



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

MARIA LUCY LANDIM TAVARES FERREIRA

**A DEMANDA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA NACIONAL PARA
HANSENÍASE NO NORDESTE BRASILEIRO: POR QUE O
EXCESSO DE PACIENTES?**

FORTALEZA

2009

MARIA LUCY LANDIM TAVARES FERREIRA

A DEMANDA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA NACIONAL PARA HANSENÍASE
NO NORDESTE BRASILEIRO: POR QUE O
EXCESSO DE PACIENTES?

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública / Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Lígia Regina F. Sansigolo Kerr

FORTALEZA

2009

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- F442d Ferreira, Maria Lucy Landim Tavares.
A demanda de um centro de referência nacional para hanseníase no nordeste brasileiro: por que o excesso de pacientes?/ Maria Lucy Landim Tavares Ferreira. – 2009.
111 f. : il.
- Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2009.
Orientação: Profa. Dra. Lígia Regina F. Sansigolo Kerr.
1. Hanseníase 2. Acesso aos Serviços de Saúde 3. Atenção Primária à Saúde. 4 Descentralização. I. Título.

CDD 616.998

MARIA LUCY LANDIM TAVARES FERREIRA

A DEMANDA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA NACIONAL PARA HANSENÍASE
NO NORDESTE BRASILEIRO: POR QUE O
EXCESSO DE PACIENTES?

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública / Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Lígia Regina Franco Sansigolo Kerr (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. PhD. José Wellington de Oliveira Lima
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Max Victor Carioca Freitas
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Aos meus pais João (*in memoriam*) e Marta (*in memoriam*), pela minha vida e por terem me proporcionado chegar até aqui.

Ao meu marido Heraldo e aos meus filhos, Pollyanna e Heraldinho, pela compreensão e apoio na busca deste ideal.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado força para concluir este estudo.

Aos pacientes do Centro de Dermatologia Dona Libânia, que se dispuseram a participar desta pesquisa.

À minha orientadora Dra. Ligia Kerr, pela sua confiança e aprendizado.

À *Leprosy Relief Association* (LRA), na pessoa de Duane Hinders, pelo financiamento e apoio na realização deste estudo.

À Natalia Pontes e Débora Uchoa, pela coleta dos dados.

À Lucinha, Irismar e Araci por terem participado juntas na pesquisa operacional, um verdadeiro exercício de crescimento em equipe.

Aos meus irmãos Juca, Bel e Bola, pelo apoio e incentivo de todos os dias.

À Dra. Araci Pontes, amiga e presença constante em todos os momentos de angústia e alegria na condução e conclusão deste trabalho.

Ao Dr. Heitor Gonçalves, pela compreensão e apoio, e por ter proporcionado condições para cursar o mestrado.

Ao Renato Bezerra, pelas longas horas de digitação, por sua paciência e incentivo.

Aos funcionários do mestrado de Saúde Pública da UFC, Dominike e Zenaide, pelo apoio ao longo dos anos.

À Zuleika Câmara, cujo apoio foi fundamental para realização deste trabalho.

Aos meus colegas de Mestrado, em especial, a Carlos André, Fabrícia, Ângela, Kiliana e Edilma, pela atenção carinho e preocupação.

A todos que contribuíram para a concretização deste trabalho, meu muito obrigada.

RESUMO

Até 2000, o controle da hanseníase no Brasil foi verticalizado. Desde então, o processo de descentralização dessa doença deu início a ações que priorizaram o nível primário de atenção à saúde. Entretanto, a assistência ainda permanece centralizada em algumas unidades de saúde, como o Centro Nacional de Referência em Dermatologia Sanitária D. Libânia (CDERM), em Fortaleza, Ceará. O referido centro responde por 84% da detecção dos casos de hanseníase do Município. O objetivo deste estudo foi investigar os fatores associados à demanda excessiva de casos, em nível secundário de atenção, representado por esse centro de referência. Um estudo transversal foi realizado com 600 usuários, selecionados aleatoriamente nos ambulatórios do CDERM. Foram coletados dados socioeconômicos e demográficos sobre o conhecimento da doença e a percepção dos serviços. Oitenta e dois por cento dos participantes tinham baixa situação socioeconômica, 90% vieram encaminhados por outras unidades de saúde e 87% tinham a forma multibacilar. Sessenta e nove por cento receberam atendimento prévio em outras unidades de saúde, 49% jamais ouviram falar de hanseníase, 24% referiram sentir medo da doença ou terem sofrido discriminação, 39% dos usuários referiram que o atendimento ininterrupto no horário do almoço favorece a permanência no CDERM, 57% e 27%, respectivamente, referiram que a medicação complementar nunca faltou no CDERM e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Sessenta e um por cento consideraram que o compromisso dos profissionais no CDERM foi ótimo, contra 14% nas UBS. Os atores relatados pelos usuários, especialmente logísticos e de qualidade de atendimento e dos profissionais, poderiam explicar a concentração de usuários nesse centro de referência.

Palavras-chave: Hanseníase. Acesso aos serviços de saúde. Atenção primária à saúde. Descentralização.

