

**PROGRAMA NACIONAL DE ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE: UM ESTUDO SOBRE
A AVALIABILIDADE DO PROGRAMA E DAS SUAS AÇÕES EM ÂMBITO
ESTADUAL E MUNICIPAL**

Victor Hugo Maia Valois Costa^a
Larissa de Amorim Cavalcanti^a
José Antônio Diniz Faria-Junior^a
Emy Guerra Kitaoka^a
Gisele de Sá Mascarenhas^a
Nildo Batista Mascarenhas^b
Camila de Andrade Nascimento^a
Renata Barbosa Paolilo^a
Fernanda Mota Ramos^b
Paula Myllane F. dos Santos Silva^a

Resumo

A hanseníase é uma doença infecciosa, de evolução crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae*. É uma enfermidade estigmatizante e tem um passado de discriminação e isolamento dos doentes. O presente estudo objetiva verificar a *avaliabilidade* do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase para uma futura avaliação sistemática. A coleta de dados foi feita por meio de entrevistas com informantes-chaves, nas esferas estadual e municipal de governo, e observação sistemática *in loco*, para posterior comparação com o preconizado pelo plano selecionado. Houve grandes diferenças na definição do Programa e de seus objetivos por parte dos gestores. Há reuniões avaliativas em quase todos os níveis do sistema; as informações quanto ao controle dos comunicantes e a adesão ao tratamento, entretanto, ainda são discordantes. Os recursos estão sendo repassados como o previsto pela legislação brasileira, mas a falta de uma verba destinada exclusivamente para o controle da hanseníase dificulta seu manejo. Evidenciou-se que treinamentos para os profissionais de saúde são realizados, no entanto eles ainda parecem insuficientes. Concluiu-se que o Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase é avaliável.

Palavras-chave: Hanseníase. Programa. Eliminação.

^a Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Estudantes de graduação de medicina.

^b Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Estudantes de graduação de enfermagem.

Endereço para correspondência: Victor Hugo Maia Valois Costa. Rua Marechal Floriano, n 106, apto. 702, Canela, Salvador, Bahia. CEP: 40110-010. victorhugovalois@hotmail.com

NATIONAL PROGRAM OF LEPROSY'S ELIMINATION: A STUDY ABOUT THE PROGRAM
AVAILABILITY AND ITS ACTION IN STATE AND MUNICIPAL SPHERES

Abstract

Leprosy is an infectious disease, of chronic evolution, caused by *Mycobacterium leprae*. It's a stigmatizing illness with a past of discrimination and isolation of patients. This study aims verify the availability of the National Program of Leprosy's Elimination for a future systematic evaluation of the Program. Data collection was done through interviews with key informers, in the statel and municipal levels of government, and systematic observation *in-loco*, for posterior comparison with the recommended by selected plan. There was a large variability in the definition of the Program and its goals by the managers. There were evaluative reunions at almost every system level; the information about the control of contacts and treatment adhesion, however, are still discordant. The resources are being transfered like determined by the Brazilian legislation, but the absence of an exclusive sum designated for leprosy control make it difficult to manage it. It was evidenced that training for the health workers has been realized; however, it still seems insufficient. We conclude that the National Program of Leprosy's Elimination may be evaluated.

Key words: Leprosy. Program. Elimination.

PROGRAMA NACIONAL PARA LA ELIMINACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE HANSEN:
UN ESTUDIO DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA Y DE SUS ACCIONES EN EL ÁMBITO
ESTADUAL Y MUNICIPAL

Resumen

La Enfermedad de Hansen es una enfermedad infecciosa, de evolución crónica, causada por el *Mycobacterium leprae*. Es una afección estigmatizante y tiene una historia de discriminación y aislamiento de los enfermos. Este estudio tiene como objetivo determinar la evaluación del Programa Nacional para la Eliminación de la Enfermedad de Hansen para futura evaluación sistemática del Programa. La recolección de datos se realizó mediante entrevistas con informantes clave en los niveles estadual y municipal del gobierno, y observación sistemática *in loco*, para compararlos con las recomendaciones del plan seleccionado. Hubo gran variabilidad en la definición del Programa y sus objetivos por los gestores. Se realizan reuniones evaluativas en casi todos los niveles del sistema, la información relativa al seguimiento de los contactos y la adherencia al tratamiento, sin embargo, siguen siendo discordantes. Los fondos se transfieren de acuerdo a lo dispuesto por la legislación brasileña, pero la falta de fondos destinados exclusivamente para el control de la Enfermedad de Hansen dificulta su gestión. Se evidenció que la formación de los trabajadores de la salud se ha realizado, sin embargo, parece todavía insuficiente. Se concluyó que el Programa Nacional para la Eliminación de la Enfermedad de Hansen es evaluable.

Palabras-clave: Enfermedad de Hansen. Lepra. Programa. Eliminación.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infecciosa, de evolução crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae*. Acomete principalmente os nervos e as extremidades do corpo e sua transmissão se dá pelo contágio das vias aéreas superiores, por meio de gotículas da fala, tosse e espirro.¹ O contato íntimo e prolongado, principalmente na convivência domiciliar com o doente bacilífero sem tratamento aumenta a possibilidade de se adquirir a infecção.¹ A doença é estigmatizante e, com seus determinantes sociais e históricos, tem um passado de discriminação e isolamento dos doentes.

