidemiológica e controle de doenças.</p>	<p>contrapartida de recursos;</p> <p>capacidade para ações de vigilância sanitária e vigilância epidemiológica; disponibilidade de recursos humanos.</p>	saúde.
Plena do Sistema Municipal	<p>Controle total sobre o sistema (controle, pagamentos e contratos);</p> <p>garantir prestação de serviços em seu território;</p> <p>administrar oferta de procedimentos de alto custo; operar SIH e SIA/SUS; avaliar impacto das ações de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças.</p>	<p>Conselho Municipal de Saúde;</p> <p>Fundo Municipal de Saúde;</p> <p>Plano Municipal de Saúde integrado; Relatório de Gestão;</p> <p>contrapartida de recursos; elaboração e implementação da PPI; serviços de vigilância sanitária, epidemiológica e controle de doenças; assegurar oferta de serviços do PAB; apoio diagnóstico em patologia clínica e radiologia básica</p>	<p>Transferência regular e automática do TFA, PBVS; normalização complementar relativa ao pagamento de serviços assistenciais; PDAVS (Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária); subordinação à secretaria municipal de toda a rede referida; transferência de recursos para controle das doenças.</p>

Fonte: Brasil. MS. NOB - SUS 01/1996. Apud Almeida et al., 1999:58

NOAS/SUS 01/2001

A NOAS em seu art. 1º resume os propósitos desta Portaria:

- amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica;
 - define o processo de regionalização da assistência;
 - cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e
 - procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.
- (ANDRADE,2001)

A proposta de ampliação da Atenção Básica trazida pela NOAS busca definir as responsabilidades e ações estratégicas mínimas que todos os municípios brasileiros devem desenvolver. São elas:

Controle da tuberculose
Eliminação da hanseníase
Controle da hipertensão
Controle da Diabetes Melittus
Ações de Saúde Bucal
Ações de Saúde da criança
Ações de Saúde das mulheres
(MS,2001)

Conforme se vê a NOAS legalmente classificou o controle da hanseníase como serviço de saúde básica. Isto significa que toda Unidade Básica de Saúde deve administrar o controle da hanseníase como o faz com outras doenças de notificação, como tuberculose e HIV/AIDS. (VISSCHEDIJK,2003); (GUIMARÃES,2004).

2.4 - No Município de Duque de Caxias

Até 1997, as atividades do Programa de Controle de Hanseníase (PCH) eram realizadas em uma única unidade, o Centro Municipal de Saúde, localizado no 1º. distrito.

Havia uma demanda bastante reprimida não apenas pelo número reduzido de profissionais, mas também pela acessibilidade precária aos usuários de outros distritos.

No Centro Municipal de Saúde, as atividades de diagnóstico, tratamento, avaliação de grau de incapacidade física e exames de contatos eram realizados pelos dermatologistas e fisioterapeutas da rede pública.

A partir de 1998, inicia-se a descentralização tanto de diagnóstico como tratamento da doença, inicialmente para duas unidades de saúde do 2º. distrito.

Em 2001, ampliou-se a descentralização de atendimento também para outros distritos existentes, totalizando 8 unidades.

O aumento da cobertura do Programa de Controle da Hanseníase passou de 2,4% para 19,5%, considerado ainda muito baixo.

Em 2002, finalmente houve a integração do PCH com o Programa de Saúde da Família (PSF), segundo as recomendações da OMS, com os principais objetivos:

- Facilitar o acesso da população ao atendimento;
- Melhorar a detecção de casos novos;
- Melhorar a adesão do usuário ao tratamento;
- Possibilitar a busca ativa de casos ocultos, difícil de ser realizada em programas centralizados.

Ao final de 2002, já havia um total de 15 unidades que prestavam atendimento ao programa, correspondendo a 35,7% de cobertura das unidades de saúde do município.

A avaliação do grau e incapacidade física e as ações de prevenção do surgimento das mesmas, que antes eram realizadas no Centro Municipal de Saúde passaram a fazer parte da capacitação dos médicos do PSF.

Ao longo de 2003, o programa deu continuidade à descentralização do diagnóstico e tratamento, intensificando-se o processo de capacitação de médicos, agentes comunitários de saúde (ACM), enfermeiros e auxiliares de enfermagem, todos profissionais do PSF.

Ao final de 2003, nove unidades foram descentralizadas, e um total de 24 unidades prestavam atendimento ao programa.

Houve um crescimento de 60% de cobertura das unidades, que passou de 35,7% para 57,1%, conforme quadro abaixo:

TABELA 4 - % das unidades com programa de controle da Hanseníase (PCH) em 2003, por distrito.

Distrito	População Estimada	Nº. de unidades existentes			Nº. de unidades com PCH		
		PMS	PSF	Total	PMS	PSF	Total
1º.	391,070	5	6	11	2	4	6
					40%	66,7%	54,5%
2º.	237,036	6	8	14	5	4	9
					83%	50%	64,3%
3º.	121,312	2	12	14	2	4	6
					100%	33,3%	42,9%
4º.	48,684	1	2	3	1	2	3
					100%	100%	100%
TOTAL	798,102	14	28	42	10	14	24
					71%	50%	57,1%

Fonte: SMS – DC – Relatório anual 2003

A descentralização continuou acompanhando o avanço das novas unidades que iam sendo formadas a cada ano.

Até 2006, a rede básica de saúde no município era composta por 57 unidades que poderiam desenvolver o atendimento do Programa de Hanseníase, por diagnóstico e tratamento, e dessas, 44 eram do PSF. ao todo 44 unidades (34 PSF) estavam descentralizadas correspondendo 77,19% de cobertura (quadro 5) (SMS – DC – 2006)

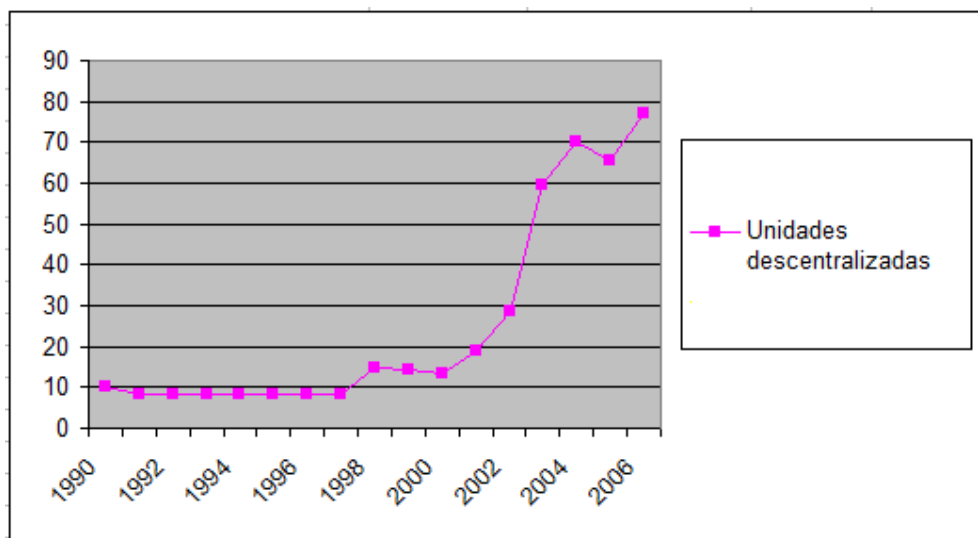
TABELA 5 – Cobertura de atendimento do programa na rede municipal de saúde de DC, por tipo de UI – 2006.

Ano	Distrito	População Estimada	Nº. de unidades existentes			Nº. de unidades com PCH			% unid. cobertas		
			PMS	PSF	Total	PMS	PSF	Total	PMS	PSF	Total
2006	1º.	397,579	5	17	22	3	8	11	60,00	47,06	50,00
	2º.	258,212	5	10	15	4	9	13	80,00	90,00	86,67
	3º.	142,786	2	15	17	2	15	17	100,00	100,00	100,00
	4º.	56,431	1	2	3	1	2	3	100,00	100,00	100,00
	Total	855,008	13	44	57	10	34	44	76,92	77,27	77,19

Fonte – SMS – DC Relatório 2006

A evolução da descentralização de toda a série pode ser avaliada no

GRÁFICO 8



Fonte: SMS-DC Relatório 2006

Unidades de referência

Até o final de 2004, a referência da assistência especializada para a prevenção de incapacidade física era o Centro Municipal de Saúde (1º. Distrito) e o PMS de Imbariê (3º. Distrito). Em 2005, iniciou-se a descentralização para mais três unidades, com o intuito de formar pólos ditritais de referência. Foram lotados e capacitados novos fisioterapeutas nas seguintes unidades: PMS Pilar, PMS Xerém e PMS Jardim Gramacho.

Atualmente, são nove as unidades de referência assim constituídas:

PAM 404

C.M. Saúde

PMS Campos Elíseos

CRAS Saracuruna

PMS Pilar

PMS Parque Fluminense

PMS Eqüitativa

PMS Xerém

PMS Imbariê

CAPÍTULO 3. METODOLOGIA

3.1. PRESSUPOSTOS

- A descentralização das ações de controle da hanseníase como problema de saúde para a rede básica de saúde do país, viabiliza o acesso da população ao diagnóstico precoce e ao tratamento de qualidade, permitindo atingir o coeficiente de prevalência proposto pela OMS.
- A efetividade dos resultados da descentralização depende da vontade política do gestor municipal em implantar as ações de eliminação da hanseníase em todas as unidades básicas de saúde.
- Por ser um município endêmico, o gestor se empenhou no treinamento dos profissionais envolvidos no programa de controle, de vital importância para o êxito na redução dos indicadores epidemiológicos.