ABSTRACT

Until 2000, the Leprosy control in Brazil was a vertically integrated program. After this date, the program was considered a priority for primary care. However, the program remained centralized in some reference centers such as the D. Libânia National Reference Center for Sanitary Dermatology, located in Fortaleza, Ceará, Brazil (CDERM), responsible for 84% of the case detection in this municipality. The goal of this study was to investigate the factors associated with use of these services, and the potential for integration into primary health care. A cross-sectional survey was conducted with 600 users randomly selected in the outpatient clinic of the CDERM with the objective of determining the factors associated with demand for these services. Social, economic and demographic data, knowledge about the disease and perception about the services were collected. Eighty two percent of the participants had low social and economic status, 90% were referred from other health units; 87% had the multibacillary form.

Sixty-nine per cent reported previous visits to other health units (HU). Fortynine per cent have never heard about leprosy, 24% reported fear of being discriminated against or suffering discrimination. Complementary medication was never missed for 57% treated in the CDERM and for 27% in other HUs. The commitment of the professionals was considered exemplary by 61% in the CDERM and by 14% in the other HUs. These facts reported by users, especially logistic ones and those related to the quality of the assistance and of the professionals might explain the concentration of users in this reference center.

Key Words: Leprosy. Access to health services. Primary assistance of health. Decentralization.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase por 100.000/hb, estados da federação - Brasil, 2007.....	28
Gráfico 2 - Coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase na população total e em menores de 15 anos de idade por 100.000/hb - Brasil, 2007.....	29
Gráfico 3 - Série histórica de casos novos e taxa de detecção de hanseníase no Ceará de 2001 a 2009.....	31
Gráfico 4 - Casos novos e coeficiente de detecção geral de hanseníase em Fortaleza de 1995 a 2008.....	33
Gráfico 5 - Proporção de casos novos de hanseníase, segundo unidades de atendimento de Fortaleza de 2005 a 2008.....	34
Gráfico 6 - Proporção de casos novos de hanseníase segundo a faixa etária no município de Fortaleza nos anos de 2001 a 2008.....	34
Gráfico 7 - Distribuição dos casos novos de hanseníase do CDERM, segundo procedência - 2001 a 2008.....	60
Gráfico 8 - Distribuição dos casos novos de hanseníase do CDERM, segundo modo de entrada.....	60
Gráfico 9 - Distribuição dos casos novos de hanseníase do CDERM, segundo faixa etária.....	68

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 - 10 <i>clusters</i> de casos de hanseníase, identificados por meio do coeficiente de detecção de casos novos no período de 2005 a 2007 - Brasil, 2007.....	30
Mapa 2 - Distribuição espacial da hanseníase no Ceará em 2008.....	32
Mapa 3 - Taxa de detecção de hanseníase em Fortaleza, no ano de 2006.....	35
Mapa 4 - Mapa do município de Fortaleza, por Secretarias Executivas Regionais.....	47
Mapa 5 - Distribuição dos casos notificados nas unidades de saúde do Município e no CDERM, segundo o local de residência de 2001 a 2008.....	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Situação das Equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde no Brasil – 2003 a 2007.....	44
Tabela 2 - Número de centros de Saúde existentes em Fortaleza, com atendimento a pessoas com hanseníase e que não apresentam casos por Secretaria Executiva Regional em 2007.....	48
Tabela 3 - Série histórica de casos de hanseníase notificados pelas unidades de saúde do município de Fortaleza – 2001 a 2008.	49
Tabela 4 - Distribuição de atendimentos por profissionais de saúde do CDERM – 2007.....	55
Tabela 5 - Características dos usuários entrevistados – CDERM, 2005....	68
Tabela 6 - Caracterização clínico-epidemiológica dos casos de hanseníase entre os usuários – CDERM, 2005.....	70
Tabela 7 - Características dos usuários quanto aos serviços públicos de saúde – CDERM, 2005.....	71
Tabela 8 - Aspectos relacionados aos serviços - CDERM, 2005.....	74