Os dados do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador mostram que a doença ainda é grande motivo de preocupação. Em 2007, o Brasil contava com 2,18 casos por 10.000 habitantes;² a Bahia com 2,12 casos por 10.000 habitantes² e Salvador com 1,41 casos por 10.000 habitantes,² e sua incidência tem aumentado a cada ano.

Com a finalidade de minimizar o problema, o Ministério da Saúde desenvolveu o Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase, um conjunto de ações que visa orientar os diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde, segundo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), para fortalecer as ações de vigilância epidemiológica da hanseníase e desenvolver ações de promoção da saúde com base na educação em saúde.³

As ações do Programa são viabilizadas pelo Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em Nível Municipal 2006-2010. O Plano, que desenvolve suas ações em parceria com organizações não governamentais, governamentais, civis, nacionais e internacionais, busca a redução da endemia no Brasil por meio da disponibilidade e acessibilidade de serviços de controle da hanseníase a todos os indivíduos. Sua missão é ajudar os Estados e Municípios a atingir, em 2010, a eliminação da doença, ou seja, incidência menor que 1 caso para cada 10.000 habitantes.³ Seus objetivos são:

- atualização dos dados, essencial para a interpretação válida e confiável da magnitude e dos níveis endêmicos da hanseníase nas diferentes regiões do Brasil e da distribuição racional de medicamentos;
- redução da taxa de prevalência até a eliminação, pela cura dos pacientes e interrupção da cadeia de transmissão, que depende da capacidade do SUS de diagnosticar os casos na fase inicial da doença e tratá-los com poliquimioterapia padrão Organização Mundial de Saúde (OMS);
- redução da carga social da doença, que depende da detecção precoce para a redução de casos detectados com incapacidades físicas, além do tratamento adequado de incapacidades já instaladas.⁴

O Plano Nacional serve de base para o objetivo relativo à hanseníase no Plano Estadual de Saúde, qual seja: “Reduzir o coeficiente de prevalência de hanseníase para menos de 1 caso por 10.000 hab”^{5:6} e para a ação relativa à hanseníase, em conjunto com a tuberculose, no Plano Municipal de Saúde em Salvador:

Intensificação das ações de controle do Programa da Tuberculose e Hanseníase em Salvador, assegurando os insumos necessários e a capacitação para o diagnóstico precoce e tratamento nas unidades de saúde sob responsabilidade dos Distritos Sanitários.^{6:73}

A avaliação das intervenções e do programa é fundamental para verificar sua efetividade, adotar estratégias diversificadas e específicas, assim como contribuir para melhorar seu desempenho. Contudo, para possibilitar uma avaliação, o programa tem que ser avaliável. Portanto, torna-se imprescindível passar por um processo de *avaliabilidade* prévio para evitar gastos desnecessários no que se refere a tempo, recursos humanos e materiais que envolvem uma avaliação desse porte. *Avaliabilidade* é uma pré-avaliação realizada para identificar se um programa é bem concebido e consistentemente implementado de forma a poder submeter-se a uma avaliação sistemática.⁷

No processo de *avaliabilidade*, faz-se a análise exploratória de questões como: verificar objetivos do programa que não estão bem definidos ou que não ficaram claros para os profissionais que atuam nos diversos níveis; verificar a implantação que não foi feita conforme previsto no plano e que não há ainda tempo técnico para que os resultados esperados possam ter sido produzidos; analisar concepções distintas acerca dos objetivos do programa, assim como sobre os aspectos mais frágeis que requerem avaliação, bem como sobre os possíveis usos dos resultados obtidos pelos diversos gestores e profissionais responsáveis pela implementação do programa.⁸

Neste contexto, o presente estudo objetiva verificar a *avaliabilidade* das ações de eliminação e/ou controle da hanseníase no município de Salvador (BA) para uma posterior avaliação sistemática.

MATERIAL E MÉTODOS

Este artigo apresenta um estudo de *avaliabilidade* e a pré-avaliação do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase desenvolvido por alunos dos cursos de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), em trabalho prático apresentado à disciplina Políticas de Saúde (ISC-003). Espera-se que, após esta pré-avaliação, sejam desenvolvidas pesquisas científicas que, de fato, avaliem o Programa de maneira sistemática.

Inicialmente, foi realizada uma pesquisa no site do Ministério da Saúde (MS), da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e da Secretaria Municipal de Saúde de

Salvador (SMS), em que se procurou por programas ou políticas, nas três esferas de governo, que preconizassem ações de controle e/ou eliminação da hanseníase. Nesta busca, identificou-se, no Plano Municipal de Saúde de Salvador, ações previstas para eliminação da hanseníase (Módulo Operacional 1: Vigilância e Promoção da Saúde) e um plano em nível nacional para a eliminação desta enfermidade, intitulado *Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em Nível Municipal 2006-2010*, o qual foi escolhido como referência para o desenvolvimento deste estudo. Paralelamente a esta pesquisa, buscou-se, nas bases de dados online SCIELO e BIREME, artigos que versassem sobre a temática, com o objetivo de apreender a magnitude e a atual situação da hanseníase no Brasil e na Bahia, especialmente no município de Salvador.