3.2. OBJETIVOS

3.2.1 Objetivo Geral

Avaliar o impacto da descentralização das ações programáticas da hanseníase para a atenção básica no município de Duque de Caxias entre 1998 e 2006.

3.2.2 Objetivos específicos

- Analisar a evolução dos indicadores epidemiológicos antes e depois da descentralização 1990 – 2006.

- Analisar o nível de capacitação clínica dos médicos por meio de uma prova de conhecimentos sobre a hanseníase.
- Avaliar se as principais atribuições dos médicos do PSF no atendimento ao paciente com hanseníase conforme preconizadas pelo Ministério da Saúde, 2002, estão sendo implementadas.

3.3. DESENHO DE ESTUDO

3.3.1. Estudo ecológico exploratório, de abordagem quantitativa, da evolução temporal dos indicadores epidemiológicos da hanseníase do município de Duque de Caxias, RJ, no período de 1990 a 2006, utilizando-se o banco de dados oficial de notificação SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) (SMS, Duque de Caxias, 2008).

Os estudos ecológicos, segundo Medronho (2006) são estudos dos quais a unidade de análise é uma população ou um grupo de pessoas que geralmente pertence a uma área geográfica definida, como um cidade ou município.

3.3.2. Estudo Transversal, de campo, utilizando-se de abordagem quantitativa, aos médicos PSF/DC, através:

- Entrevista com questionário fechado, abrangendo 17 quesitos sobre as atribuições do médico do PSF no atendimento ao paciente com hanseníase, conforme recomendado pelo Ministério da Saúde (2002).
- Prova de conhecimentos em hanseníase aplicada aos médicos para avaliar o grau de capacitação clínica dos mesmos.

3.4. POPULAÇÃO DE ESTUDOS

Foram selecionados 30 profissionais médicos, 53,6% do total, aleatoriamente, entre as unidades dos quatro distritos. Não tínhamos conhecimento se já haviam sido capacitados ou não no atendimento da hanseníase.

O município está dividido em 4 distritos (1º, 2º, 3º e 4º distritos) com 56 equipes do Programa de Saúde da Família.

Segundo informações da coordenação todos já tinham sido capacitados, mas devidos a alta rotatividade de médicos no PSF alguns novos faltavam ser ou tinham sido capacitados insuficientemente.

Em geral, os cursos de capacitação tinham duração de 24 horas em 3 turnos de 8 horas, podendo às vezes ter um reforço adicional quando necessário.

De início, o objetivo seria avaliar a totalidade dos profissionais, mas não foi possível, por falta de cooperação em virtude do momento político vivido.

3.5. SELEÇÃO DO MUNICÍPIO

FIGURA 2

O município de Duque de Caxias



Fonte: Wikipédia – www.wikipedia.com.br

O município de Duque de Caxias foi criado pelo Decreto Estadual Nº 1.055, de 31 de dezembro de 1943. Antes de sua emancipação Duque de Caxias era o 8º distrito do município de Nova Iguaçu.

A cidade deve seu nome Ao patrono do exército brasileiro, Luis Alves de Lima e Silva, o Duque de Caxias,nascido na região em 1803.

Geografia

O município limita-se ao norte com Petrópolis; ao leste, com a baía de Guanabara e Magé; ao sul, com a cidade do Rio de Janeiro, e a oeste, com São João de Meriti, Belford Roxo e Nova Iguaçu. Caxias possui clima quente, porém, o 3º e 4º distritos (Imbariê e Xerém) têm temperatura amena em virtude da área verde e da proximidade da Serra dos Órgãos. (WIKIPEDIA,2008)

Duque de Caxias é um dos onze municípios que compõe a Baixada Fluminense, área geográfica localizada entre a Costa e os maciços litorâneos, que por sua vez pertence a região metropolitana do Rio de Janeiro. A distância até a capital é de 17 quilômetros.

De acordo com os dados da prefeitura ocupa uma área de 442 km², correspondendo a cerca de 6,8% da área da Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro e, aproximadamente, a 35% da área da Baixada Fluminense (IBGE,a).

Administrativamente, está dividida em quatro distritos:

1º distrito : Duque de Caxias

2º distrito : Campos Elíseos

3º distrito : Imbariê

4º distrito : Xerém

O 1º distrito, Duque de Caxias, abrange uma área de aproximadamente 41 km², situado ao sul do território municipal; o 2º distrito, Campos Elíseos, possui 98 km² no centro leste; o 3º distrito, Imbariê, ocupa uma área de 64 km², situado ao nordeste do território municipal e o 4º distrito, Xerém, ocupa a maior extensão territorial com cerca de 239 km², situado na sua porção noroeste (WIKIPEDIA,2008).

O rio Meriti separa o município de Duque de Caxias da cidade do Rio de Janeiro e o rio Iguaçu delimita Duque de Caxias de Nova Iguaçu. Já o rio Sarapuí

faz a divisão entre o 1º e o 2º distrito e o rio Saracuruna separa o 2º e 3º distritos. (WIKIPEDIA,2008).

Economia

Economicamente, apresenta um grande crescimento nos últimos anos, sendo a indústria e o comércio as principais atividades. Há cerca de 809 indústrias instaladas no município. Segundo o IBGE, registrou em 2005, o 15º maior PIB no ranking nacional. (IBGEb) e o 2º maior do estado do Rio de Janeiro, em um total de 18,3 bilhões de reais (IBGEc).

A cidade ocupa o 2º lugar no ranking de arrecadação de ICMS do Estado, perdendo somente para a capital. No município está localizada uma das maiores refinarias da Petrobrás, a Reduc, possui um pólo gás-químico e contará com uma usina termelétrica.

Os principais segmentos industriais são: químico, petroquímico, metalúrgico, gás plástico, mobiliário, têxtil e vestuários.

População

No censo populacional realizado em 2000, o município apresentava uma população de 775.456 habitantes, sendo 48% de homens e 52% de mulheres.(IBGE d)

Por distrito:

Duque de Caxias	: 338.542
Campos Elíseos	: 243.767
Imbariê	: 140.246
Xerém	: 52.901

Para 2008 a população estimada segundo o IBGE é de 864.392 habitantes.(IBGE d)

Densidade: 1.813,9 hab./km²

IDH

O IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) é de 0,753 – médio – o que corresponde ao 52º lugar entre os 91 municípios do Estado do Rio de Janeiro, ficando entre os 49 situados.(PNUD, acesso em 2008)

3.6. LOCAL DE ESTUDO

3.6.1 Os dados dos indicadores epidemiológicos da série foram coletados na própria coordenação da Secretaria Municipal de Saúde com o responsável pelo programa.

3.6.2 A entrevista na qual se realizou a coleta de dados através de questionário fechado e a prova de avaliação, foram realizados em dois momentos diferentes no auditório do Hospital Moacyr do Carmo, após convocação.

3.7 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

3.7.1 Dados do SINAN

Utilização do banco de dados oficial de notificação SINAN da Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias.

Estabeleceu-se, como período de estudo, os anos compreendidos entre 1990 e 2006, por se entender que oito anos do início da descentralização e oito anos depois, um período relativamente longo, para efetuar a comparação com o início da descentralização que foi em 1988.

Foram selecionados os casos novos de hanseníase detectados no período de 1990 a 2006, residentes em Duque de Caxias, e os casos novos detectados antes de 1990, e que ainda se encontravam em tratamento no período de estudo (registro ativo). Foram excluídos os casos que entraram no sistema, nesse período, registrados como recidivas, reingressos, casos transferidos de outros municípios ou estado, ou casos de hanseníase em indivíduos que não residiam em Duque de Caxias.

Foram escolhidos para estudo os cinco indicadores epidemiológicos definidos pelo Ministério da Saúde (2002). Eles são utilizados para avaliar a magnitude ou

transcendência do problema em um município. Cada indicador tem cálculo e parâmetros de avaliação estabelecidos pelo Ministério.

São eles:

- a) Coeficiente de detecção anual de casos novos por 10.000 habitantes;
- b) Coeficiente de detecção anual de casos novos na população de 0 a 14 anos, por 10.000 habitantes;
- c) Coeficiente de prevalência por 10.000 habitantes;
- d) Proporção de casos com incapacidade físicas (grau II) entre os casos novos detectados e avaliados no ano;
- e) Porcentagem de casos novos curados.

Não se utilizou o percentual de casos curados no ano com incapacidades físicas uma vez que os referidos dados eram inconstantes na base de dados.

A classificação de deformidades físicas utilizada foi a classificação com: grau zero, grau I e grau II, conforme critérios oficiais a partir de 2000. Antes incluía-se também o grau III, modificado desde então pelo Departamento de Dermatologia Sanitária do Ministério da Saúde. (M.S. 2000)

3.7.2 Entrevista com os médicos do PSF, onde após os esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa, foi aplicado questionário fechado, construído a partir do Guia para o Controle da Hanseníase, elaborado pelo Ministério da Saúde (2002), instuindo as principais atribuições dos médicos da Atenção Básica no atendimento ao paciente com hanseníase.

O questionário abrangia 17 quesitos, conforme anexo 1.

3.7.3 Prova de avaliação em conhecimentos sobre hanseníase, constituída por 22 quesitos, múltipla escolha, com apenas 1 opção de resposta certa.

Foram anulados o quesito nº 10 por ser uma pergunta direta, diferente das outras e o quesito nº 12 por falta de clareza no texto do mesmo.

Desse modo, ficou constituída de 20 quesitos de avaliação.

A prova foi construída por profissional especialista em hanseníase do Instituto Fiocruz e as perguntas consideradas de média complexidade.

Os dados tanto do questionário fechado como da prova foram coletados nos meses novembro/dezembro 2008, após receber parecer favorável do comitê de ética em pesquisa.