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
BPA	Boletim de Produção Ambulatorial
CDERM	Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia
CEVEPI	Célula de Vigilância Epidemiológica
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CN	Casos Novos
DNDS	Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Equipes Saúde da Família
ESP	Escola de Saúde Pública do Ceará
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LEM	Monitoramento da Eliminação da Hanseníase
MB	Multibacilar
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PACS	Programa Agente Comunitário de Saúde
PB	Paucibacilar
PNCH	Coordenação do Programa Nacional de Controle da Hanseníase
PSF	Programa de Saúde da Família
PQT	Poliquimioterapia
SER	Secretaria Executiva Regional
SESA	Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TD	Taxa de Detecção
UFC	Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	CAPÍTULO 1: A HANSENÍASE	15
2.1	A Trajetória da Hanseníase	15
2.2	Aspectos Históricos da Hanseníase no Contexto Mundial e Brasileiro	19
2.3	Configuração Epidemiológica: A Hanseníase no Brasil e no Ceará	27
2.4	Configuração Epidemiológica: A Hanseníase em Fortaleza	33
3	CAPÍTULO 2: PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA	37
3.1	Descentralização: Procedimento das Ações de Saúde no Brasil	37
3.2	Programa Saúde da Família	41
3.3	Programa Saúde da Família no Ceará	44
3.4	Descentralização das Ações de Hanseníase	45
3.5	Situação das Ações de Saúde em Fortaleza	46
4	CAPÍTULO 3: O CENTRO DE REFERÊNCIA	53
4.1	O Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia (CDERM): Entendendo a Demanda	53
4.2	Demanda	56
5	OBJETIVOS	62
5.1	Objetivo Geral	62
5.2	Objetivos Específicos	62
6	MATERIAL E MÉTODO	63
6.1	Lugar do Estudo	63
6.2	Desenho do Estudo	63
6.3	População do Estudo	64
6.4	Coleta de Dados	64
6.5	Aspectos Éticos	65
6.6	Análise dos Dados e Elaboração do Relatório	65
7	RESULTADOS	67
7.1	Caracterização Socioeconômico-Demográfica	67
7.2	Caracterização Clínico-Epidemiológica dos Casos	69

7.3	Características dos Usuários quanto aos Serviços Públicos de Saúde	71
7.4	Fatores relacionados aos Serviços	72
8	DISCUSSÃO	76
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
	REFERÊNCIAS	81
	APÊNDICE	89
	ANEXOS	97

1 INTRODUÇÃO

Ao longo das últimas décadas, a saúde pública no Brasil vem “tomando doses profiláticas”, no sentido de desenhar outra realidade que possa seguramente proporcionar à população melhorias na sua qualidade de vida. Conquistas importantes foram alcançadas, como a descentralização das ações de saúde e a definição das atribuições das Unidades Básicas de Saúde (UBS), dentre outras. Todavia, tais conquistas não se refletem quando o tema é a Hanseníase, haja vista que o Brasil detém uma posição incômoda e desfavorável na América Latina, pois em 2008, o País ainda ocupava o segundo lugar no mundo em novos casos da doença, perdendo apenas para a Índia (BRASIL, 2008).

Sabe-se que há fatores determinantes no processo saúde-doença que estão significativamente atrelados a aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais. O Ceará é um Estado “pobre”, pertencente a uma região carente do Nordeste brasileiro, tem com a hanseníase um forte vínculo devido às condições sanitárias da população, portanto não é de surpreender que ocupe o décimo lugar no *ranking* nacional em número de casos da doença e o terceiro na região Nordeste, com 2.551 novos casos registrados em 2008 (CEARÁ, 2008).

Contudo, o Estado vem buscando, nos últimos anos, delinear estratégias que possam reverter esse quadro. O Ceará foi um dos primeiros estados do Brasil a implantar um programa que iria alavancar para todo o País novas práticas e saberes sobre o trabalho de promoção da saúde preventiva. Assim, o Ceará instituiu um novo profissional de saúde, o Agente Comunitário de Saúde (ACS), sendo pioneiro tanto na criação do Programa de Agentes de Saúde (PAS) no Estado e, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em âmbito nacional, como também do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, tendo este último advindo do PACS (ANDRADE, 1998).

Apesar de o estado Ceará ser pioneiro em iniciativas que valorizam a promoção da saúde, Fortaleza não tem acompanhado esse processo na mesma proporção, permanecendo, no que toca à Hanseníase, com um quadro de centralização das ações de controle, onde se destaca o Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia (CDERM), que concentra cerca de 80% dos casos registrados no município. Os usuários chegam ao CDERM encaminhados pelas Unidades de Atenção Primária à Saúde, com motivos

desconhecidos. Desse modo, vai-se desenhando no CDERM uma concentração cada vez maior de usuários, o que implica em uma sobrecarga no quadro das atividades de assistência, com comprometimento de outras atividades que, também, fazem parte das ações prioritárias do Centro de Referência, como por exemplo, a pesquisa e o ensino.

A assistência aos casos de hanseníase que chegam ao CDERM, em sua grande maioria, deveria ser desenvolvida pelas Unidades de Atenção Primária à Saúde do Município, facilitando o acesso do usuário ao diagnóstico e tratamento precoces, prevenindo, assim, a instalação de deformidades, que acarretam em exclusão social e conseqüente diminuição da autoestima e da produtividade de uma parcela da população, que está, em sua maioria, em idade economicamente ativa.

Nesse contexto, entende-se que há necessidade de um estudo que identifique possíveis fatores condicionantes da demanda de usuários com diagnóstico de hanseníase no CDERM. Há um interesse em identificar os aspectos que levam o usuário a procurar esse Centro de Referência, mas principalmente os motivos pelos quais as Unidades de Atenção Primária do município de Fortaleza encaminham usuários para o mesmo.

2 CAPÍTULO 1: A HANSENÍASE

2.1 A Trajetória da Hanseníase

A hanseníase é uma doença que, devido à intensidade de suas sequelas, acarreta perturbações emocionais e sociais tanto no paciente como na sua família. Ainda hoje, em pleno século XXI, a doença se caracteriza como um grande problema de saúde pública no Brasil (OLIVEIRA; ROMANELLI, 1998).