A coleta de dados teve como propósito obter informações para realizar uma análise exploratória das ações de controle e/ou eliminação da hanseníase no município de Salvador (BA), para uma posterior comparação dos dados coletados com o preconizado pelo plano selecionado. Esta coleta foi realizada com o apoio de um roteiro de entrevista semiestruturado e de um roteiro de observação sistemática *in-loco*.

O roteiro de entrevista semiestruturado constou de 10 perguntas direcionadas a todos os informantes-chaves (**Apêndice A**). Estes foram pessoas envolvidas com ações de controle/eliminação da hanseníase e capacitadas nos níveis estadual e municipal (**Apêndice B**). Os participantes foram identificados pela inicial E, seguida de numeração aleatória, de modo a simplificar a apresentação dos resultados com base na análise das matrizes. O roteiro de observação sistemática constou de cinco itens de observação (**Apêndice C**) e foi utilizado em um hospital público e em um centro de saúde, ambos de referência para o tratamento da hanseníase em Salvador. Os informantes-chave foram profissionais dessas unidades. As entrevistas foram realizadas pela equipe deste estudo no período de 9/10/2008 a 6/11/2008.

Com a realização das entrevistas e da observação sistemática *in-loco*, procedeu-se a organização dos dados coletados em matrizes, de modo a facilitar sua visualização e análise. A organização dos dados nas matrizes e sua análise possibilitaram a manifestação de sete categorias, a saber: Em que consiste o Programa de Eliminação da Hanseníase: seus objetivos/a situação atual do programa; Relatórios e encontros periódicos para avaliação, controle e orientação de novas práticas; Preparo dos profissionais das Unidades de Saúde; Notificação de casos novos e banco de dados; Recursos financeiros; Ações sobre os comunicantes do paciente com hanseníase; Adesão ao tratamento.

RESULTADOS

Os dados originados das entrevistas serão expostos de acordo com as sete categorias citadas em "Material e Métodos". Observa-se complementaridade entre as respostas

dos entrevistados e também algumas discordâncias no que concerne à definição do Programa Nacional, às ações realizadas com os comunicantes e à taxa de adesão ao tratamento.

EM QUE CONSISTE O PROGRAMA NACIONAL DE ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE E SEUS OBJETIVOS/ANDAMENTO DO PROGRAMA

Na esfera local (Hospital e unidade básica de referência), obteve-se resposta apenas de E6, que conceituou o Programa como um conjunto de ações que busca atingir, após sucessivos adiamentos, a eliminação da doença em 2015. Esta depoente definiu parcialmente os objetivos, destacando as ações de diagnóstico e tratamento, além da busca de comunicantes. Acerca da situação atual do programa, respondeu que é precária, visto que a taxa de 40 novos casos por mês, detectados pelo hospital, é preocupante; o profissional do serviço concluiu que, com a atual incidência, dificilmente a Bahia atingirá a meta de menos de 1 caso para 10.000 habitantes.

Na esfera municipal, o entrevistado E4 respondeu que o Programa busca a eliminação da hanseníase em 2015 e discorreu acerca de sua estrutura física em Salvador, informando quais as unidades e o hospital de referência, sem destaque para os objetivos do plano. Afirmou que todas as unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) de Salvador deveriam atender e tratar a hanseníase. Sobre a situação atual do programa, a resposta foi de que está “em andamento”. Segundo o entrevistado:

“É um programa que visa detectar o maior número de casos possíveis e que tem como meta a eliminação da hanseníase até o ano de 2015. Conta com a participação de 6 unidades de referência e um hospital de referência, sendo que os 45 PSF da cidade deveriam atender e tratar a hanseníase.” (E4).

Na esfera estadual, encontrou-se a maior discordância entre as respostas. Um dos entrevistados, E3, respondeu que o Programa “[...] mede a força de transmissão recente da endemia e sua tendência”, sem discriminar seus objetivos, e respondeu que se encontra em atividade, porém depende do “[...] movimento político de reivindicação e de ações”. Todos os entrevistados (E1, E2, E3) ressaltaram a necessidade de uma equipe maior, pois o Programa é amplo. E2 definiu o Programa como “[...] um conjunto de normas e procedimentos em nível nacional focado na busca e cura de casos cujos objetivos são o alcance da incidência de 1 caso novo para 10.000 habitantes e o diagnóstico precoce.” A situação atual foi descrita por este entrevistado como “[...] em andamento e de forma célere”, enfatizando que, embora o número de casos esteja caindo, existem muitos novos casos em menores de 15 anos, o que é grave. E1 definiu o Programa como um pacto internacional que dá visibilidade à doença e intensifica as ações para sua eliminação, cujos objetivos são a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento,

reabilitação e divulgação de informações. A situação atual do Programa foi explicitada por este depoente como “[...] em andamento”.

RELATÓRIOS E ENCONTROS PERIÓDICOS PARA AVALIAÇÃO, CONTROLE E ORIENTAÇÃO DE NOVAS PRÁTICAS

Sobre a produção de relatórios e a realização de encontros, os entrevistados informaram:

Na esfera local, E5 não soube responder. Segundo E6 são realizadas reuniões mensais, quando é analisado o que foi feito e discutida a melhoria dos serviços prestados.

Na esfera municipal, E4 relatou que há reunião regular com diversos órgãos da esfera estadual, assim como reunião anual para avaliação geral. Também relatou a elaboração de relatórios de quatro em quatro meses, que são comparativos entre os mesmos períodos de anos anteriores, com análise das mudanças do padrão de incidência da doença, capacitação, atividades, supervisões e outros. O depoente revelou que os relatórios servem de guia para implementação de novas ações e que estão disponíveis apenas na Intranet.