Todos os profissionais assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 2)

3.8. ANÁLISE DE DADOS

- A análise da efetividade das ações do programa de hanseníase será feita processando-se e comparando-se os indicadores epidemiológicos emitidos pelo município na série estudada – 1990 – 2006 – antes e após a descentralização.
- As respostas do questionário empregado na entrevista e da prova de avaliação, avaliarão o desempenho dos profissionais envolvidos no programa.
- Os dados serão tabulados consolidados e os resultados expressos na forma de tabelas e gráficos estatísticos.

CAPÍTULO 4. RESULTADOS / DISCUSSÃO

Desde 1991, o Brasil enquanto país membro da OMS vem lutando para eliminar a hanseníase como problema de saúde pública, definindo como indicador de eliminação um coeficiente de prevalência de menos de 1 caso por 10.000 habitantes.

Atingiu 2006 sem conseguir o objetivo a nível nacional, apesar de alguns estados terem tido êxito, como o estado do Rio de Janeiro.

Neste, o município de Duque de Caxias, alvo deste estudo, permanece em 2º lugar em número absoluto de casos.

A hanseníase continua sendo uma das prioridades do Ministério da Saúde através do Programa de Controle da Hanseníase (PCH).

Com a efetivação da descentralização no SUS, um dos requisitos básicos constantes na Norma Operacional Básica de 1996 (NOB / 96), o PCH foi repassado para a responsabilidade dos municípios (NOB / 96).

Com a NOAS 01/2001, o município assumiu o compromisso de incluir na rotina da Atenção Primária todas as atividades exigidas pela NOAS, no controle da hanseníase, sob pena de não receber recursos financeiros do Piso de Atenção Básica (PAB) alocados pelo Governo Federal.

Até então não havia sanção real para os municípios que tivessem fracassado em alcançar suas metas.

A seguir será feito a avaliação dos resultados, abrangendo os indicadores epidemiológicos, o nível de conhecimento dos profissionais médicos do PSF sobre a patologia e suas atribuições no atendimento da hanseníase demonstrando que o município vem obtendo sucesso nas mudanças do quadro epidemiológico local na série estudada.

Contudo, a descentralização enquanto estratégia para eliminação da hanseníase, apesar da influência positiva, não provocou o impacto proclamado, continuando o declínio gradual dos números epidemiológicos como já vinha acontecendo.

4.1. INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS

4.1.1 Coeficiente de Prevalência

TABELA 6

Ano	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06
Coef. de Prevalência	22	22,5	19,3	16,9	13,6	10,1	7,7	5,8	6	6,7	6,5	6,2	5,9	5,8	4,48	3,63	3,93

Fonte: Sms-DC 2006

Cálculo do Indicador

$$\frac{\text{Casos existentes residentes (em registro ativo) em 31/12/ano}}{\text{População total residente em 31/12/ano}} \times 10.000$$

Utilidade:

Medir a magnitude da doença.

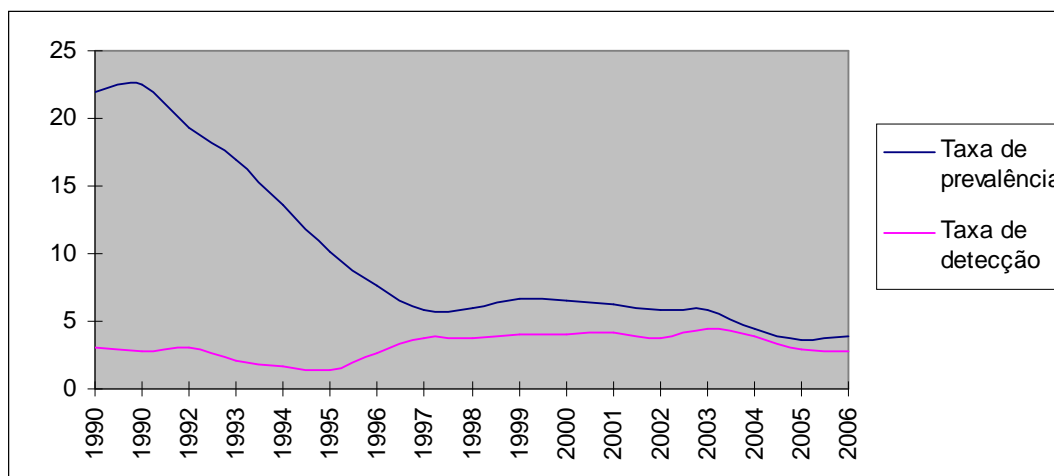
Parâmetros de avaliação do Ministério da Saúde 2002

Hiperendêmico	> 20,0 / 10.000 hab.
Muito Alto	20,0 – 10,0 / 10.000 hab.
Alto	10,0 – 5,0 / 10.000 hab.
Médio	5,0 – 1,0 / 10.000 hab.
Baixo	< 1,0 / 10.000 hab.

A prevalência é um termo que descreve a força com que subsistem as doenças nas coletividades .

O número de casos em curso de tratamento reduziu de um coeficiente de prevalência de 22,0 / 10.000 hab. em 1990 para 3,93 / 10.000 hab. em 2006, apresentando uma redução de 82,14%, variando dentro do período segundo os parâmetros do MS entre hiperendêmico a muito alto (22,00 a 3,93 / 10.000 hab.).

GRÁFICO 9



Fonte: SMS-DC 2006

O coeficiente de prevalência de 3,93 atingido no último ano da série, conforme evolução no gráfico 9, representa que o município não conseguiu atingir a meta de eliminação, mais de três vezes superior a proposta pela OMS. (menos de 1 caso por 10.000 hab.).

Comparando com o coeficiente nacional (1,41), índice estadual (1,45) (DATASUS,2008) de 26/12/08, no mesmo período, constatamos um índice ainda bem superior.

Pode-se observar também que a série começa com um coeficiente bastante elevado (22,0), mas ainda na primeira metade desta década uma redução importante chegando a 5,8 casos / 10.000 hab. em 1997, que segundo CUNHA (2007), coincidiu com a instituição da poliquimioterapia com o esquema terapêutico padrão no município a partir de 1990.

Contudo, não é observado um declínio acentuado deste índice a partir de 1998 quando começou a descentralização efetiva para as Unidades Básicas de Saúde, mantendo-se uma queda lenta e gradual.

É importante ressaltar que, quanto ao uso do coeficiente de prevalência como indicador de eliminação da doença ainda não existe um consenso entre os autores. KHAITON ET AL (2006); (SOBRINHO,2008) ressaltam que é conflitante basear-se na prevalência para avaliar a redução da endemia, porque a própria OMS assevera que controlar uma doença é reduzir os coeficientes de incidência e prevalência e a morbidade a um nível localmente aceitável, com base nas características epidemiológicas da localidade como resultado de esforços propositais. (WHO, 2005)

Não obstante, no documento da OMS Estratégia Global para avaliar a Carga de Hanseníase e Manter as Atividades de Controle, (WHO, 2005), fica claro que uma das mudanças decisivas na organização do controle da hanseníase é o uso da detecção de casos como principal indicador de monitoramento, mas a prevalência ainda será o indicador cardinal até que a meta de eliminação seja atingida.

Já ANDRADE et al (2000) sugerem que o coeficiente de prevalência é uma ferramenta frágil para mensurar a demanda dos serviços de saúde, e que o aumento do coeficiente de detecção, nos últimos anos, é resultado de variações de transmissão da hanseníase e mudanças operacionais do programa.

4.1.2 Coeficiente de Detecção

Tabela 7

Ano	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06
Coef. de Detecção	3,1	2,8	3,1	2,1	1,7	1,4	2,7	3,7	3,7	4	4	4,1	3,8	4,5	3,91	2,94	2,74

Fonte: SMS – DC 2006

Cálculo do Indicador

$$\frac{\text{Casos novos residentes diagnosticados no ano}}{\text{População total residente em 01/07/ano}} \times 10.000$$

Utilidade:

Determinar a tendência secular da endemia e medir a intensidade das atividades de detecção dos casos

Parâmetros de Avaliação do MS 2002	
Hiperendêmico	> 4,0 / 10.000 hab.
Muito Alto	4,0 – 2,0 / 10.000 hab.
Alto	2,0 – 1,0 / 10.000 hab.
Médio	1,0 – 0,2 / 10.000 hab.
Baixo	< 0,2 / 10.000 hab.

Em relação ao coeficiente de detecção geral (tabela 7), observou-se um declínio bem inferior ao de prevalência (11,6%), mantendo a classificação de muito alto (3,1 a 2,74).

A distribuição percentual de casos novos, por ano de detecção, apresentou um declínio de 1990 a 1995, com uma elevação discreta chegando a um patamar de 4,5 em 2003, iniciando novo declínio atingindo 2,74 em 2006. Ainda segundo CUNHA (2007) , a elevação coincidiu com o início da realização das campanhas como ações estratégicas mais intensas no município.

Contudo, o coeficiente de detecção que é o indicador de transmissibilidade da hanseníase, diminuiu muito pouco na série estudada, (graf. 9) mostrando que ainda existe uma importante circulação de bacilos e um número significativo de adoecimento por hanseníase no município.

4.1.3. Coeficiente de detecção anual de casos novos na população de 0 a 14 anos por 10.000 habitantes

Tabela 8

Ano	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06
Taxa de Detectados	0,4	0,7	0,8	0,2	0,4	0,1	0,8	0,7	0,6	1,2	0,5	0,8	0,7	1,3	0,97	0,74	0,83

Calculo do Indicador

$$\frac{\text{Casos novos residentes com 0 a 14 anos de idade diagnosticados no ano}}{\text{População residente com idade entre 0 a 14 anos em 01/07/ano}} \times 10.000$$

Utilidade:

Determinar a tendência secular da endemia

Parâmetro de avaliação do MS 2002

Hiperendêmico	> 1,0 / 10.000 hab.
Muito Alto	1,0 – 0,5 / 10.000 hab.
Alto	0,5 – 0,25 / 10.000 hab.
Médio	0,25 – 0,05 / 10.000 hab.
Baixo	< 0,05 / 10.000 hab.