A doença afeta significativamente a vida cotidiana dos indivíduos, pois sua condição de doente, já é em si, assinalada, muitas vezes, por abandono, sofrimento e deformidades, gerando problemas psicossociais que advêm certamente de preconceito de ordem social (OLIVEIRA; ROMANELLI, 1998). As ações para eliminação da doença se baseiam, no que diz respeito à infraestrutura, na ampliação da rede de diagnóstico e atenção ao paciente através da descentralização das atividades para os serviços de atenção básica à saúde (LAPA *et al.*, 2006).

De acordo com Thalhari *et al.* (2006), a hanseníase é uma doença infecciosa crônica e degenerativa causada pelo *Mycobacterium leprae*, que lesa os nervos periféricos e, principalmente, a pele. O bacilo álcool-ácido resistente foi isolado, em 1873, pelo médico norueguês Gerhard Armauer Hansen, ficando mais conhecido por bacilo de Hansen. Com uma alta infectividade, sendo capaz de infectar grande número de pessoas, e baixa patogenicidade, de forma que poucos adoecem de fato. A hanseníase apresenta um quadro no qual 80 a 90% da população apresentam resistência natural à doença.

Para Shepard (1962), o bacilo é um patógeno não-cultivável em meios artificiais, podendo ser inoculado em pata de camundongo, fato alcançado pela primeira vez pelo próprio autor em 1960. Os bacilos apresentam reprodução lenta (a cada 12 – 28 dias) por divisão binária simples e encontram-se livremente nos tecidos, isolados ou agrupados em forma de globias no interior de macrófago. Sua transmissão ocorre pelas vias aéreas superiores, principalmente, por meio do contato íntimo e prolongado de um indivíduo infectado que não esteja em tratamento para outro suscetível, sendo os bacilos eliminados pelas secreções orais e nasais ao falar, tossir e espirrar (PEREIRA, 1999). Existem indicações de possibilidade de ocorrência de infecção indireta por meio do solo, da água ou da inoculação pela pele (VANBEERS *et al.*, 1996; KERR-PONTES *et al.*, 2004).

Características genéticas individuais determinam a resposta do hospedeiro à infecção pelo *M. leprae*, que pode ter como consequências a cura espontânea ou apresentar-se em formas não contagiantes (paucibacilares) e contagiantes (multibacilares). Entretanto, estudos apontam que, além dos aspectos genéticos, fatores como baixas condições sanitárias da população favorecem a manutenção da dinâmica de transmissão da doença. Os grupos socialmente excluídos são os mais acometidos e, neste contexto de baixas condições sanitárias, aspectos como tipos de moradia, número de habitantes por domicílio, tamanho da família e escolaridade, além de fatores nutricionais, influenciam diretamente no processo de condicionamento da incidência da doença em populações humanas. Portanto, os aspectos sociais e econômicos são reconhecidamente importantes e determinantes para a ocorrência da hanseníase (ANDRADE; SABROZA; ARAÚJO, 1994; KERR-PONTES *et al.*, 2004).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), um caso de Hanseníase é definido quando uma pessoa, com ou sem história epidemiológica e que requer tratamento quimioterápico específico, apresenta um ou mais dos seguintes critérios: lesão(ões) de pele com uma alteração da sensibilidade; acometimento de nervo(s) periférico(s) com ou sem espessamento, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas na área que corresponde ao território do nervo; baciloscopia positiva de esfregaço intradérmico (OMS, 1989). O diagnóstico é clínico, baseado na definição de caso. Pode ter apoio da epidemiologia e de laboratório - este último em locais com pessoal habilitado para os procedimentos requeridos para cada exame laboratorial, como por exemplo, a baciloscopia e a histopatologia. Vale observar que, frente à suspeita de caso da doença, a baciloscopia negativa não afasta o diagnóstico de hanseníase (OMS, 1989).

A OMS recomenda, para fins terapêuticos, a classificação operacional baseada no número de lesões cutâneas, sendo paucibacilar (PB) até cinco lesões e multibacilar (MB) com mais de cinco lesões (BRASIL, 2000a). A classificação de Madri, baseada nos aspectos morfológicos das lesões cutâneas, descreve quatro formas clínicas da doença: indeterminada, tuberculóide, dimorfa, virchowiana.

O bacilo da hanseníase provoca lesões que, além da pele, incidem no tecido nervoso periférico, constituído por terminações nervosas livres e troncos nervosos. Esse é o principal motivo de sua inclusão entre os problemas de saúde

que necessitam de atenção do Estado, pois esse acometimento pode levar à perda de sensibilidade, atrofia, paresias e paralisias musculares que, se não diagnosticadas precocemente e tratadas de forma adequada, evoluirão para incapacidades físicas permanentes, com deformidades visíveis, acarretando a diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos, aumentando o estigma e o preconceito contra a doença (OLIVEIRA *et al.*, 2007). Assim, o diagnóstico e o tratamento precoces são fundamentais para se evitar as deformidades que incapacitam o indivíduo para o exercício de suas atividades, ações e comportamentos cotidianos constituintes de suas relações e convivência no meio social e familiar (BRASIL, 2001b).