Na esfera estadual, todos os entrevistados relataram encontros regulares regionais e municipais, especialmente em áreas endêmicas, denominadas por E2 e E3 de *clusters*; E2 referiu que os encontros são anuais e realizados pela Gestão de Avaliação Estadual da Hanseníase. Segundo E2, há relatórios trimestrais para prestação de contas e relatórios anuais “[...] com análise complexa de série temporal, compondo o relatório da SESAB, de prestação de contas à comunidade”. E3 relatou a elaboração de relatórios trimestrais para avaliar e divulgar resultados, assim como anuais, elaborados com o apoio das Diretorias Regionais de Saúde (DIRES), e ainda aqueles produzidos após cada visita de supervisão.

PREPARO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Os gestores da esfera estadual relataram que há um programa para treinamento dos profissionais. No entanto, os mesmos gestores referem também ineficiência e despreparo daqueles. E1 chega a citar a “falta de glamour” ao lidar com esta doença como motivo do afastamento e da falta de preparo dos profissionais. E2, E3 e E4 referem a alta rotatividade como possível causa na falha da capacitação. E4 afirma que a situação “[...] melhorou muito nos últimos anos”. Relata ainda que, no ano anterior, houve capacitação de todos os profissionais dos centros de referência. Na esfera local, E5 afirma contar com profissionais treinados e entrosados, enquanto E6 refere fazer treinamentos dos que lá trabalham, assim como de profissionais de outros centros, sem, contudo, ter a capacidade de avaliar a efetividade do treinamento prestado.

Os entrevistados apontam outras possíveis causas para o problema, como: graduação deficiente dos profissionais de saúde; insegurança por parte destes; estigma e desconhecimento da doença.

A observação da presença de material didático, como pôster, revistas e panfletos, além de datas reservadas para participação dos profissionais de saúde em eventos de atualização sobre o tema, permitiu verificar-se que há programas de treinamento para esses profissionais com o objetivo principal de estabelecer diagnóstico precoce e tratamento. Como citado pelos entrevistados, a alta rotatividade dos profissionais entre as unidades de saúde é um obstáculo à educação continuada.

NOTIFICAÇÃO DE CASOS NOVOS E BANCO DE DADOS

Houve concordância entre todos entrevistados em relação à notificação compulsória de casos novos e à inserção dos dados na rede do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), de responsabilidade dos municípios. Quanto à análise de dados, encontraram-se os seguintes resultados:

Na esfera local, constatou-se que a Unidade de saúde efetua controle mensal dos casos novos no livro de registros, e que o Hospital realiza controle por meio de fichas individuais preenchidas manualmente, todos os dias, e que são enviadas para a Vigilância Epidemiológica. Não existia banco de dados na unidade de saúde e no Hospital visitados.

Na esfera municipal, há análise mensal dos casos e bimestral do Boletim de Acompanhamento, mas o banco de dados encontra-se desatualizado, segundo E4. O entrevistado justifica esse fato pelo maior tempo demandado para registrar casos novos de outras doenças, em situações de epidemias, como a da Dengue e da Meningite Meningocócica. Referiu precária utilização dos dados.

Na esfera estadual, segundo os entrevistados E2 e E3, há análise semestral, com geração de boletim epidemiológico e relatórios que guiam planos e ações. Houve referência à baixa qualidade do sistema de dados, o que, segundo E1, poderia ser explicado pelo despreparo dos responsáveis por sua atualização. Segundo E3, há muitos casos de erros de digitação, fichas incompletas e falta de frequência na alimentação do sistema.

RECURSOS FINANCEIROS

Nas entrevistas, houve concordância nas respostas quanto à origem do recurso e ao método de repasse, principalmente na esfera estadual. E1, E2 e E3 relataram o repasse de verbas predominantemente pelo governo federal, acrescentando que o método de repasse

é fundo a fundo, como explicitado por E1 “O estado não intermedeia os recursos para os municípios. A transferência é fundo a fundo.” E2, E3 e E4 também relataram a inexistência de uma verba comprometida exclusivamente com o combate à hanseníase, ficando o destino da verba a cargo das prioridades municipais.

E2 e E4, nas esferas estadual e municipal, respectivamente, também citaram a participação de Organizações não Governamentais (ONG), como a Associação Italiana Amigos de Raul Follerau (AIFO), que repassam verbas destinadas à hanseníase. Parte dos entrevistados também relatou que os recursos são insuficientes. Tanto E4 quanto E6 relataram a precariedade dos recursos como fator importante no andamento do projeto.

AÇÕES SOBRE OS COMUNICANTES DOS PACIENTES COM HANSENÍASE

Nas entrevistas, o grau de convergência quanto às ações a serem realizadas sobre os comunicantes foi baixo. Todos os entrevistados, porém, tinham conhecimento de que o controle e a busca dos comunicantes é uma atribuição das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e que as atividades devem ser orientadas pela Vigilância Epidemiológica do Município. Os resultados encontrados sobre este tópico são os seguintes:

Na esfera local, a Unidade de Saúde nada soube informar, quando inquirida, acerca das ações sobre os comunicantes. Segundo E6, “Atualmente, os comunicantes são sinalizados pelos próprios pacientes; não há agentes comunitários para a realização de busca ativa.” O que ocorre neste hospital é a orientação dos pacientes com contactantes afetados pela doença, para que se apresentem nas unidades de Saúde.