O coeficiente em menores de 15 anos, apesar de apresentar uma oscilação de elevação e queda, termina no último ano da série com um aumento de 107,5% (0,40/0,83).

Manteve-se acima de 0,5 / 10.000 hab, a maior parte de estudo, classificado como muito alto, e apresentou a ocorrência de 2 picos:

1. 1,2 em 1999, que pode estar refletindo o início da descentralização em 1998.
2. 1,3 em 2003, possivelmente resultado das campanhas realizadas em 2002.

A literatura aponta que a presença de hanseníase em menores de 15 anos é um indicador do nível de transmissão da doença, evidenciando que há uma relação direta entre a proporção de casos nesta faixa etária e a gravidade da endemia. (LOMBARDI; SUAREZ, 1997)

Alguns consideram o coeficiente como o melhor para se determinar a magnitude da hanseníase e sua força de morbidade (FERREIRA, 1998), (ANDRADE, 1996).

Em Caxias, houve um aumento de 107,5% no coeficiente de detecção em menores de 15 anos de 1990 a 2006.

O aumento desse coeficiente poderia indicar uma alta endemicidade e conseqüentemente uma alta taxa de infecção no município ou perto dele. (OSKAM, 2003); (ARAÚJO,2004)

LOMBARDI et al (1990), reforça o pensamento de que o aparecimento em menores de 15 anos tem significado epidemiológico importante, pois indicam a precocidade da exposição intra-domiciliar e a persistência da transmissão da doença.

Considerando o índice de 0,83 (muito alto) no último ano da série, segundo parâmetros do MS, impõe a necessidade de intensificar exames, principalmente nessa faixa etária (0 a 14 anos) que ainda convivem intensamente no grupo familiar, favorecendo um melhor trabalho no diagnóstico precoce.

Portanto, fica demonstrado a necessidade de busca ativa nesta faixa etária da população, tanto pelas altas taxas de detecção, quanto pelo percentual destes em relação ao total de casos novos. A hanseníase apesar de não ser considerada uma doença da infância deve ser pensada como um agravo possível nesta faixa etária, sendo preciso fazer a diagnóstico diferencial das dermatites comuns da idade, micoses, entre outros.

4.1.4. Porcentagem dos casos com incapacidades físicas entre os casos novos detectados e avaliados no ano.

Tabela 9

Grau de incapacidade física no diagnóstico (%)																	
Ano	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06
Casos Avaliados	95,6	96,2	91,4	99,3	96,6	99,0	72,5	50,4	71,5	90,1	85,5	54,1	61,6	76,1	89,1	97,2	77,3
0	67,0	73,6	72,3	68,6	65,5	88,7	81,8	83,2	81,1	79,0	79,6	77,9	81,0	81,6	52,5	63,7	51,6
I	25,9	21,3	20,4	20,7	25,7	7,2	10,9	9,2	5,1	7,7	11,5	10,5	9,0	12,3	11,2	13,7	16,9
II e III	7,1	5,1	7,3	10,7	8,8	4,1	7,3	7,6	13,8	13,2	8,8	11,6	10,1	6,1	5,0	4,4	9,1

Fonte: SMS – DC 2006

Cálculo do Indicador

$$\frac{\text{Casos novos residentes diagnosticados no ano com grau de incapacidade física II}}{\text{Casos novos residentes diagnosticados no ano com grau de incapacidade física avaliado}} \times 100$$

Utilidade:

Estimar a efetividade das atividades para a detecção precoce de casos; estimar a endemia oculta

Parâmetros

Alto	> 10%
Médio	5 – 10%
Baixo	< 5%

A porcentagem de casos com incapacidade física (grau II) apresentou variabilidade muito grande ao longo da série, sendo classificada no ano de 2006, (último ano de estudo) como média (9,1%).

Em 5 períodos ela foi classificada como alta, ocorrendo seu maior pico em 1988 (13,8%) no início da descentralização, porém, com a manutenção das ações de descentralização, houve uma redução, chegando a 4,4% em 2005, subindo novamente em 2006 (9,1%).

Este resultado juntamente com a maior freqüência da forma virchowiana e dimorfa demonstra um diagnóstico tardio da doença e uma possível prevalência oculta no município. (VASQUEZ, et al,2008)

A incapacidade física é o desfecho indesejável em pacientes com hanseníase que denota uma detecção tardia da doença, e além de ser um bom dado epidemiológico para análise da endemia e também um bom indicador que pode ser utilizado para cálculo da estimativa da prevalência oculta. (CUNHA et al, 2007).

Ressalta-se aqui a importância do profissional do PSF. São atribuições dele o planejamento / programação de cuidados, execução de cuidados, prevenção de enfermidades, recuperação e reabilitação em saúde e acompanhamento e avaliação do cuidado para os portadores de hanseníase, todas essas ações perpassam a

prevenção de incapacidades que é uma ação importante para a qualidade de vida do paciente com hanseníase.

Freqüentemente, os profissionais não dão a devida importância a este dado o que dificulta a avaliação do indicador. Isto porque na ficha de investigações do SINAN, existe um campo que se refere à avaliação de incapacidade no diagnóstico. Porém o preenchimento deste campo não é obrigatório, pois o sistema aceita a inclusão da notificação sem a inclusão deste dado.

4.1.5. Porcentagem de casos novos curados

Tabela 10

Ano	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06
Casos Novos Curados	72,7	84,5	72	82	86,7	89,7	90,1	90	84,6	87,4	87,6	83,6	82	85,6	83,57	75,5	82,89

SMS – DC 2006

Cálculo do Indicador

$$\frac{\text{Casos novos diagnosticados nos anos das cortes e curados até 31/12/ ano de avaliações}}{\text{Total de casos diagnosticados nos anos das cortes}} \times 100$$

Utilidade:

Avaliar a efetividade dos tratamentos.

Parâmetros	
Bom	≥ 90%
Regular	75 / 90%
Precário	< 75%

Na proporção de casos novos curados em cada ano, verificou-se valores acima de 80%, na maior parte do período sem tendência de queda com índice de 82,89% no último ano da série, considerado regular nos parâmetros do MS.

4.2 PROVA DE CONHECIMENTOS CLÍNICOS EM HANSENÍASE PARA AVALIAR A CAPACITAÇÃO DOS MÉDICOS DO PSF

A prova foi aplicada a 30 médicos, correspondendo a 53,6% do total de 56 médicos do PSF.

TABELA 11

Médico	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Acertos	9	14	7	17	13	13	9	12	8	12	11	10	12	16	14	14	14	18	10	17	9	12	10	7	10	12	13	13	16	11
Média	4,5	7	3,5	8,5	6,5	6,5	4,5	6	4	6	5,5	5	6	8	7	7	7	9	5	8,5	4,5	6	5	3,5	5	6	6,5	6,5	8	5,5

Média Geral 6,05
 Desvio
 Padrão 1,464228642
 Fonte: SMS – DC 2006

Os resultados surpreenderam pela média obtida, 6,05, considerando-se que as perguntas eram de média complexidade.

Esse tipo de avaliação nunca tinha sido realizada até então e suspeitava-se que a porcentagem de casos com incapacidade física da série classificada como média (9,1% no ano de 2006) fosse decorrente do não diagnóstico precoce em função da falta de capacitação de profissionais. Devido às dificuldades inerentes ao sistema (descontinuidade administrativa, alta rotatividade de profissionais no programa) o treinamento frequentemente era prejudicado deixando dúvidas quanto a efetividade do mesmo.

Os resultados, apesar de seis notas inferiores a cinco, demonstram que a coordenação do programa vem cumprindo a responsabilidade em treinar os

envolvidos no controle da hanseníase, mesmo com todos os entraves . A média da prova não é a ideal mas acredita-se que com a capacitação continuada levará a um aperfeiçoamento progressivo no diagnóstico da doença.

Desde 1998 o treinamento vem sendo implementado pelo município com o apoio da Assessoria de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (MOREIRA,2002).

A partir do momento que os usuários deixaram de ser atendidos apenas em centros especializados, surgiu a imperiosa necessidade dos gestores municipais capacitarem adequadamente os profissionais da rede básica para o desempenho da função.

A portaria ministerial Nº 1.073/GM de 26 de setembro de 2000 (MS,2000) orienta sobre a implantação do programa de controle da hanseníase na atenção básica.

Entre seus objetivos, o item 5.1 enfatiza:

“Compete ao município identificar, planejar, executar e avaliar a capacitação dos profissionais da rede básica para o desenvolvimento das atividades de controle”

Em 2001, a NOAS reforça a responsabilidade do município quanto a necessidade contínua de treinamento dos profissionais da atenção básica de saúde para os aspectos da detecção de casos (o mais precocemente possível), tratamento e cura de pacientes hansenianos, e referência das intecorrências (estados reacionais, intecorrências medicamentosas ou seqüelas advindas da enfermidade) aos centros de referência municipais ou regionais e/ou centros municipais de reabilitação.

As experiências indicam que investir na capacitação humana adequada através de treinamento é um dos mais importantes fatores para o sucesso da integração tão preconizada pela OMS. (MORENO et al,2008).

O treinamento não deve incluir apenas transferências de habilidades e conhecimentos, mas deve também incentivar os profissionais a terem uma atividade afetiva com a hanseníase e pacientes hansenicos. (ASNAKE, 2000).

Um importante pré-requisito para o sucesso da integração é existência de um serviço de saúde funcionando adequadamente. Na ausência de tal sistema, um programa de controle da hanseníase integrado não poderá ser estabelecido.

