

CONCENTRAÇÃO DO ATENDIMENTO A PACIENTES COM HANSENÍASE EM MUNICÍPIOS DO ESTADO DO CEARÁ

Concentration of Hansen's disease patients care in the state of Ceará

Clara Maria Nantua Evangelista¹, Clodis Maria Tavares², Lindélia Sobreira Coriolano³, Sheila Maria Santiago Borges⁴, Duane Hinders⁵, Márcia Gomide⁶

RESUMO

Tem-se como objetivo deste estudo identificar os fatores que levam à concentração do atendimento de hanseníase em unidades de saúde da rede no estado do Ceará. Trata-se de uma investigação de caráter operacional, descritivo, realizada em três municípios do estado, referente aos anos de 2004 e 2005. Foram selecionados três municípios que apresentaram a maior taxa de detecção e de prevalência de hanseníase nos últimos cinco anos. Os dados foram coletados nas unidades de saúde com maior concentração de casos, bem como em uma unidade de saúde mais próxima e em uma mais distante geograficamente da unidade de maior concentração. Os dados foram analisados utilizando-se o programa EpiInfo 6.04d. Os fatores identificados como facilitadores da concentração nas unidades de saúde foram: (1) acesso dos usuários às unidades de saúde concentradas; (2) encaminhamentos inadequados por parte dos profissionais; (3) desconhecimento dos procedimentos de referência e contra-referência pelos profissionais de saúde e gestores; (4) treinamento inadequado ou insuficiente levando à insegurança no diagnóstico; (5) Aliança Municipal de Eliminação da Hanseníase sem atuação; (6) plano municipal inativo; (7) soluções “disfarçadas”.

PALAVRAS-CHAVE

Descentralização, organização de serviços, hanseníase

ABSTRACT

The objective of this research was to identify the main factors that lead to the concentration of Hansen's disease (HD) treatment in certain health centers in Ceará state public health network. This was an operational study of descriptive/comparative nature, conducted in three municipalities of the State over the period of 2004-05.

¹ Mestre em Saúde Pública. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. End: Av. Almirante Barroso, 600. CEP: 60.060-440 - Fortaleza - Telefone: 55-85-3101-5233, Fax: 55-85-3101-5216. E-mail: clara@saude.ce.gov.br

² Mestre em Saúde Pública. Professora Titular da Universidade Federal de Fortaleza – UNIFOR.

³ Especialização em Estatística em Saúde. Estatística da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará.

⁴ Especialista em Gestão Pública. Supervisora do Núcleo de Normatização da Atenção a Saúde do Adulto e Idoso da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará.

⁵ Diretor da LRA - The Leprosy Relief Association.

⁶ Doutora em Saúde Pública. Professora Adjunta do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina e do Instituto de Estudos de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Municipalities were chosen based on which ones had the highest new HD case detection and prevalence rates over the past five years. The data were collected in health centers with the highest concentration of cases, as well as in the closest and farthest in geographical terms from that center. The data were inserted into the Epi Info program, version 6.04a, and subsequently analyzed. The factors that were identified as having contributed towards the concentration in certain health centers were: (1) Access of users to the concentrated health centers; (2) Inadequate referral of patients by health professionals; (3) Lack of knowledge of referral and counter-referral procedures by health professionals and municipal health secretaries and other managers; (4) Inadequate or insufficient training which leads to uncertainty at the time of diagnosis; (5) Inactivity of a Municipal HD Elimination Alliance; (6) Municipal health plan not followed; (7) “Extra-official” solutions.

KEY WORDS

Decentralization, sealth service organization, hansen’s disease

1. INTRODUÇÃO

As políticas do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) têm como uma das diretrizes a descentralização das atividades para o serviço de atenção básica. Para tal, lançou-se o Plano Estratégico de Eliminação da Hanseníase em nível municipal para o período de 2006-2010. Esta estratégia preconiza que as atividades de controle da hanseníase estejam disponíveis e acessíveis a todos os indivíduos nos serviços de saúde mais próximos de sua residência, sendo um dos elementos principais desta estratégia o fortalecimento de uma rede eficiente de referência e contra-referência (Brasil, 2005). Entretanto, para que a descentralização dos programas de controle seja viável, requer-se planejamento de alocação de recursos e levantamento/diagnóstico das necessidades da população e, sobretudo, a definição de área de abrangência de uma unidade de saúde e o conseqüente conhecimento da população adscrita (Lapa *et al.*, 2006).