Na esfera municipal, segundo E4 “Ao se identificar e notificar um caso, os comunicantes devem ser identificados, vacinados e, no caso daqueles que não comparecerem à Unidade de Saúde, deve-se realizar a busca ativa”. Os comunicantes são identificados e mapeados para realizar a profilaxia.

Na esfera estadual, segundo E1 “[...] o estado controla os municípios que não estão identificando os comunicantes [...]”. Acredita-se que esta ação sobre os comunicantes seja deficiente. O Estado analisa os dados e questiona o município quando há falhas. Segundo E2: “A partir de todo caso notificado, há visitas ao domicílio para buscar os comunicantes; isso faz parte da notificação”. Segundo E3: “Os familiares devem ser examinados e deve ser feita a profilaxia com BCG; [...] a vigilância epidemiológica e as unidades de saúde devem fazer esse controle.” Foi relatado que um dos problemas é a busca do paciente pelo tratamento em outro município. Um segundo problema seria a baixa qualidade do sistema, devido a erros nos dados, o que dificulta a detecção de falhas.

ADESÃO AO TRATAMENTO

Nas entrevistas, encontraram-se respostas vagas ou não exatas nos discursos de alguns entrevistados, quando perguntados acerca da taxa de adesão ao tratamento. No geral, a taxa de cura, segundo as respostas, está em torno de 75%, e a taxa de abandono em torno de 15%. Os resultados encontrados sobre esta variável são os seguintes:

Na esfera local, E6 respondeu que há uma taxa de abandono de 15 a 20%. Há uma ficha de controle, na qual se acompanha a retirada dos medicamentos pelos pacientes e realiza-se a Terapia Oral Assistida. Segundo E6 “[...] não há falta dos poliquimioterápicos. Às vezes faltam medicamentos para controle das reações hansênicas”. A falta destes medicamentos pode contribuir, em parte, para o abandono do tratamento. Segundo E5 “A taxa de adesão dos pacientes é boa, com alguns casos problema”. Quanto aos pacientes resistentes ao tratamento, as assistentes sociais realizam busca ativa.

Na esfera municipal, os entrevistados representantes da Vigilância Epidemiológica Municipal não souberam responder quanto à taxa de adesão ao tratamento e/ou possíveis motivos para o abandono.

Na esfera estadual, o percentual de cura na Bahia gira em torno de 70-90%. Relataram que é uma adesão relativamente alta para a duração da doença, a toxicidade do produto, o fato de a pessoa não poder expor-se ao sol, por mudar a cor da pele. Segundo E1: “[...] a taxa de abandono é menor que a taxa da tuberculose.” Segundo E2: “A taxa de adesão é elevada, apesar dos efeitos adversos dos medicamentos; isto deve ocorrer devido à garantia de cura.” Segundo E3: “Os percentuais de cura chegam a 70-90%; [...] a taxa de abandono deve-se à desorganização do serviço, ao estigma social e às dificuldades de transporte para recebimento dos medicamentos.”

Nas unidades de saúde visitadas, notou-se que as medicações poliquimioterápicas para o tratamento da doença e aquelas para controle das reações hansênicas estavam disponíveis. Observou-se ainda uma boa qualidade no atendimento, tanto por parte dos profissionais de saúde como de funcionários de outros setores das unidades. Entretanto, uma avaliação mais acurada da qualidade do atendimento teria de ser realizada por meio de entrevistas com os pacientes atendidos nessas unidades, o que não foi realizado nesta etapa deste trabalho.

Ainda há uma grande dificuldade de detectar-se a taxa de adesão ao tratamento devido à relativa falta de informações e de sistematização dos dados.

DISCUSSÃO

A grande variabilidade na definição do Programa de Controle da Hanseníase e de seus objetivos, por parte dos gestores, revelou que a própria concepção do Programa ainda não

está muito bem definida no entendimento da maioria deles, tanto na esfera municipal quanto estadual. Entende-se que, para executar um Programa de forma bem-sucedida, primeiro é necessário ter um aprofundamento naquilo a que ele propõe-se atuar (conhecer bem a realidade da situação presente) e então traçar metas bem definidas e alcançáveis.

Com base nas entrevistas, observou-se uma subutilização do banco de dados, tanto pela análise irregular de dados como por sua qualidade. Os próprios entrevistados apontaram possíveis causas para essa subutilização: pouco pessoal trabalhando diretamente com a hanseníase nos setores de Vigilância; implantação inacabada da descentralização no município, que permitiria melhor análise e uso de dados nas unidades; surtos epidêmicos de outros agravos, recrutando a mão de obra da hanseníase; mau preenchimento das fichas nas unidades de saúde e digitação errada, resultando em erros de dados. A alimentação do sistema de notificação, a análise dos dados e sua divulgação são essenciais para avaliar os resultados das políticas de saúde e nortear programas novos e ações em todas as esferas, inclusive local, bem como para informar à sociedade a situação da saúde da população.^{9,10} Assim, a existência de banco de dados eficazes e sua utilização correta são fatores diretamente relacionados com a avaliabilidade do Programa de Eliminação de Hanseníase.