Costa (2007) observa que, nas últimas décadas, estudos assinalam que, além de se definir a hanseníase como uma ocorrência biológica, há uma preocupação em torno de se determinar a doença também como forte comprometedora de aspectos sociais, capazes de alterar toda a estrutura do indivíduo. A autora analisa que, além dos agravantes inerentes a qualquer doença de origem socioeconômica, na hanseníase a repercussão psicológica advinda das sequelas físicas da doença contribui para uma baixa autoestima e para o isolamento dos doentes, agravando o estigma resultante da pouca informação sobre a doença, que, até hoje, permanece envolta por muitos tabus e crenças originados de relatos históricos da antiguidade.

A hanseníase tem tratamento e cura. É importante observar que mesmo os doentes que estão em formas contagiantes passam a não transmitir a doença a partir do momento em que iniciam o tratamento regular, já que ocorre uma “quebra” da cadeia de transmissão (CUNHA, 2002). Desde a introdução das sulfonas a partir das observações de Faget em 1941, houve uma significativa evolução do tratamento da hanseníase, ocasionando uma revolução no controle da doença que passou a ser feito com atendimento ambulatorial, acabando-se com o princípio de isolamento compulsório do doente de hanseníase em hospitais-colônias para seu tratamento (VELLOSO; ANDRADE, 2002; AVELLEIRA; NERY, 1998).

O Brasil foi o primeiro país do mundo a utilizar associação de drogas para tratamento da hanseníase, combinando rifampicina e dapsona, esquema comumente chamado de Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária (DNDS). Em 1981, a OMS, alarmada com os altos índices de resistência à monoterapia com sulfona, recomendou como tratamento para a hanseníase a poliquimioterapia (PQT),

mas sua implantação gradual a partir de 1986, passando a único esquema nacional em 1991 (OMS, 1982).

No início dos anos 90, o Ministério da Saúde implantou a dose fixa de tratamento PQT, adotando o termo “alta por cura” para os doentes que completassem esse esquema dentro dos prazos estabelecidos: 6 doses para PB em até 9 meses e 24 doses para MB em até 36 meses. Já no ano de 1998, a OMS reduziu o tratamento MB para 12 doses fixas, a serem completadas em até 18 meses (BRASIL, 2000b).

Atualmente, pacientes com mais de cinco lesões, classificados como MB, recebem tratamento por 12 meses com PQT, composta por três medicamentos: rifampicina, dapsona e clofazimina. A presença de uma a cinco lesões leva a uma classificação como paciente PB e ao tratamento por 6 meses com dois medicamentos, a rifampicina e dapsona (BRASIL, 2002b).

Até o início de 1997, mais de oito milhões de pacientes haviam sido curados com a PQT, o que fez decrescer enormemente os coeficientes de prevalência da doença. Entretanto, os impactos da PQT sobre a cadeia de transmissão da doença não se confirmaram tão otimistas como fora previsto em 1991, o que foi demonstrado pelo aumento dos coeficientes de detecção anuais de casos novos. Além disso, sabe-se que a PQT torna o *M. leprae* inviável, porém não reverte as deformidades já instaladas. Portanto, para o controle eficaz da doença, além do tratamento farmacológico, são necessárias medidas de avaliação e prevenção das incapacidades físicas e o desenvolvimento de atividades de educação em saúde, reabilitação física, social e psicológica (INTERNATIONAL LEPROSY ASSOCIATION, 2002; MOSCHELLA, 2004).

De acordo com Pereira (1999), a hanseníase é uma doença de difícil controle, não somente pelo fato de não se dispor de vacina, mas também por apresentar sinais e sintomas que passam despercebidos pelo doente e pela equipe de profissionais de saúde que, muitas vezes, não são preparados para o diagnóstico precoce, além de apresentarem um forte componente de discriminação e estigma, doença negligenciada e de baixa priorização. Por outro lado, alguns possuem conhecimento para diagnosticar, mas acabam, no entanto, distanciando-se do problema e referenciando-o para outras unidades de saúde.

Segundo Cunha (2005), é preciso ter profissional de saúde capacitado, qualificado e motivado para desenvolver as ações de controle da hanseníase

(descoberta do caso, tratamento regular e exame dos contatos domiciliares). Nesse sentido, o governo mudou as grades curriculares das faculdades, para que as doenças priorizadas pelo Programa Saúde da Família (PSF) tivessem uma atenção especial durante a formação dos futuros profissionais. Dessa forma, a partir de 2004 iniciou-se o desenvolvimento de uma política nacional de saúde, sendo criado o Pólo de Educação Permanente, uma estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para formação e desenvolvimento de trabalhadores em saúde, agregando aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho, resolubilidade clínica e promoção de saúde.