Esta ampliação de responsabilidades (NOAS-SUS 01/2001) define que os municípios tenham habilitação para a Gestão Plena da Atenção Básica Amplificada – GPBA (Brasil, 2001b). Em outras palavras, cada uma das unidades básicas de saúde municipais deve ser capaz de diagnosticar e tratar casos de hanseníase sem que precise obrigatoriamente encaminhar os pacientes a um serviço de referência. Para esta última opção, a unidade de saúde deve atuar pontualmente para a elucidação diagnóstica, tratamento de reações hansênicas, confirmação de recidivas, definição do uso de um segundo ciclo de tratamento, resolução das solicitações encaminhadas pela Unidade Básica de Saúde (UBS) e encaminhamento do paciente à sua unidade de origem. Esta conduta visa alcançar a descentralização do atendimento no vasto território brasileiro.

Desta forma, a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA-CE) vem buscando identificar situações de concentração de pacientes em determinadas UBS. Situação que deve ser evitada, pois compromete a qualidade das ações de hanseníase e foge da estratégia estipulada pelo Ministério da Saúde (MS). Diante deste cenário, esta investigação se propôs a identificar os motivos da concentração de usuários em determinados serviços básicos de saúde da rede do estado do Ceará referentes aos anos de 2004 e 2005, considerando-se como Unidade Concentrada aquela UBS que apresenta pelo menos um paciente fora da área de abrangência da unidade.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Esta pesquisa tem caráter operacional e descritivo. Os três municípios que fizeram parte desta pesquisa foram selecionados por apresentarem alta taxa de detecção e prevalência nos últimos cinco anos, sendo que um dos municípios está localizado no sertão central e os demais na região metropolitana do estado. Nestes, foram identificadas as UBS com maior concentração de casos. A partir destas, foram selecionadas: uma unidade mais próxima da UBS identificada como concentrada e outra localizada em bairro mais distante da unidade com casos de concentração. A cobertura do Programa de Saúde da Família variou de 81,0% a 92,0% nos três municípios no período da pesquisa.

Participaram da investigação pacientes em tratamento de hanseníase na UBS concentrada que estavam fora de sua área de abrangência. Todos os profissionais médicos e enfermeiros das unidades de saúde definidas na investigação foram incluídos na pesquisa. Os dados secundários foram coletados por meio de planilha e ficha informativa elaborada para a coleta sistemática dos dados. Foram aplicados questionários estruturados e auto-aplicáveis aos profissionais de saúde e questionários aplicados aos usuários. Nestes, se procurou identificar formas de conduta e procedimentos do serviço, bem como colher informações sobre o perfil e itinerário dos usuários, respectivamente. Os dados relacionados com a caracterização clínica dos usuários informantes foram coletados diretamente dos seus prontuários, definidos por amostragem sistemática tendo, no mínimo, 10,0% dos pacientes fora da área de abrangência. Os dados foram consolidados, processados e analisados usando-se o programa EpiInfo 6.04d.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo comitê de Ética em pesquisa do Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia (CDERM), em parecer CNS/MS nº196/96 emitido em 22 de setembro de 2005.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram desta investigação 31 profissionais de saúde dos três municípios. A média de idade dos profissionais foi de 39 anos, apresentando o mínimo de 23

anos e o máximo de 75 anos, sendo 10 (32,3%) do sexo masculino e 21 (67,7%) do sexo feminino. Destes, 17(54,%) são enfermeiros e 14 (45,2%) são médicos.

Dos 38 pacientes entrevistados nos três municípios, a média de idade foi de 47 anos, apresentando o mínimo de 16 anos e o máximo de 76 anos, sendo 22 (57,9%) do sexo masculino e 16 (42,1%) do sexo feminino. Segundo classificação operacional, 25 casos (65,8%) foram multibacilar (MB). Destes, 21 (84,0%) foram da forma virchowiana, três (12,0%) da dimorfa e um (4,0%) ignorado. Os paucibacilares (PB) contribuíram com 12 (31,0%) casos, sendo 11 (91,7%) com a forma tuberculóide e 1 (8,3%), indeterminada. Em relação ao grau de incapacidade, 15 (39,5%) pacientes apresentaram grau 0, 12 (31,6%) apresentaram grau 1 e dois (5,3%) dos pacientes apresentaram grau 2. Destes pacientes, nove (23,7%) não foram avaliados.