Essa subnotificação talvez possa explicar os diferentes discursos encontrados não só entre os profissionais da “ponta” do sistema, e que convivem diariamente com o problema, como também entre aqueles que se encontram na direção e dependem dos registros de casos para saber do andamento do Programa.

É inquestionável a importância da regularidade da realização de relatórios e reuniões, pois eles constituem-se em mecanismos avaliativos dos resultados e ações, bem como a interação entre os diversos setores envolvidos no Programa. É proposta da Política Nacional de Atenção Básica realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados lançados, como parte do processo de planejamento e programação. Há reuniões avaliativas sendo realizadas em todos os níveis do sistema (com exceção da unidade de saúde de referência em hanseníase), o que fala a favor da avaliabilidade do Programa.¹¹

A discordância quanto ao controle dos comunicantes, com respeito ao que é preconizado nos documentos nacionais e sua prática no município de Salvador, tem como algumas de suas causas, já identificadas pelos próprios entrevistados: a falta de agentes comunitários que possam realizar a busca ativa dos comunicantes, e uma possível falta de compromisso de profissionais de saúde diretamente envolvidos com o paciente com hanseníase. Esses profissionais deveriam informar a seus pacientes sobre o risco para seus contactantes, e conscientizá-los da necessidade de estes comunicantes comparecerem às unidades de saúde para a profilaxia. O controle de comunicantes no município encontra-se insuficiente e necessita de investimentos.¹²

Os diferentes modelos de atenção à saúde contemplam ações de controle dos contatos, mas, na prática, estas não estão integradas às demais ações das unidades de saúde. O controle depende da busca ativa dos contatos, seu acompanhamento e disponibilização de informações sobre a doença e os modos de transmissão para a população em geral. A descentralização das ações coloca as equipes das unidades básicas de saúde e de saúde da família como principais pilares para a melhoria da qualidade da assistência e o real controle da endemia.¹³

O exame e encaminhamento dos contatos para a vacinação com BCG intradérmica constituem-se em medidas de controle a serem adotadas por todos. Um dos entrevistados citou um estudo realizado em um município hiperendêmico que apontou um número reduzido de contatos contemplados com vacinação. Pesquisa que analisou a situação dos comunicantes em Campinas (SP), verificou que a vacinação foi realizada em 23,8% dos comunicantes registrados.¹⁴

Estudo realizado em centro de referência em Alagoas encontrou que a maioria dos comunicantes era do sexo feminino, de faixa etária inferior a 29 anos, sem inserção no mercado de trabalho e cujos casos-fonte apresentavam a forma multibacilar da hanseníase,¹⁵ um perfil concordante com estudos desenvolvidos em outras regiões do Brasil. Dos 92 comunicantes identificados no período, 64,1% não seguiam o correto acompanhamento por motivos que variaram desde esquecimento, vergonha e falta de recursos financeiros.¹⁵ Outros problemas identificados: tempo de acompanhamento dos comunicantes ser superior ao dos pacientes; mudança de endereço na busca ativa e desconhecimento da relevância da atuação por parte dos pacientes e acompanhantes. Foi diagnosticada a doença em apenas um comunicante dos avaliados no estudo e a percentagem de vacinação completa foi similar a outros estudos.¹⁵

No município de Salvador, não se obteve informação sobre a porcentagem de comunicantes vacinados. Desta forma, observou-se que a profilaxia para os comunicantes dos pacientes com hanseníase é ainda bastante incipiente, e este fato é um contribuinte importante para a permanência da endemicidade da doença neste município. Seriam necessários estudos futuros que abordassem esta questão, principalmente para avaliar de que forma tem sido feita a profilaxia dos comunicantes em Salvador e quais as falhas que estão ocorrendo nesse processo.

No Brasil, a viabilidade do alcance da meta de eliminação (coeficiente de prevalência menor que 1 caso para cada 10.000 habitantes), encontra como principal barreira a existência de uma elevada taxa de abandono da terapia preconizada.¹⁶ Esta meta somente será alcançada com a recuperação dos casos fora de controle, bem como com o aprimoramento das condições operacionais da rede de serviços, reduzindo o número de casos de abandono verificados nos últimos anos.

Torna-se importante, neste contexto, incrementar as ações educativas nos serviços de atenção à hanseníase e estabelecer entre os profissionais de saúde e pacientes uma relação

harmoniosa e de confiança para um enfrentamento mais eficaz da doença. Um ponto positivo observado diz respeito ao fato de que todos concordaram que não há falta dos medicamentos poliquimioterápicos.

Os recursos do Piso da Atenção Básica (PAB) estão sendo efetivamente repassados, como previsto pela legislação brasileira. A falta de verba destinada exclusivamente para o controle da hanseníase, segundo os entrevistados, dificulta o manejo da doença. É necessário maior compromisso das esferas municipais com o combate à hanseníase. As verbas destinadas ao Programa acabam, muitas vezes, sendo direcionadas ao tratamento de outras doenças devido ao descompromisso da gestão municipal.

Observou-se em um dos hospitais pesquisados um grande fluxo de pacientes de outros municípios em busca de tratamento. Tal fato evidencia dificuldades na garantia do diagnóstico e tratamento na rede básica dos municípios de origem dos pacientes, que migram em busca de tratamento na capital do estado. Os recursos parecem ser insuficientes, segundo alguns entrevistados, o que dificulta o cumprimento das metas de controle e eliminação da hanseníase.