O grande desafio é diagnosticar precocemente a hanseníase, ou seja, reconhecer o quadro clínico baseado nos sinais e sintomas característicos da doença e evitar o estágio avançado da mesma, possibilitando uma cura mais rápida. Acredita-se, portanto, que a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), juntamente com o restante da Equipe de Saúde da Família (ESF), interfira diretamente no diagnóstico, tratamento, acompanhamento e avaliação do paciente, constituindo-se um fator decisivo para a redução da prevalência da doença. Nesse contexto, as ações desenvolvidas pela ESF na dimensão da promoção da saúde proporcionam um elo de informação, educação e comunicação entre a Equipe e a comunidade. Será apresentada nova abordagem no Capítulo 2.

2.2 Aspectos Históricos da Hanseníase no Contexto Mundial e Brasileiro

O médico dermatologista Diltor Vladimir Araújo Opromolla, em seu artigo *Noções de Hansenologia*, assegura que “é difícil afirmar com certeza, a época do aparecimento de uma doença baseado em textos antigos, a não ser que haja uma descrição razoável da mesma, com citações dos aspectos que lhe são mais característicos” (OPROMOLLA, 1981).

Para Frohn (1933), as primeiras referências sobre a hanseníase são datadas do século VII a.C. Estudos mostram que seus primeiros registros são originários da Índia e do Egito, embora as citações bíblicas sobre o período em que Cristo viveu apontem muitos casos de hanseníase. No entanto, os estudiosos concordam que nem sempre são encontrados nesses textos antigos, uma descrição clara e precisa sobre a doença. O que se sabe é que na antiguidade a hanseníase era conhecida por *lepra*. Outras doenças de pele também eram chamadas assim,

supõe-se que por serem idênticas ou terem alguma relação com a *lepra*, uma vez que sua verificação era feita de forma inapropriada.

Remonta ao final do século XV a lei Strasbourg, a qual exigia que quatro pessoas (um médico, um cirurgião e dois barbeiros) fizessem o teste para a confirmação ou refutação da doença (teste de urina e sangue). Para o teste de sangue, por exemplo, era retirada uma amostra do indivíduo suspeito de ser portador da doença e depositada em um recipiente que continha sal. Se o sangue se decompusesse, o paciente era sadio; caso contrário, era considerado *leproso*. Depois disso, água fresca era derramada em um vaso e misturada com o sangue. Se a mistura dos dois líquidos fosse impossível, era porque se tratava de sangue de um *leproso*, assim como quando se juntava gotas de sangue ao vinagre e não ocorria formação de bolhas (CUNHA, 2005).

Na Idade Média, o doente era considerado pecador e os médicos consideravam a *lepra* uma doença contagiosa e hereditária ou oriunda de uma relação sexual consumada durante a menstruação. (PINTO, 1995). Na visão dos medievais, as principais causas da disseminação da doença eram o contágio, a hereditariedade, o clima e a alimentação inadequada. Portanto, a hanseníase teria se tornado endêmica devido à associação de fatores como as más condições de higiene, alimentação e moradia. Esses fatores tinham origem no rápido crescimento da população e sua concentração no confinado espaço das cidades medievais, favorecendo a promiscuidade e o desenvolvimento de várias doenças, inclusive da hanseníase (D'HAUCOURT, 1984).

Ainda observando as considerações de D'Haucourt (1984), além da deformidade física, característica da doença em seu estágio mais avançado, a falta de informações sobre seu modo de transmissão, controle ou cura e o medo da exclusão social contribuíram, certamente, para que a hanseníase se tornasse uma doença temida nas populações medievais. Aliás, não somente naquela época, mas atualmente ainda se constata preconceito com os doentes infectados.

O interesse pela hanseníase, sua etiologia e tratamento começou a se evidenciar na Europa a partir do século XVII, quando foram construídos os primeiros leprosários, pequenos hospitais ou casas para doentes de hanseníase, de responsabilidade e direção geralmente delegadas a religiosos (CUNHA, 2002). A Igreja Católica estabelecia as regras para o tratamento da doença, que consistia no isolamento do doente da população sadia (EIDT, 2000). Tal isolamento se dava

também por questões biológicas relacionadas à própria doença, na época sem qualquer controle, uma vez que se desconhecia qualquer forma de tratamento específico.

Durante os séculos XVIII e XIX, quase toda a Europa adotava o isolamento como tratamento para os hansenianos, constatando-se uma lenta e gradativa diminuição no número de doentes (EIDT 2000). Há evidências de que o desaparecimento da hanseníase, juntamente com o desaparecimento de muitas outras doenças infecciosas na maior parte do continente europeu, tenha ocorrido por causa da melhoria das condições socioeconômicas e de vida em geral, particularmente no que se refere à alimentação, às condições sanitárias e ao controle populacional, a exemplo também da tuberculose, que está igualmente atrelada a condições sociais e sanitárias, bem como da AIDS, que mudou o cenário mundial da saúde depois de seu aparecimento.