Dos 38 pacientes considerados como concentrados, 52,6% (20) informaram que não existe posto com tratamento de hanseníase próximo à sua casa. Poucos (7,9%, 3) ignoram se há posto mais próximo de sua residência ou não e 39,5% (15) relatam haver um posto mais próximo de sua residência. Estes números indicam uma realidade que está longe de ser a preconizada pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS - SUS 01/2001), a qual recomenda a disponibilização do tratamento em todas as UBS, incentivando as pessoas a buscarem os serviços de saúde mais próximos à sua residência (Brasil, 2001a).

Entretanto, uma norma não é garantia de disponibilização ou aceitação do serviço por parte dos usuários. Estes apontaram diversos motivos para a não utilização de unidades mais próximas às suas residências, tais como a ausência do médico, resultado de exames e diagnósticos incorretos, posto inativo, ou por ter recebido encaminhamento de outra unidade, sendo este último o mais recorrente, justamente um dos pilares para a implementação da descentralização.

A decisão de ter um sistema nacional de saúde descentralizado, organizado a partir dos governos municipais com atendimentos em UBS disponíveis nos mais distantes centros urbanos, está na Constituição Federal de 1988 e na Lei 8.080 (Brasil, 2001b). Entretanto, há uma grande distância entre a realidade e o preconizado. Assim, mesmo que as ações de hanseníase estejam contempladas no Plano Diretor de Regionalização (Ministério da Saúde/NOAS), o qual determina que todos os municípios brasileiros ofereçam ações em hanseníase aos seus habitantes em todas as UBS, não se observou garantia da oferta desses serviços aos usuários. Esta não é uma discussão recente e, segundo Barbieri e Hortale (2005), esta tem como objetivo melhorar o desempenho institucional de forma a responder à demanda dos usuários, otimizando ao máximo os recursos públicos. Estes autores observaram que bons resultados administrativos decorreram da boa relação do gestor com os níveis hierárquicos inferiores imediatos e, à medida que estes se

afastavam hierárquica e geograficamente, as relações deixavam de influenciar, dando lugar ao cumprimento de decisões impostas, fragilizando os resultados. Esta fragilidade de resultados pode ser entendida aqui como a oferta incompleta do serviço, levando o usuário a escolher o que melhor lhe parece.

Dentre aqueles que escolheram a unidade de saúde para o tratamento, ou seja, a unidade concentrada foi encontrada como motivação de escolha e de manutenção nestas unidades, os principais motivos foram a ausência de UBS no bairro de origem (6), o melhor atendimento nestas unidades concentradas (3), o costume de freqüentar a unidade (2), o encaminhamento para exames de contato (4), o encaminhamento por outros motivos (13), a orientação por conhecidos ou parentes (2) e para recebimento da medicação (2). As motivações que levaram estes usuários a se manterem ou procurarem estas unidades concentradas são justamente aquelas situações em que o Ministério da Saúde pretende evitar com suas recomendações. O MS lançou em 2001 uma “Ação Mobilizadora Nacional”, visando à eliminação da hanseníase. Esta ação foi norteadada pela organização dos serviços de saúde e a descentralização prevista na NOAS/2001 utilizando novas estratégias de extensão de cobertura, por unidade de saúde, procurando vincular às equipes do PSF. Contudo, hoje se verifica que este ideário não foi totalmente alcançado (Santos, 2007), seja porque vincular equipes, que, neste caso, significa considerar as relações e os interesses dos atores envolvidos (Hortale *et al.*, 2000), seja porque os profissionais seguem também a lógica de interesse de outro mercado (Gerschman & Santos, 2006; Santos, 2007). Operacionalizar ações de controle e dos procedimentos de referência e contra-referência é a possibilidade de integração sustentável do serviço (Visschedijk *et al.*, 2003) e de minimização da concentração de casos.

Mesmo que as unidades (concentradas) estejam fora da área de abrangência, se o acesso a elas não é um problema para o usuário, nem pelo tempo gasto, nem pela forma de transporte, estas serão as escolhidas. Assim é que 52,6% (20) destes usuários de unidades concentradas dirigem-se a elas a pé, 21,1% (8) informaram ir de carro, 2,6% (1) relatam ir de ônibus. Para 15,8% (6) dos usuários, o transporte de escolha é a bicicleta e para 7,9% (3) o transporte é feito por moto própria, levando em média 25 minutos. Isto mostra que as UBS consideradas concentradas recebem pessoas que moram nas circunvizinhanças.