Quanto à capacitação profissional para o manejo da doença, evidenciou-se nas entrevistas que treinamentos são realizados, no entanto o número de profissionais capacitados parece ser incipiente ou, muitas vezes, há grande rotatividade ou falta de interesse pela doença. Estudo sobre o conhecimento e experiência dos cirurgiões-dentistas sobre hanseníase em Cárceres (MT), mostra que, a despeito de a maioria dos cirurgiões-dentistas afirmarem saber o que é hanseníase, grande parte tinha conhecimentos elementares sobre o assunto e o tinham adquirido principalmente na mídia, o que é inadmissível em um profissional de Saúde que visa a atenção integral ao paciente.¹⁶ Poucos foram os cirurgiões-dentistas que adquiriram conhecimento em cursos, mesmo sendo residentes de uma área hiperendêmica para essa doença e sendo a hanseníase uma doença que apresenta lesões específicas do aparelho buco-maxilo-facial. Dois fatores que se mostraram importantes na suspeita diagnóstica e encaminhamento dos pacientes com hanseníase foi o tempo de serviço na cidade maior que cinco anos e especialização após a graduação.¹⁷ É importante ressaltar que, desde sua inclusão nas Unidades de Saúde da Família, os Cirurgiões-dentistas, envolvidos diretamente na assistência integral a saúde, deveriam estar aptos para diagnosticar e saber encaminhar corretamente os casos de hanseníase atendidos pelas unidades,¹⁷ o que nem sempre ocorre.

Com relação à alta rotatividade, percebe-se que, na rede básica de serviços, os vínculos empregatícios são precários e temporários, o que vem dificultando a permanência dos profissionais por um tempo mais longo nestes serviços. Isto dificulta a criação de um vínculo entre o paciente e a equipe de saúde e também a capacitação dos profissionais, pois a dificuldade de

permanência no serviço tem um impacto negativo para o cumprimento das metas do programa, uma vez que se perde o investimento realizado na educação dos trabalhadores de saúde do serviço.

Por fim, o estigma ainda presente entre os portadores da hanseníase e a população em geral afasta os profissionais de saúde que não possuem o devido conhecimento sobre a doença. O estigma também pode ser apontado como um dos motivos da alta taxa de abandono e pela demora em procurar pelo serviço médico, o que acarreta mais sequelas e ônus social.

Possivelmente, esses sejam alguns dos motivos pelos quais muitos dos pacientes recém-diagnosticados ou em tratamento já apresentem sequelas da doença. A análise dos perfis socioeconômicos e demográficos de 37 pacientes portadores de hanseníase no município de Botucatu (SP) encontrou uma taxa de 35% (um pouco mais que um terço) de incapacidade física entre eles.¹⁸ A questão socioeconômica envolvida nesse aspecto está em que grande parte dos pacientes com deficiências físicas decorrentes da doença encontra-se na faixa etária economicamente ativa. Nesse estudo, identificou-se que 84% dos diagnosticados como portadores de hanseníase encontravam-se entre os 15-59 anos.¹⁸

No estado do Ceará, Brasil, foi realizado um estudo ecológico, no qual foram incluídos 165 municípios, com o objetivo de investigar a relação entre a incidência de hanseníase e determinantes ambientais e socioeconômicos.¹⁹ Nesse trabalho, o grau de desigualdade social, a maior média de anos de estudo entre os adultos (idade > 25 anos), o crescimento populacional, a porcentagem de crianças entre 7-14 anos que não frequentavam a escola, a pequena pluviosidade e a presença de ferrovias foram preditores de incidência de hanseníase. A baixa condição social leva a desigualdades nas condições de moradia, higiene e deficiência dietética que facilitam a disseminação de muitas doenças infecciosas.¹⁹ O paradoxo em que os municípios com maior número de anos de estudo entre os adultos têm maior incidência de hanseníase é explicado pelo fato de possuírem melhor infraestrutura para identificação e diagnóstico de novos casos. Os municípios mais secos possuem, em geral, uma economia menos estruturada, o que resulta em falta de profissionais de saúde. Por fim, a prevalência de ferrovias também foi um preditor da incidência de hanseníase, devido à ligação com outros estados do Nordeste, como Pernambuco e Paraíba, que possuem prevalência importante desta patologia.¹⁹

Todos os problemas discutidos apontam para as dificuldades a serem enfrentadas para o cumprimento das metas do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase. Dada a importância da hanseníase no município de Salvador e a conclusão de que o Programa é avaliável, sugere-se o avanço nos estudos para avaliar sistematicamente sua efetividade e eficácia, tendo em vista os pontos críticos levantados.

AGRADECIMENTOS

Ao professor Jairnilson Silva Paim, cujas orientações, contribuições, incentivos e experiência foram essenciais para a construção deste trabalho e para a formação profissional dos estudantes autores deste artigo.