No Brasil, o Programa de Saúde da Família é considerado uma experiência exitosa do SUS, fator facilitador da integração do programa de hanseníase.

O PSF funciona com equipes de um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde.

A tarefa desses profissionais é prover cuidados básicos de saúde, desenvolver atividades de educação em saúde, identificar riscos à saúde individual e coletiva e estabelecer monitoramento demográfico e epidemiológico. As atividades incluem visitas domiciliares e participação no desenvolvimento da comunidade. É o cenário ideal para se desenvolver um importante papel no controle da hanseníase e busca ativa de casos.(LAPA,2006)

A ausência dessas ações contribui para a demora no diagnóstico e a disseminação da doença, além de elevar o número de incapacidades físicas, que podem ser irreversíveis no diagnóstico tardio. (OPROMOLLA,1990).

Como visto, a missão do PSF e de seus profissionais no controle da hanseníase é de extrema importância. Contudo, sérios problemas ameaçam a sustentabilidade do programa.

Um dos grandes obstáculos do PSF, não apenas quando se trata de hanseníase, é a precariedade do vínculo empregatício, ocorrendo grande rotatividade de profissionais nas ESFs que, muitas vezes dependem de decisão política de gestores para que continuem trabalhando. Alguns procuram locais que oferecem melhores condições de trabalho e melhor salário.

Esses fatores dificultam o treinamento do profissional, a fixação e o vínculo afetivo com a comunidade adscrita. O resultado é a baixa motivação dos profissionais, especialmente médicos, e apesar da proposta de integração da hanseníase aos serviços básicos de saúde, muitos não se envolvem nas ações de controle, preferindo o encaminhamento dos usuários a centros de referência.

Essa fragilidade de controle da hanseníase na atenção básica em Duque de Caxias foi constatada no estado do Mato Grosso, onde 50% das ESFs não realizava ações de diagnóstico e controle da doença. (OPROMOLLA, 1990).

Em suma, na prova de avaliação em clínica de hanseníase, os médicos do PSF de Duque de Caxias, mostraram um desempenho considerado satisfatório, que os capacita para a detecção da doença.

Contudo, a lenta redução e até a piora de alguns índices epidemiológicos da hanseníase mantendo o município em 2º lugar no estado e o insucesso em atingir o coeficiente de prevalência estabelecido como meta, podem estar relacionados a precariedade do programa, a desmotivação dos profissionais e o não envolvimento nas ações de controle.

4.3 - ENTREVISTA COM MÉDICO DO PSF

Local (Município):

Identificação:

Nome do entrevistado:

USF:

Tempo de trabalho na USF:

Houve treinamento específico para a função?: () Sim; () Não

É funcionário de carreira do Município ? () Sim; () Não

Especialidade original:

Tempo de formado:

Idade:

Sexo: Masc () Fem ()

Data entrevista:

Entrevistador:

Atribuições do médico:

1. Solicita baciloscopia e/ou outros exames laboratoriais para confirmação diagnóstica, conforme a necessidade?

Sim: 75,9% Não:24,1%

2. Define classificação operacional e conduta terapêutica de acordo com esquema estabelecido pelo Ministério da Saúde?

Sim: 79,3% Não: 20,7%

3. Realiza exame dermatoneurológico e testes de sensibilidade para confirmação diagnóstica e/ou nos comunicantes independentes da classificação operacional?

Sim: 86,2% Não: 13,8%

4. Realiza exame anátomo patológico, quando necessário?

Sim: 20,7% Não: 79,3%

5. Define conduta para tratamento de reações hansênicas?

Sim: 31% Não: 69%

6. Avalia incapacidades físicas e define conduta terapêutica?

Sim: 51,7% Não: 48,3%

7. Promove ALTA, seguindo critérios pré estabelecidos na legislação?

Sim: 72,4% Não: 27,6%

8. Dá suporte à equipe de enfermagem?

Sim: 100,0%

9. Faz avaliação clínica e encaminha a procedimentos cirúrgicos quando necessário?

Sim: 82,8% Não: 17,2%

10. Trata reações hansênicas e/ou encaminha alguns casos ao Centro de Referência?

Sim: 86,2% Não: 13,8

11. Preenche ficha de investigação epidemiológica?

Sim: 89,7% Não: 10,3%

12. Realiza atendimento de intecorrências?

Sim: 75,9% Não: 24,1%

13. Realiza vacinação com BCG?

Sim: 65,5% Não: 34,5%

14. Alimenta e analisa o sistema de informação?

Sim: 82,1% Não: 17,9%

15. Realiza visita domiciliar?

Sim: 100,0%

16. Divulga sinais e sintomas de hanseníase?

Sim: 93,1% Não: 6,9%

17. Realiza curativos?

Sim: 31,0% Não: 69,0%

Os quesitos avaliados nesta entrevista através de questionário são as atribuições que cabem ao médico da atenção básica realizá-las, conforme recomendação do Ministério da Saúde, no Guia para o Controle da Hanseníase de 2002 (MS,2002).

Em janeiro de 2002, durante a reunião da Aliança Global para a eliminação da hanseníase, ocasião em que o Brasil assumiu sua presidência, o governo brasileiro ratificou o compromisso na eliminação da doença até 2005.

Em novembro de 2002, o Ministério da Saúde lança o Plano Nacional de Mobilização e Intensificação das Ações para a Eliminação da Hanseníase e o Controle da Tuberculose no Brasil.

O Guia para o Controle da Hanseníase é o documento que objetiva subsidiar os profissionais que atuam na rede de atenção à saúde, com destaque para os profissionais das ESFs, sobre os mais importantes e atualizados conhecimentos para a abordagem do paciente de hanseníase, como instrumento de capacitação.

Portanto, as atribuições deste questionário são as recomendadas a todos os profissionais da rede básica e cujas respostas deveriam ser afirmativas em cem por cento dos casos.

Os três primeiros quesitos referem-se ao diagnóstico e tratamento que são a base do controle da doença. Surpreende o fato de que 20,7% dos entrevistados não fazem a classificação operacional em pauci ou multibacilar tão importante para que possa ser selecionado o esquema de tratamento quimioterápico adequado ao caso. Significa que um quinto dos profissionais ou não se interessam na ação ou encaminham os usuários para a rede de referência perpetuando o atendimento centralizado.

O diagnóstico da hanseníase é clínico em mais de 85%, mesmo sendo a baciloscopia um dos parâmetros integrantes da definição de caso. Contudo é um apoio para o diagnóstico e também serve como um dos critérios de confirmação de recidiva quando comparado ao resultado no momento do diagnóstico. (MS,2002). Com cerca de um quarto das respostas negativas, entende-se que mesmo sendo a baciloscopia e/ou outros exames laboratoriais para confirmação diagnóstica disponíveis na rede de referência, o profissional não faz uso deste recurso.

A hanseníase se manifesta principalmente através de sinais e sintomas dermatoneurológicos: lesões na pele e nos nervos periféricos, principalmente nos olhos, mãos e pés. Todos os profissionais devem estar atentos para estes sinais e realizar os testes de sensibilidade facilmente aprendidos em qualquer treinamento. As respostas negativas para este quesito foi 13,8%.

Os estados reacionais são a principal causa de lesões dos nervos e de incapacidades provocadas pela hanseníase. Portanto, é importante que o diagnóstico das mesmas seja feito precocemente, para se dar início imediato ao tratamento, visando prevenir essas incapacidades. (MS,2006). 69% dos entrevistados responderam que não definem conduta para tratamento dessas reações, significando o alto índice de encaminhamento para a referência e conseqüentemente um retardo no tratamento. Ressalte-se que o tratamento dos estados reacionais é geralmente ambulatorial, devendo ser prescrito e supervisionado pelo médico. Em alguns casos a necessidade de internação hospitalar deve ser avaliada.

Da mesma forma, a avaliação das incapacidades físicas e o tratamento delas são negligenciadas por quase metade dos entrevistados. (48,3%). O profissional de saúde deve ter uma atitude de vigilância em relação ao potencial incapacitante da doença, durante o tratamento PQT e em alguns casos após a alta, visando diagnosticar precocemente e tratar adequadamente as neurites e reações, a fim de prevenir incapacidades e evitar que os mesmos evoluam para deformidades.

Um dado positivo é que a totalidade dos entrevistados realiza visita domiciliar, ótima condição para a busca ativa e precoce de novos casos e um rastreamento mais ampliado dos casos ocultos de hanseníase entre as pessoas que convivem com o doente, por meio do exame, a fim de que sejam adotadas medidas de prevenção em relação às mesmas. Contudo, essa oportunidade não é aproveitada plenamente, visto que:

- _ 13,8% não realiza o exame dermatoneurológico, ao qual todos os contatos do portador de hanseníase devem ser submetidos. Em se confirmando o diagnóstico através do exame, os mesmos devem receber o tratamento específico.

- _ Se não for confirmado, os usuários devem receber informações sobre a doença e sobre a necessidade de ficarem atentos ao aparecimento dos sinais e sintomas. Em 6,9% dos médicos não há o interesse ou iniciativa em divulgá-los, deixando de incentivar as pessoas a procurarem o tratamento o mais cedo possível.

_ O encaminhamento dos contatos para a vacinação com BCG intradérmica constitui uma medida de controle a ser adotada por todos. Um número expressivo de contatos (34,5%) fica sem a opção da vacina na ESF próxima da residência em virtude de conduta ainda centralizadora para tal procedimento, adotada pelo programa.

A precariedade no atendimento reflete-se também na não realização de curativos em 69% das equipes. Os profissionais da rede básica são responsáveis por fazer os curativos nos pacientes que apresentem ferimentos mas há o impedimento que a maioria das unidades não tem espaço adequado para tal.