Certamente que o acesso fácil não é e nem está aqui sendo considerado como um problema, ao contrário. Entretanto, a ausência de unidades mais próximas às residências de metade dos usuários é um fator que pesa para a concentração de casos. Somando-se a isso, com a facilidade de acesso a essas unidades, o resultado é uma quase natural concentração de casos. O diálogo entre os envolvidos deveria, como aponta Deslandes (2005), ser mais resolutivo, centrado em comunicação

que articula expectativas com demandas partilhando decisões entre profissionais, gestores e usuários.

Confirmando a importância de oferta de todos os serviços preconizados para a hanseníase e do diálogo decisório na concentração ou não de casos, tem-se que 52,6% (20) dos usuários procederam de outras unidades e 47,4% (18) chegaram por demanda espontânea. Dos pacientes oriundos de outras unidades, 80,0% (16) chegaram por meio de encaminhamentos realizados pelo médico, 5,0% (1) devido à ausência do médico em sua área, 5,0% (1) para receber a medicação e 10,0% (2) não souberam responder. Dos pacientes que vieram de outras unidades, 70% (14) foram encaminhados por médicos, 20,0% (4) por enfermeiros, 5,0% (1) por agentes de saúde e 5,0% (1) vieram de outro município. Dos pacientes encaminhados, 65,0% (13) trouxeram algum documento de encaminhamento, 30,0% (6) não tinham nada e 5,0% (1) não souberam responder. Estes números corroboram a importância do processo decisório (Coelho & Paim, 2005), da oferta e de qualidade dos serviços nas unidades, tanto quanto a existência destas em 100% das áreas de abrangência.

Em 2005, os três municípios desta pesquisa tinham, segundo seus registros, 100% dos serviços com atividades de diagnóstico e tratamento de hanseníase. Porém, os dados sobre os procedimentos de referência e contra-referência indicam que há discrepâncias. O procedimento de referência e contra-referência é realizado por 45,2% dos profissionais. Dos que relatam tê-lo feito, 92,9% (13) realizaram encaminhamento para outro médico e 7,1% (1) para o enfermeiro da própria unidade. Quando a referência é para outra unidade, 77,8% (14) solicitaram o diagnóstico e 22,4% (4) relataram ser um procedimento da rotina do serviço.

Contudo, o índice de acerto nas questões relativas à referência e contra-referência é baixíssimo (25,8%, (8). Na medida em que os profissionais não sabem como proceder em relação à referência/contra-referência, torna-se difícil que este sistema funcione. Essa falha na operacionalização dos serviços não resulta do modelo, ou necessariamente dos profissionais ou gestores isoladamente, mas, sim, da falta de integração entre eles, já que o modelo se baseia nesse pressuposto (Lockwood & Suneetha, 2005).

Se considerarmos que parte dos profissionais também pode praticar a referência por insegurança de diagnóstico, essa situação se agrava. A insegurança não seria esperada, uma vez que os treinamentos foram oferecidos recentemente e com uma ampla participação (68,0% dos profissionais). Esta situação permite supor que os cursos são inadequados ou os profissionais não estão com disposição para o cumprimento das ações, ou ambos. Indica também a necessidade premente de se planejar uma estratégia de instrução (Aquino *et al.*, 2003; Santos-Filho, 2007) a todos os indivíduos envolvidos no serviço de controle da hanseníase

em relação ao processo de referência e contra-referência. Não bastará treiná-los e garantir-lhes segurança de diagnóstico se não conhecem um dos pilares do processo da descentralização, que é o fluxo de referência e contra-referência (Pedrazzani, 1995).

Em um dos municípios pesquisados, observou-se uma situação de ajuste pessoal aos procedimentos de referência e contra-referência, na qual somente o médico de uma única unidade de saúde era responsável pela realização do diagnóstico, avaliação do paciente e alta. Nos demais meses do tratamento, o paciente era encaminhado para a sua área de abrangência, sendo acompanhado pela equipe do PSF local. Segundo a NOAS, cabe a cada equipe do PSF a responsabilidade de desenvolver todas as ações de hanseníase para a população da sua área de abrangência (Brasil, 2001b). Esta “solução de disfarce” gera uma imagem de resolutividade para o município, mas não é sustentável e contribui para a irregularidade do acompanhamento dos pacientes, fugindo às recomendações preconizadas pela NOAS.