Ao mesmo tempo em que a hanseníase tendia ao desaparecimento na Europa, os focos endêmicos na Ásia e na África se mantinham, e introduzia-se a doença no Novo Mundo a partir das colonizações espanholas e portuguesas, principalmente devido ao comércio de escravos africanos, que parece ter sido o maior fator de expansão da doença nas Américas (BRASIL, 1989). No Brasil, assim como em outras regiões da América, não havia ocorrência de hanseníase entre os povos indígenas. A doença entrou, provavelmente, por vários pontos do litoral, com os primeiros colonizadores portugueses. O primeiro caso da doença foi notificado em 1600, na cidade do Rio de Janeiro, onde anos mais tarde seria criado o primeiro *lazareto* no Brasil. Após a ocorrência dos primeiros casos no Rio de Janeiro, outros focos da doença foram identificados na Bahia e no Pará (YAMANOUCHI *et al.*, 1993). O que se observa é que o tráfico negreiro parece ter influenciado no crescimento da doença no Brasil (MONTEIRO, 1987).

De acordo com Maurano (1944), após a introdução da doença por diversos pontos da costa brasileira, a infecção acompanhou a marcha da colonização, estendendo-se de Pernambuco para a Paraíba, Alagoas, Ceará, Maranhão, Pará e Amazonas, através da ocupação desses estados. De São Paulo a infecção teria acompanhado os bandeirantes para Minas Gerais, Mato Grosso e Goiás e também para os estados do Sul (MAGALHÃES, 1882).

A partir de 1831, médicos e estudiosos brasileiros contribuíram para o avanço da medicina com relação ao diagnóstico, tratamento e controle da

hanseníase no Brasil, em especial, com os estudos de Cândido Soares de Meirelles (CUNHA, 2002). Não havia no Brasil uma normatização quanto ao tratamento e procedimento em relação aos doentes acometidos pela hanseníase. Desde o final do século XVIII, todo o tratamento passou a ser realizado nos "lazaretos", locais destinados a abrigar os doentes de Lázaro, como eram chamados os *leprosos* (BRASIL, 1989). Devido ao aumento do número de casos de hanseníase e a proliferação de doentes, havia a necessidade de recolher estes doentes andarilhos. (CUNHA, 2002). A assistência com isolamento em hospitais ocorreu inicialmente com o apoio das Santas Casas de Misericórdia, sobretudo no Recife (1713), Rio de Janeiro (1740), Bahia (1755) e São Paulo (1789). (VASCONCELOS, 2007).

Segundo dados do Serviço Nacional de Lepra (1960), algumas ações vindas do legislativo foram tomadas no sentido de controlar a hanseníase, tornando-se obrigatório o isolamento dos doentes, decretado através de lei, em 1756, prática verificada no Rio de Janeiro. Em 1787, D. Rodrigo de Menezes assinou um decreto para o Hospital da Bahia; em 1838, foi estabelecida a obrigação do isolamento dos doentes no estado do Pará; em 1848, houve proibição do exercício de certas profissões; em 1883, expediu-se uma legislação apropriada, com a criação de Hospital Colônia, em Sabará, Minas Gerais.

Até o início do século XX, a hanseníase era endêmica na maioria das regiões brasileiras, alastrando-se de forma progressiva e tornando-se fora de controle. Nessa época, a expectativa de vida estava abaixo dos 40 anos. As condições de vida da população favoreciam, até então, esse quadro. Por outro lado, o atraso da medicina colaborou para que a situação chegasse a um ponto crítico (GOMIDE, 1991). Na década de 1900, entrou em vigor o Regulamento Sanitário da União, determinando a hanseníase como uma doença de notificação compulsória, aparecendo entre as treze doenças de notificação, ou seja, doença que requer um registro visando a um rápido controle de eventos que requerem pronta intervenção, colocando, desse modo, os doentes sob o domínio do poder público (GOMIDE, 1991).

Entretanto, a simples notificação, sem estar associada a nenhuma outra medida de controle seria apenas a indicação da existência de um doente, sem tratamento com o qual obtivesse a cura. Assim, os doentes continuavam a disseminar a doença para seus parentes e amigos e ainda tornavam-se alvo de olhares e da rejeição da população (SOUSA-ARAÚJO, 1946).

Em 1903, quando Oswaldo Cruz assumiu a Diretoria Geral de Saúde Pública, a legislação brasileira passou a contemplar as questões que mais afetavam a saúde como um problema de ordem social, devendo passar pelo crivo e interferência do governo para sua resolução. Naquele momento, a hanseníase passou a receber maior atenção do poder público e fazer parte dos programas governamentais de combate às doenças transmissíveis (VISSCHEDIJK *et al.*, 2003).

Em 1912, durante o I Congresso Sul Americano de Dermatologia e Sifilografia do Rio de Janeiro, o médico Emílio Ribas destacou a importância da notificação compulsória e de se tratar a hanseníase com rigor científico, aconselhando a ação conjunta do Estado, Municípios e comunidade para resolver a questão da doença no território brasileiro (BRASIL, 1989).