REFERÊNCIAS

1. Focaccia R. Tratado de infectologia. 4ª ed. Rev. e Atual. São Paulo: Atheneu; 2010. v. I, p. 1047-82.
2. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Extraído de [<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinannet/hanseniose/bases/Hansbrnet.def>], acesso em [28 de junho de 2010].
3. Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal 2006-2010. Extraído de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hanseniose_plano.pdf], acesso em [16 de novembro de 2008].
4. Brasil. Ministério da Saúde. Ações e Programas. Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle da Hanseníase. Extraído de [http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21149], acesso em [11 de julho de 2009].
5. Bahia. Secretaria de Saúde da Bahia. Plano Estadual de Saúde. Extraído de [<http://www.saude.ba.gov.br/samu/Plano%20Estadual.pdf>], acesso em [11 de julho de 2009].
6. Salvador. Secretaria Municipal de Saúde. Plano municipal de Saúde 2006-2009. Extraído de [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pms-salvador_2006-2009.pdf], acesso em [11 de julho de 2009].
7. Patton, MQ. Qualitative research & evaluation methods. Thousand Oaks. London; New Delhi: Sage Publications; 2002.
8. Rossi PH, Lipsey MW, Freeman HE. Evaluation, a systematic approach. Beverly Hills: Sage; 2004.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica – Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. Brasília, 2007. Extraído de [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cad_at.pdf], acesso em [15 de novembro de 2008].
10. Brasil. Ministério da Saúde Guia de Vigilância Epidemiológica – Hanseníase. Brasília, DF. 2005. Extraído de [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/hanseniose_gve.pdf], acesso em [15 de novembro de 2008].
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 648/06: aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2006. Extraído de [<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao.php>], acesso em [1 de outubro de 2008].

12. Aquino DMC, Santos JS, Costa JML. Avaliação do programa de controle da hanseníase em um município hiperendêmico do Estado do Maranhão, Brasil, 1991-1995. *Cad. Saúde Públ.* 2003;19(1):119-25.
13. Dessunti EM, Soubhia Z, Alves E, Aranda CM, Barro MPAA. Hanseníase: o controle dos contatos no município de Londrina-PR em um período de dez anos. *Rev. bras. Enferm.* 2008;6(esp):689-93.
14. Carrasco MAP, Pedrazzani ES. Situação epidemiológica da hanseníase e dos seus comunicantes em Campinas. *Rev. Esc. Enferm. USP* 1993;27:214-28.
15. Vieira CSCA, Soares MT, Ribeiro CTSX, Silva LFG. Avaliação e controle de contatos faltosos de doentes com Hanseníase. *Rev. bras. Enferm.* 2008;6(esp):682-8.
16. Nogueira W, Marzliak MLC. Perspectivas da eliminação da hanseníase no Estado de São Paulo e no Brasil. *Medicina* 1997; 30(3):364-70
17. Cortela DCB, Ignotti E. Conhecimento e experiências do cirurgião-dentista sobre hanseníase em Cárceres, MT, Brasil. *Rev. Odonto ciênc.* 2008;23(3):243-50.
18. Duarte MTC, Ayres JÁ, Simonetti JP. Perfil socioeconômico e demográfico de portadores de hanseníase atendidos em consulta de enfermagem. *Rev. Lat-amer. Enferm. set./out.* 2007;(15):774-9.
19. Kerr-Pontes LRS, Montenegro ACD, Barreto ML, Werneck GL, Feldmeier H. Inequality and leprosy in Northeast Brazil: an ecological study. *Internat. J. Epidemiol.* 2004;33:262-9.

Recebido em 9.10.2009 e aprovado em 27.7.2010.

Apêndice A. Roteiro de Entrevista para a análise da Avaliabilidade do Programa de Controle da Hanseníase

1. Em que consiste o Programa de Eliminação da Hanseníase?
2. Você o considera em andamento? Por quê?
3. Vocês dispõem de algum relatório semestral ou anual sobre o desenvolvimento do programa?
4. São realizados encontros semestrais ou anuais para avaliação e controle das ações já realizadas e para orientar novas práticas dentro do programa?
5. Como são controlados os repasses de recursos financeiros para os municípios?
6. Os profissionais das unidades de saúde estão preparados para o diagnóstico e tratamento da hanseníase? Há estratégias para o preparo de mais profissionais?
7. Os novos casos de hanseníase são notificados? De que modo?
8. Vocês possuem banco de dados?
 - Caso a resposta seja “sim”: como ele é organizado? Quem analisa os dados e com que frequência? Os profissionais utilizam-se dele? De que modo o banco de dados contribui para o trabalho de vocês?
 - Caso a resposta seja “não”: por que vocês não possuem banco de dados? Quais os empecilhos para a instalação de um? De que modo a ausência do banco de dados prejudica o trabalho de vocês?
9. Há avaliação e/ou cadastro dos comunicantes do paciente com hanseníase? Quais as ações previstas para os comunicantes? Quais as realizadas? Como são registradas ou documentadas? Quem supervisiona, controla, acompanha e avalia?
10. Quais os níveis de adesão ao tratamento dos pacientes atendidos pela unidade?

Apêndice B. Lista de Entrevistados – Informantes-Chaves

E1, E2 e E3: Representantes da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB)

E4: Representante da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (SMS)

E5 e E6: Representantes do nível local (hospital e unidade de saúde)

Apêndice C. Roteiro de Observação

1. Observar se há medicamentos disponíveis nas unidades.
2. Observar se há um sistema de notificação de novos casos.
3. Observar se há um banco de dados.
4. Observar se há programas de treinamento de profissionais de saúde para o diagnóstico precoce.
5. Observar a qualidade do atendimento nas unidades de referência.