Se a implementação das alianças municipais de fato existisse, casos como estes talvez não acontecessem. Os três municípios apresentaram documentos comprobatórios da implantação da aliança. Porém, ao longo de 2003, 2004 e 2005, não cumpriram sua missão, acarretando uma desmobilização dos profissionais e da sociedade civil. A Aliança para a Eliminação da Hanseníase foi criada pela Portaria número 1838 de 09 de outubro de 2002 (Brasil, 2002) quando a hanseníase passou a estar na agenda de saúde pública do Brasil e a coalizão original se expandiu incluindo importantes participantes que a criaram. A composição da Aliança Municipal para Eliminação da Hanseníase envolve diversos segmentos da sociedade, destacando entre eles: Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN), Pastoral da Criança, representantes da Secretaria de Educação, Sociedade Brasileira de Dermatologia, Conselho Regional de Medicina, Enfermagem, Universidades, ONGs, representante do MS, além de setores da Secretaria Estadual de Saúde.

Assim é que a implantação da Aliança é uma importante estratégia para a prática da integralidade, viabilizando a operacionalização do programa e, conseqüentemente, acelerando a redução da carga da doença. Por isso, só a obediência às determinações nacionais nos documentos não é suficiente. Na prática, as determinações não acontecem e isso tem uma implicação direta no controle da hanseníase. A Aliança pode auxiliar desenvolvendo e articulando estratégias que estimulem e mantenham todos os envolvidos comprometidos com o controle da hanseníase, melhorando, assim, o empenho na realização das ações e procedimentos preconizados (Brasil, 2002). Assim, o fluxo da referência e contra-referência seria mais funcional, diminuindo a concentração de casos.

Uma Aliança, porém, não se faz por si só. Caberia aos outros níveis hierárquicos do Governo, o estadual, por exemplo, o papel de promover e estimular a prática das Alianças da mesma forma que deveria se colocar mais ativamente à frente dos Planos Municipais de Saúde, verificando, acompanhando e participando de sua implementação. Os três municípios desta pesquisa incluíram ações de controle da hanseníase em seus planos, conforme o preconizado, embora sem executá-los parcial ou integralmente. Talvez esteja faltando um “elo de ligação” que promova a comunicação (Costa-e-Silva *et al.*, 2007) entre todos os atores envolvidos, ou, como apontam Valentim e Kruehl (2007), a confiança se apresente como principal fator. Segundo estes autores, ela vem se mostrando fundamental para o bom desempenho de um Programa de Saúde. O diagnóstico situacional dos serviços de saúde indicou, por exemplo, que, no ano de 2004, um dos municípios na realidade apresentava apenas 28% das unidades de saúde com ações de diagnósticos e tratamento da hanseníase.

As diversas formas de funcionamento do programa e seus desvios das recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde formam um conjunto de ações que, à primeira vista, fazem com que os municípios pareçam estar implementando o processo de descentralização. Entretanto, a realidade é outra. Podemos dizer aqui que estes configuram uma situação aparente baseada em soluções disfarçadas. Estes arranjos mascaram o real procedimento das UBS, deixando o “nível estadual” com registros “virtuais” que encenam a obediência aos procedimentos relativos à descentralização das ações de controle da hanseníase. Estes arranjos são formas de organizar a operacionalização do serviço, principalmente no que diz respeito ao processo de referência e contra-referência. A funcionalidade deste é um bom indicador para se verificar o cumprimento dos procedimentos relativos à descentralização. Não se trata da distribuição de médicos ou da atuação de unidades que assumem o papel de referência. Estas soluções disfarçadas dizem respeito à forma de documentar e registrar a movimentação dos usuários, como, por exemplo, a circulação indevida de livros de registro ou cópias de prontuários transportados de uma unidade para outra.

O enfoque para o controle da hanseníase deve ser baseado na provisão de atenção de qualidade aos pacientes e deve ser de fácil acesso, considerando-se as dimensões sociais e políticas (Crevelim, 2005; Deslandes, 2005). Faz-se premente implementar mudanças na organização dos serviços de saúde para o controle da hanseníase no que diz respeito à atitude dos profissionais, sejam eles profissionais do atendimento, sejam os que atuam nas gerências ou serviços administrativos e operacionais. Assegurar diagnóstico e tratamento de qualidade, vigilância epidemiológica, notificação e seguimento correto da conduta de referência e contra-referência é um desafio que compete a todos os envolvidos. Os procedimentos de

referência e contra-referência não são bem compreendidos e como este é a base para a manutenção da descentralização das ações, enquanto não houver um entendimento amplo, por todas as categorias profissionais envolvidas, continuará havendo a concentração de casos, seja nas unidades básicas, seja nas referências.