Apesar de todos serem treinados no atendimento de intecorrecias, 24,1% responderam que não o fazem, penalizando o usuário a procurar assistência em outra unidade que não aquela em que mantém vínculo de atendimento e acesso ao prontuário.

Constatamos através das respostas deste questionário que apesar da endemicidade no município estudado, o programa vem atuando de forma precária, necessitando que as equipes de saúde da família sejam mais resolutivas no atendimento aos usuários portadores de hanseníase e seus contatos.

Analisando a capacitação dos médicos em prova de avaliação clínica sobre a doença, pudemos observar que eles estão habilitados a realizar as atribuições propostas pelo Ministério da Saúde mas não o fazem em grande proporção, impedindo que o município atinja a meta proposta pela OMS e mantendo-se em 2º lugar no estado.

CONCLUSÃO

Dos resultados obtidos em nosso estudo podemos concluir que a endemia hansênica ainda constitui um desafio para os serviços de saúde pública de Duque de Caxias.

Desde 1991, o município vem se empenhando em atingir a meta de eliminar a hanseníase enquanto problema de saúde pública conforme estabelecido pela OMS.

Adotou a descentralização das ações de eliminação para a rede básica de saúde, com destaque ao PSF e PACS, conforme estratégia recomendada. E chega ao último ano da série estudada com 77,19% de descentralização das unidades existentes, um número expressivo se compararmos com outros municípios que descentralizaram pouco ou insistem no atendimento centralizado.

Contudo, a descentralização não ocasionou o impacto esperado na redução dos indicadores epidemiológicos conforme descrito na literatura. É um importante instrumento, porém não único a ser utilizado como estratégia para a eliminação da hanseníase.

No período analisado – 1990 a 2006 – se compararmos os indicadores antes e após a descentralização – 1998 – poderemos constatar que apesar de uma redução progressiva, ela se manteve lenta e gradual diferentemente do que se esperava : uma redução abrupta.

Tendo como base o coeficiente de prevalência que é o indicador de eliminação utilizado por todos os países membros da OMS, conclui-se que o município ainda encontra-se longe de atingir a meta de eliminação estipulada, porque a prevalência pontual no último ano da série foi de 3,93 por 10.000 habitantes, classificada como média, conforme parâmetros do MS.

Outro indicador, o coeficiente de detecção, que avalia a transmissibilidade da hanseníase teve um declínio bem inferior ao da prevalência começando e terminando a série, classificado como muito alto, mostrando que ainda existe uma importante circulação de bacilos e um nível acentuado de adoecimento por hanseníase.

Compete também ao município além de garantir acesso às ações de controle em todas as unidades de saúde da rede básica, junto com o PSF, a responsabilidade de treinamento dos profissionais no atendimento da patologia.

No presente estudo, os resultados da prova de conhecimentos em clínica da hanseníase mostraram que a média obtida foi de 6,05, considerada num patamar satisfatório e que capacita os médicos no atendimento da hanseníase.

Porém, quando avaliado os resultados do questionário aplicado sobre as principais atribuições dos médicos do PSF, no atendimento da hanseníase conforme recomendadas pelo Ministério da Saúde, pôde-se verificar que os treinamentos em hanseníase pelo PCH de Duque de Caxias não foram capazes na mudança de atitude do profissionais em relação à doença.

Muitas atribuições, principalmente, no diagnóstico e tratamento, deixam de ser realizadas, obviamente facilitando o aparecimento de incapacidades físicas devido ao diagnóstico tardio.

A insatisfação dos profissionais devido a precariedade de vínculo empregatício, insegurança, más condições de trabalho, alta rotatividade, foram alegadas pela coordenação como justificativas.

Sabe-se que um compromisso político forte e participação de todos os profissionais de saúde são pré-requisitos necessários para o sucesso da descentralização.

A ausência destes talvez sejam os responsáveis pelo fracasso do impacto esperado nos índices epidemiológicos da hanseníase em Duque de Caxias.

Conclui-se que apesar da endemicidade do município estudado, ainda considerada média, o programa vem atuando de forma precária, evidenciando-se a necessidade de maior empenho do gestor em corrigir as distorções.

REFERÊNCIAS

ANDRADE,V.; A Descentralização das Atividades e a Delegação das Responsabilidades pela eliminação da hanseníase ao nível municipal. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro – Vol 8, Nº 1 – jan-jun. 2000.

ANDRADE,V.; MOREIRA,R.C.F.R. Impacto da descentralização do Programa de Eliminação da hanseníase no Brasil. In:Tobar,F et al. **Descentralización y gestión del control de lãs enfermedades transmissibles em América Latina**, Buenos Aires, 2006.

ANDRADE,V; PELLEGRINI,B. **O que mudou na Hanseníase com a NOAS**. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. 84 p. 2001.

ANDRADE,V; OPAS/OMS – BRASIL. **Estratégia global para reduzir a carga da hanseníase e a sustentação das atividades de controle da hanseníase**. Nov.2005 – disponível em: <http://www.paho.org>>acesso em 20/11/2008.

ANDRADE,V et al. Uma nova perspectiva para acelerar a eliminação da hanseníase no Brasil. A integração na atenção básica. **Bol.Pneumol.Sanit**. Rio de Janeiro. V.8 N.2. dez/2000.

ARAÚJO, M.G.; Hanseníase no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. Uberaba, v.36,n.3,p. 373-382, 2003

ARAÚJO,M.G. et al. Detecção de hanseníase na faixa etária de 0 a 14 anos em Belo Horizonte no período de 1992-1999: implicações para o controle. **Rev.Med.Minas Gerais**. Belo Horizonte 14(2) 78-83, jul/2004

AROLE et al. Social stigma: a comparative study of integrated and vertical care approaches to leprosy. **Leprosy Review**. 73:186-196. 2002

ASNAKE,M,K.et al Knowledge and attitude of health professionals in relation to the integration of leprosycontrol into the general health service in Ethiopia. **International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases** ,68:299-306.

BARATA,L.R.B et al. Por um processo de descentralização que consolide o Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. 13(1): 15-24,2004.

BERNARDI,C,;MACHADO,A,R,L,M,; Hanseníase In: DUNCAN,B,B,; SCHMIDT,M,I,; GIUGLIANI **Medicina Ambulatorial** – Condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2004, p. 1520-1525

BOSSERT,J.T.; La Descentralización de los Sistemas de Salud em Latinoamerica: um estúdio comparativo de Chile, Colômbia y Bolívia

BRASIL. Lei Nº 8080, de 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Lei Nº 8142, de 28 de dezembro de 1990

BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. Programa de Controle da Hanseníase em todo o território nacional . Portaria Nº01 de 07/11/89. Brasília, 1989.

BUENO,W.S.; MERHY,E.E.; **Os equívocos da NOB 96**: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? em http://www.datasus.gov.br/cns/temasNOB_96/NOB_96_crit.htm. Acessado em 13/12/2008

CARVALHO,A.T **Política de Saúde e Organização Setorial do País**. Texto especialmente elaborado para o curso de especialização à Distância Auto-Gestão em Saúde. 1999 ENSP/FIOCRUZ.

COLLINS,C et al.; Decentralising the health sector: issues em Brazil – **Health policy** 52 (113-127) – 2000

CONASEMS. **Como os gestores municipais de saúde vão acelerar a eliminação da hanseníase no Brasil**. 28 p. Brasília, 1999.

CORDEIRO,H.; Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 6(2): 319-328, 2001.

CUNHA,E,M.; Regra e realidade na constituição do SUS municipal: implementação da NOB 96 em Duque de Caxias

CUNHA,M,D.; et al.- Os indicadores da hanseníase e as estratégias de eliminação da doença, em município endêmico do Estado do Rio de Janeiro, Brasil – **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(5): 1187-1197, mai – 2007.

DAUMERIE, D. **Elimination of leprosy as a public health problem** – current status and challenges ahead – WHO – Report of the Scientific Working Group on Leprosy – TDR/SWG/02. Genebra, 2002

DECLERCQ,E.; 2001. Prevalence: a valid indicator for monitoring elimination. **International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial diseases**, 69:111-113

EAST-INNIS,A – The Quest for the Global Elimination of Leprosy – **West Indian Méd J** 2005; - 54(1) 1.

ERNESTO,I.M.R. et al. **Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil, 2001-2006**. Disponível em: portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf.poster_hansen_brasil.pdf. Acesso em 27 jan.2009

FEENSTRA,P.; 1994^a. Sustainability of leprosy control in low-endemic situations. **International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases**. 62: 599-608.

FEENSTRA,P.; 1994^b. Will there be a need for leprosy services in the 21 st century? **Leprosy Review**, 65: 297-299.

FEENSTRA,P,; VISSCHEDIJK,J,; 2002. Leprosy control through general health services: Revisiting the concept of integration. **Leprosy Review**, 73:111-122

GUIMARÃES, L.; GIOVANELLA,L. Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil. **Rev.Panam.Salud Publica**. 16(4):283-284. october,2004.

IBGEa (Instituto de Geografia e Estatística) disponível em: cidades @<http://www.ibge.gov.br>>acesso em 10/11/2008.

IBGEb Produto interno bruto dos municípios – 2002-2005 – disponível em: [www ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>acesso em 11/10/2008.

IBGEc (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) Posição ocupada pelos 160 maiores municípios em relação ao Produto Interno Bruto – 19 de dezembro de 2007. disponível em: [www ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>acesso em 08/01/09.

IBGED Estimativas da população para o 1º de julho de 2008. Disponível em:www.ibge.gov.br>acesso em 10/11/2008.

ILA/TF (International Leprosy Association Technical Fórum),2002. Report of the International Leprosy Association Technical Fórum. Paris. ILA/TF.

ILEP Technical Guide: Facilitating the Integration Process – **A Guide to the Integration of Leprosy Services within the General Health System**. London,2003.