4. CONCLUSÃO

Os fatores identificados como facilitadores da concentração nas unidades de saúde foram relacionados a três dimensões distintas que podemos agrupar em político-estruturais, de planejamento e operacionalização e de compromisso pessoal. A primeira dimensão estaria relacionada à Aliança Municipal de Eliminação da Hanseníase sem atuação, ao Plano Municipal inativo e à forma de acesso dos usuários as unidades de saúde concentradas. Na dimensão de planejamento e operacionalização, pode-se verificar a inadequação dos encaminhamentos por parte dos profissionais, o desconhecimento dos procedimentos de referência e contra-referência dos profissionais de saúde e gestores, bem como a realização de treinamento inadequados ou insuficientes levando a insegurança de diagnóstico. E, por fim, na dimensão relativa ao compromisso, destaca-se a prática das “Soluções disfarçadas”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AQUINO, D. M. C.; SANTOS, J. S. C.; JACKSON, M. L. Avaliação do programa de controle da hanseníase em um município hiperendêmico do Estado do Maranhão, Brasil, 1991-1995. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 119 - 125, 2003.
- BARBIERI, A. R.; HORTALE, V. A. Desempenho gerencial em serviços públicos de saúde: estudo de caso em Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1349 - 1356, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. *Instrução Normativa*. Brasília, Ministério da Saúde, 2001a.
- _____. Ministério da Saúde. Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS. *Portaria GM 095*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. 114p.
- _____. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 1838/GM* de 09 de outubro de 2002. Define diretrizes e estratégias para o cumprimento da meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde no Brasil até 2005. Brasília, Diário Oficial da União de 11 out. 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. *Documento final da comissão de avaliação da Atenção Básica*. Brasília, 2005. 36p.

COELHO, T. C. B.; PAIM, J. S. Processo decisório e práticas de gestão: dirigindo a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1373 - 1382, 2005.

COSTA-E-SILVA, V.; RIVERA, F. J. U.; HORTALE, V. A. Projeto integrar: avaliação da implantação de serviços integrados de saúde no município de Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Cadernos Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1405 - 1414, 2007.

CREVELIM, M. A. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 232 - 331, 2005.

DESLANDES, S. F. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. *Interface*. v. 9, n. 17, p. 389 - 406, 2005.

GERSCHMAN, S.; SANTOS, M. A. B. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. v. 21, n. 61, p. 177 - 190, 2006.

HORTALE, V. A.; PEDROZA, M.; ROSA, M. L. G. Operacionalizando as categorias de acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 231 - 239, 2000.

LAPA, T. M.; ALBUQUERQUE, M. F. P. M.; CARVALHO, M. S.; SILVEIRA JR., J. C. Análise da demanda de casos de hanseníase aos serviços de saúde através do uso de técnicas de análise espacial. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2575 - 2583, 2006.

LOCKWOOD, D. N. J.; SUNEETHA, S. Leprosy: too complex a disease for a simple elimination paradigm. *Bulletin of Public Health Organization*. v. 83, n. 33, p. 230 - 235, 2005.

PEDRAZZANI, E. S. Levantamento sobre as ações de enfermagem no programa de controle da hanseníase no estado de São Paulo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, v. 3, n. 1, p. 109 - 115, 1995.

SANTOS, N. R. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para a visualização de rumos. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 429 - 435, 2007.

SANTOS-FILHO, S. B. Perspectives of the evaluation of Brazil's National Health Humanization Policy: conceptual and methodological aspects. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.12, n. 4, p. 999 - 1010, 2007.

VALENTIM, I. V. L.; KRUEL, A. J. The importance of interpersonal trust for the consolidation of Brazil's Family Health Program. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 777 - 788, 2007.

VISSCHEDIJK, J.; ENGELHARD, A.; PETER, L.; GROSSI, M. A. F.; FEENSTRA, P. Leprosy control strategies and integration of health services: an international perspective. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1567 - 1581, 2003.