KALK,A.,FLEISCHER,K; The decentralization of the health system in Colômbia and Brazil and its impacto in leprosy control. **Lep Rev**. 75,67-78,2004

KHAITAN,B.K et al. Final push of leprosy: it is prudent to pause before deceleration! **Indian J Dermat. Venereae Leprol**. 2006; 72:151-3.

LAPA,T.M et al. Análise da demanda de casos de hanseníase aos serviços de saúde através do uso de técnicas de análise espacial. **Cad.Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 22(12):2575-2583, dez,2006.

MEDRONHO,R.A. **Epidemiologia**. Rio de Janeiro:Atheneu, 2002

MENCARONI, D.A,; **Análise espacial da endemia hansenica no município de Fernandópolis / SP**.2003. 110 f. Tese. (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

MOREIRA,T,M,A,; Avaliação da Descentralização das ações programáticas de hanseníase: um estudo de caso – tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública, com vistas à obtenção do grau de Doutor em Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2002

MORENO,C.M.C et al. Avaliação das capacitações de hanseníase: opinião de médicos e enfermeiros das equipes de saúde de saúde da família.. **Rev.Bras.Enferm.** Brasília 61(esp) 671-5.2008.

MS (Ministério da Saúde)- A NOAS e a Atenção Básica. Informe da Atenção Básica Nº 12. Ano II. Ago. 2001 – Brasília.

MS (Ministério da Saúde) – Portaria Nº1073/GM de 26 de setembro de 2000.Em http://www.mj.gov.br/redh/ct/CORDE/dpdh/ricorde/port_ms_1073.asp. acessado em 17/12/2008. MS (Ministério da Saúde), Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde. Lei Nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Legislação Básica do SUS. Brasília, 1990

MS (Ministério da Saúde) – Área Técnica de Dermatologia Sanitária – **Guia para Implantar/Implementar as Atividades de Controle da Hanseníase nos planos estaduais e municipais de saúde.** 1ª ed. 28 p. Brasília, 1999.

MS (Ministério da Saúde) SUS;DVE. **Guia de Vigilância Epidemiológica** 6.ed. Brasília – 2006.

MS (Ministério da Saúde), 2008 – **Vigilância em Saúde:** situação epidemiológica da hanseníase no Brasil. Disponível em: portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/boletim_novembro.pdf. Acesso em 27 jan.2009.

MS (Ministério da Saúde). Departamento de Atenção Básica. **Guia para o controle da hanseníase.** Cadernos da Atenção Básica Nº 10. Brasília,2002.

NEIRA,M,;DAUMERIE,D.; 2000 – remaining challenges towards elimination of leprosy. Editorial. **Leprosy Review**, 71:247-252

NOORDEEN,S.K. A look at world leprosy . **Lepr Rev.** 62,72-86. 1991

OLIVEIRA,PT.R.; **O Sistema Único de Saúde, descentralização e a desigualdade regional:** um enfoque sobre a região da Amazônia Legal. Tese submetida à Doutorado – RJ 2005 ENSP

OMS/CDS/CPE/2000.1 **A estratégia do esforço final para a eliminação da hanseníase:** plano estratégico da hanseníase: 2000-2005. Genebra,2000.

OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde) **Árvore dos Problemas na Hanseníase** – OPAS XXI em ação. Disponível em : www.paho.org/portuguese/ad/dpc/cd/lep-problems.ppt>acesso em:15/12/1998.

OPROMOLLA,D.V. et al. Estimativa da prevalência da hanseníase pela investigação em demanda inespecífica de agências de saúde. **Rev.Saúde Pública.** 1990: 24(3):178-85.

PAIM,J,S,; A reforma sanitária e a municipalização – **Saúde e Sociedade**, 1(2): 29-47 1992

PALHA,P.F; Villa,T.C.S. **La descentralización como eje norteador em la reorganización y operacionalización de los principios del SUS**. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/html>>acesso em 27/09/2008.

PENNA,G.O.; PONTES,L.K. **Hanseníase**. Disponível em: www.sbmt.org.br/arquivos/boletim/3/hansen.pdf. acesso em 27 jan.2009.

PERES, A.M.A.M. **A descentralização da Política de Saúde no Brasil: a municipalização é mesmo o caminho?** Mestrado em Saúde Coletiva. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.125 p. Rio de Janeiro. 2002

PESTANA,M,; MENDES,E,V,; **Pacto de Gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa** – Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – 2004

PNEH. MS Brasil. Andrade,V,; **Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil**. Disponível em: www.credesh.ufu.br/publicacoes/situacao_epidemiologica_da_hanseniasse_no_Brasil_2004_2006.pdf. Acesso em 27 jan.2009.

PNUD – **Ranking decrescente do IDH-M dos municípios do Brasil**. Atlas do desenvolvimento humano. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Disponível em: <http://www.pnud.org.br> >acesso em 11/10/2008.

ROCHA,A,V,F,; **Consórcios intermunicipais: complemento para a municipalização da saúde no Brasil**. Dissertação apresentada ao curso de mestrado em Economia da Universidade Federal da Bahia – Salvador 2004

RODRIGUES,P.H.A.; SANTOS,I.S. A saúde pública no Brasil antes do SUS. In: **Saúde e Cidadania** : uma visão histórica e comparada do SUS. Rio de Janeiro. Atheneu. 2009. p. 84

RONDINELLI,D et. al,; **Decentralization in developing countries: a review of recent experiences**. Washington: World Bank, World Bank Staff Working Paper N.581, 1983.

SALTMAN,R.B.;BANKAUSKAITE,V; **Implementary Decentralization in European Health Care Systems: Searching for Policy Lessons** – 5º European Conference of Health Economists, 8-11 september 2004, London

SCATENA,J.H.G.; TANAKA,O.Y.; Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde – **Saúde e Sociedade** V.10,N.2, ago-dez/2001

SES (Secretaria de Estado de Saúde) – Assessoria de Dermatologia Sanitária – **Plano Estadual de Eliminação da Hanseníase** – 2008. Acessado em : www.saude.rj.gov.br/Pacs.Hanseníase/plano_de_2008.pdf. acessado e, 15/01/2009.

SILVA,Z.P.; O município e a descentralização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, 10(3), 1996.

SMS-DC (Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias) – Coordenadoria de Saúde Coletiva. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). 2008.

SMS/Caxias – Programa de Controle da Hanseníase – **Relatório das Atividades em 2004** – D.Caxias,

SMS/Caxias – Programa de Controle da Hanseníase- **Relatório das atividades em 2006** – D.Caxias.

SOBRINHO,R.A.S; MATHIAS,T.A.F. Perspectivas de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no Estado do Paraná. **Cad.Saúde Pública**.24(2):303-314, fev.2008

SOLLA,J.J.S.P. Avanços e Limites da descentralização no SUS e o “Pacto de Gestão”. **Revista Baiana de Saúde Pública, Salvador**. V.30 N.2 p332-348. jul/dez.2006.

SOLLA,J.J.S.P.; COSTA,E.A. Evolução das transferência financeiras no processo de descentralização da vigilância sanitária no SUS. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Salvador. V.31 N.1 163-177 - jan-jun 2007

TALHARI,S; Hanseníase: Situação atual. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, 19:209-215, 1994.

TOBAR,F; O conceito de descentralização: usos e abusos – **Planejamento e Políticas Públicas** N.5:31-51, junho de 1991

TREVISAN,L; Das pressões às ousadias: o confronto entre a descentralização tutelada e a gestão em rede no SUS – **RAP** 41 (2): 237-54, Mar/Abr. 2007, RJ

VASQUEZ et al. Hanseníase em Coari: aspectos epidemiológicos da doença na região do médio Solimões no Estado do Amazonas. **Cad.Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 16(2): 193-204, 2008.

VERONESI, R.; **Tratado de infectologia**.Ed.Atheneu, V.1, 2ª edição, São Paulo, 2002

VIANA,A,L,A et al; Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Cad.Saúde Pública**. Vol 18 Rio de Janeiro 2002.

VIANA,A.L.A. Descentralização e Federalismo : a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva** 7(3): 493-507,2002.

VIEIRA DA SILVA,L.M. Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 4(2) 331-339, 1999.

VISSCHEDIJK,J et al. Leprosy control strategies and the integration of the health services: na international perspective. **Cad.Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(6) 1567-1581, nov-

WHO/CDS/CPE/CEE/2005,53 – **Global Strategy for Further Reducing the Leprosy Control Activities** – Plan period: 2006-2010 – Genebra,2005

WHO/CDS/CPE/CEE/2000.1 – **The Final Push towards Elimination of Leprosy** – Strategic Plan – 2000-2005 – Genebra, 2000

WHO(World Health Organization) – Weekly epidemiological record Nº 33, 293-300. Genebra, 2008.

WHO(World Health Organization) – Weekly epidemiological record. Nº 38, 313-320, Genebra, 1999.

WHO(World Health Organization) – Weekly epidemiological record, Nº 13, 118-124 – Genebra, 2004.

WHO(World Health Organization) – The FinalPush Strategy to eliminate Leprosy as a Public Health Problem – Questions and Answers, 2ed. Genebra, 2003

WHO(World Health Organization) – Weekly epidemiological record. Nº 34, 2005,80 289-296, Genebra, 2005

WHO(World Health Organization) – A Guide for leprosy Control 2º Edition, Genebra, 1989.

WHO(World Health Organization) – Resolutions WHA 44.9. Geneva:WHO, 1991.

WHO(World Health Organization) – Seventh Report of World Health Organization Expert Commitee of Leprosy. WHO Technical Report Series 874. Geneva,WHO.

WHO (World Health Organization) The fifty fifth Session of the Regional Committee for South – EAST Ásia. Jakarta, 2002. Disponível em: <http://www.who.int/in/section1430.htm>>acesso em: 8/10/2008.

WIKIPEDIA – disponível em: www.wikipedia.com.br>acesso em 11/10/2008.

YUNES, J. O SUS na lógica da descentralização . **Estudos avançados**, 13(35) 65-70, 1999.

.

ANEXO 1

Universidade Estácio de Sá
Mestrado Profissional em Saúde da Família
Instrumento de coleta de dados
Projeto de Dissertação de Mestrado

Entrevista com o médico do PSF

Local (Município):

1) Identificação:

Nome do entrevistado:	
USF:	
Tempo de trabalho na USF: ____ anos	Tempo de trabalho no SUS: ____ anos
Houve treinamento específico para a função?	() Sim ; () não;
É funcionário de carreira do município?	() Sim ; () não;
Especialidade original	
Tempo de formado	
Idade:	Sexo: Masculino () Feminino ().
Data da entrevista:	Entrevistador:

2) Atribuições do médico:

1. Solicita baciloscopia e/ou outros exames laboratoriais para confirmação diagnóstica, conforme a necessidade?
() Sim () Não
2. Define classificação operacional e conduta terapêutica de acordo Com esquema estabelecido pelo Ministério da Saúde?
() Sim () Não
3. Realiza exame dermato-neurológico e testes de sensibilidade para confirmação diagnóstica e/ou nos comunicantes independentes da classificação operacional?
() Sim () Não

4. Realiza exame anátomo patológico, quando necessário?
() Sim () Não
5. Define conduta para tratamento de reações hansênicas?
() Sim () Não
6. Avalia incapacidades físicas e define conduta terapêutica?
() Sim () Não
7. Promove ALTA, seguindo critérios pré estabelecidos na Legislação?
() Sim () Não
8. Dá Suporte à equipe de enfermagem?
() Sim () Não
9. Faz avaliação clínica e encaminha a procedimentos cirúrgicos quando necessário?
() Sim () Não
10. Trata reações hansênicas e/ou encaminha alguns casos ao Centro de Referência?
() Sim () Não
11. Preenche ficha de investigação epidemiológica?
() Sim () Não
12. Realiza atendimento de intecorrências?
() Sim () Não
13. Realiza vacinação com BCG?
() Sim () Não
14. Alimenta e analisa o sistema de informação?
() Sim () Não
15. Realiza visita domiciliar?

Sim Não

16. Divulga sinais e sintomas de hanseníase?

Sim Não

17. Realiza curativos?

Sim Não

ANEXO 2

Universidade Estácio de Sá
Mestrado Profissional em Saúde da Família
Instrumento de coleta de dados
Projeto de Dissertação de Mestrado

Prova de Avaliação do médico do PSF

- 1- O teste de histamina é indicado para que tipo de lesão elementar:
 - a) Macula
 - b) Placa
 - c) Nódulo
 - d) Tubérculo

- 2- É utilizado para a confirmação da Hanseníase:
 - a) Teste de Montenegro
 - b) Teste de fixação de complemento
 - c) Teste de fita gomada
 - d) Baciloscopia

- 3- Hanseniana adulta, jovem, em uso de anticoncepcional Oral não deve usar talidomida associada a:
 - a) Sulfona
 - b) Rifampicina
 - c) Clofazimina
 - d) Corticoide

- 4- Síndrome pseudogripal vem acompanhado de quadros sistêmicos, qual das alternativas abaixo que não faz parte desta síndrome:
 - a) Febre
 - b) Calafrios
 - c) Eosinofilia
 - d) Diarréia

- 5- A classificação operacional para fins de tratamento quimioterápico para hanseníase utiliza o seguinte critério:
 - a) Baciloscópico
 - b) Clínico / Histopatológico
 - c) Mitsuda
 - d) Número de Lesões cutâneas

- 6- Paciente 32 anos, sexo feminino deu entrada no serviço de emergência da Santa Casa com queixas de mal estado geral, dores nas articulações e febre. Para afastar o diagnóstico diferencial entre Hanseníase e Lupus Eritematoso foi solicitado o exame de laboratório, marque abaixo a alternativa que pode ser encontrado em apenas uma das doenças suspeitas.
- a) Anemia
 - b) Leucopenia
 - c) Células LE
 - d) Fator antinuclear
- 7- Com relação ao diagnóstico da doença é verdadeiro:
- a) A seqüência da alteração da sensibilidade é: térmica, tátil, dolorosa.
 - b) A prova da histamina lê-se completo e incompleto.
 - c) A presença de granuloma tuberculoide faz o diagnóstico conclusivo de MHT.
 - d) A histopatologia é o principal exame para definir o esquema de tratamento.
- 8- Marque a alternativa que contém a diferença clínica entre reação tipo 1 e reação tipo 2.
- a) Quadro sistêmico.
 - b) Quadro dermatológico.
 - c) Quadro neurológico.
 - d) As três acima podem ser consideradas.
- 9- Paciente 23 anos sexo masculino compareceu ao serviço de saúde de Duque de Caxias referindo está com febre, edema generalizado e lesões dermatológicas disseminadas e queixas parestésicas. Marque a alternativa correta.
- a) Solicitar exames complementares (hemograma completo, bioquímica); ultrasonografia e tomografia computadorizada.
 - b) Solicitar sua remarcação para discussão diagnóstica.
 - c) Realizar exame clínico solicitar baciloscopia e iniciar imediatamente a PQT para hanseníase.
 - d) Realizar exame clínico solicitar baciloscopia e iniciar imediatamente a PQT para hanseníase e Prednizona.
- 10- Descreva o quadro clínico laboratorial da hanseníase da infância.

11- Na Hanseníase são considerados como formas paucibacilares:

- a) Hanseniana dimorfa;
- b) Hanseniana virchowiana;
- c) Hanseniana neural pura;
- d) Hanseniana borderline;

12- É utilizado na Hanseníase:

- e) Teste de Montenegro
- f) Teste de fixação de complemento
- g) Teste de fita gomada
- h) Baciloscopia

13- Qual a forma de Hanseníase que é Multibacilar?

- a) Tuberculoide
- b) Dimorfa (Borderline)
- c) Neural pura
- d) Indeterminada

14- Qual dos medicamentos seguintes tem sido considerado útil no tratamento do eritema nodoso do leproso?

- a) Sulfapiridina
- b) DDS
- c) Talidomida
- d) Quinacrina

15- Entre os principais aspectos da hanseníase virchowiana temos:

- a) lesões em placa, eritematosas, com bordas bem delimitadas e, às vezes, acometimento de vários troncos nervosos.
- b) lesões infiltradas, com bordas mal delimitadas, baciloscopia positiva em quase 50% dos casos e, na maioria dos paciente, tendência a não responder bem ao tratamento.
- c) lesões infiltradas, eritematosas, acometendo extensas áreas do tegumento e na fase inicial da infiltração, quase sempre com baciloscopia negativa
- d) lesões infiltradas, eritematosas, bordas mal delimitadas na maioria dos casos, com baciloscopia sempre positiva e boa resposta ao tratamento.

16-Pacientes com hanseníase apresentando lesão única, pode ser utilizado esquema terapêutico com dose única. Neste tratamento são empregadas as seguintes drogas:

- a) Rifampicina, dapsona e minociclina
- b) Clofazimina, ofloxacina
- c) Ofloxacina, rifampicina e protionamida
- d) Ofloxacina, rifampicina e minociclina

17- Nos pacientes com hanseníase borderline-virchowiana e escrofuloderma será importante:

- a) Tratar a tuberculose e depois a hanseníase
- b) substituir a rifampicina pela ofloxacina e tratar o escrofuloderma com as medicações habitualmente recomendadas
- c) Não modificar os esquemas terapêuticos das duas enfermidades; os tratamentos são realizados simultaneamente
- d) Tratar a hanseníase e depois o escrofuloderma, face às graves lesões nervosas que a hanseníase BV pode apresentar

18-Para o tratamento correto da hanseníase virchowiana, segundo as normas do Ministério da Saúde, devemos sempre realizar:

- a) Baciloscopia e índice baciloscópico
- b) Exame anatomopatológico
- c) Baciloscopia (o índice baciloscópico não é necessário) somente para fins de diagnóstico, não sendo necessário repeti-la durante e ao final do tratamento
- d) Exame anatomopatológico e baciloscopia (sempre com índice baciloscópico)

19) Nos pacientes virchowianos que apresentem sorologia positiva para o HIV, o tratamento:

- a) Deverá ser feito por tempo indeterminado;
- b) Deverá ser feito, no mínimo, durante 10 anos;
- c) Será feito durante 1 ano, e o paciente terá alta;
- d) Deverá acrescentar outros antibióticos para evitar-se a possibilidade de recidiva;

20-No tratamento da hanseníase BB:

- a) A duração do tratamento será de 1 ano, mesmo que a baciloscopia seja positiva ao final do tratamento;
- b) A duração do tratamento será de 3 a 5 anos;
- c) O tratamento deverá ser realizado até a negatificação completa da baciloscopia;
- d) A reação de Mitsuda será fundamental para o tempo de tratamento;

21) Entre os principais efeitos colaterais da talidomida, temos:

- a) Ilete, amiotrofias e metemoglobinemia;
- b) Distúrbios neurais periféricos, efeitos teratogênicos e constipação intestinal;
- c) Lesões neurais permanentes, lesões musculares e comprometimento oftalmológico;
- d) Lesões neurais, somente após doses altas (acima de 20g), e sonolência;

22-Assinale a afirmativa falsa sobre Reações de Hipersensibilidade:

- a) O tipo 1 é mais comum na Forma T
- b) O tipo 2 é mais comum na forma L
- c) O tipo 1 deve ser tratado preferencialmente com Talidomida
- d) O tipo 2 ocorre por aumento da atividade dos linfócitos B

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)