Em 15 de setembro de 1920, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública, pelo decreto nº 14.354, por Carlos Chagas, no qual foi instituída a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e de Doenças Venéreas, sendo implantadas as seguintes medidas: notificação compulsória e levantamento do censo de leprosos; fundação de Asilos-Colônias nos quais seriam confinados os leprosos pobres; isolamento domiciliar aos que se sujeitassem à vigilância médica e tivessem os recursos suficientes para a eficaz aplicação dos preceitos de higiene; vigilância sanitária dos comunicantes e suspeitos de lepra; isolamento pronto dos recém-nascidos, filhos de leprosos, em local convenientemente adequado onde seriam criados livres das fontes de contágio; proibição da importação de casos de lepra do estrangeiro; notificação de mudanças de residência de leprosos e de sua família; desinfecção pessoal dos doentes, dos seus cômodos, roupas e de todos os seus objetos de uso; recebimento das excreções dos doentes em vasos cobertos, contendo solução desinfetante e encaminhamento para o esgoto; rigoroso asseio das casas ocupadas por doentes e suas dependências; proibição ao doente de lepra de exercer profissões ou atividades que pudessem ser perigosas à coletividade ou que o colocassem em contato direto com pessoas, como ser amas de leite, frequentar igrejas, teatros, casas de divertimentos e lugares públicos como jardins, e ainda viajar em veículos sem o prévio consentimento da autoridade competente (QUEIROZ; PUNTEL, 1997).

As ações de saúde no controle de doenças continuaram a priorizar a construção de leprosários em todos os Estados endêmicos e o tratamento com óleo de Chalmougra. Nessa época, foram criados no Ceará dois leprosários: em 1928, o

Leprosário de Canafístula, mais tarde Antônio Diogo, situado no município de Redenção e, em 1942, o Leprosário Antônio Justa, em Maracanaú (CUNHA, 2005).

A primeira política explícita para o controle da hanseníase no Brasil, em 1920, teve início na Inspetoria de Profilaxia de Endemias Rurais, sem, no entanto, dispor de uma estrutura programática própria. De acordo com o modelo de saúde pública vigente, as ações eram voltadas para os aspectos biológicos, com o intuito de proteger a sociedade da transmissão das doenças. A inexistência de normatização explícita para a segregação foi combatida nessa primeira política, visto que predominava entre os higienistas a opinião de que o Estado deveria desempenhar uma ação saneadora através do isolamento compulsório dos hospitais asilos-colônias, iniciativa adotada pelo Estado de São Paulo, antes de sua implantação em âmbito nacional, em 1930 (VASCONCELOS, 2007).

Em 1941, com a nova reforma da Saúde Pública, foi criado o Serviço Nacional de Lepra, quando o problema dessa doença foi avaliado mais metódica e amplamente, como há muito exigia a gravidade da endemia hanseníase. Nessa época foram criados os dispensários, serviços ambulatoriais para investigação de casos novos e observação de casos suspeitos, que seriam internados se o diagnóstico fosse confirmado (OLIVEIRA, 2007).

O Governo Federal no período do Estado Novo, através de parceria com a sociedade, viabilizou a construção de grandes hospitais-colônias em todos os Estados endêmicos. Criou-se no governo de Getúlio Vargas o Serviço Nacional de Lepra, com grande plano nacional conduzido por Ernane Agrícola, baseado no tripé: leprosário, preventório e dispensário (SOUZA-ARAÚJO, 1956).

Não obstante essas instituições constituírem um conjunto de combate à *lepra*, apenas os leprosários foram priorizados pelo governo federal, sendo os dispensários mantidos pelos governos estaduais e municipais e os preventórios sustentados pelo setor privado (CUNHA, 2005).

Esse modelo de tratamento vigorou até a década de 1960, atuando da seguinte forma: os leprosários eram responsáveis por isolar os doentes para propiciar-lhes a cura e, principalmente, afastá-los do convívio com a população sadia; os dispensários elaboravam os exames periódicos dos comunicantes (família e outras pessoas que estabeleciam contato com o doente) e de novos casos da doença e os preventórios abrigavam os filhos sadios dos doentes, no sentido de educá-los e protegê-los. A função do preventório, considerada benemerente, ficou a

cargo de agregações privadas chamadas de Sociedades de Assistência aos Lázarus e Defesa Contra a Lepra (CURI, 2002). Destaca-se ainda, no Estado Novo, o estímulo dado à participação da sociedade no combate à hanseníase, através da criação de instituições filantrópicas como o Educandário Eunice Weaver, que abrigava crianças separadas dos pais doentes (OLIVEIRA, 1990).

Em 1950 (Lei nº 3542, de 11 de fevereiro de 1950), com o advento da quimioterapia sulfônica e o conseqüente fim do isolamento compulsório, foi criada a Campanha Nacional da Lepra no governo de Juscelino Kubitschek, instalando-se a política de desospitalização, onde os doentes poderiam sair dos asilos se assim o quisessem e o tratamento poderia ser feito em centros de saúde (VASCONCELOS, 2007). Instalou-se então, a partir de 1960, uma política de controle da hanseníase, baseada na descentralização do atendimento, aumento da cobertura populacional, tratamento ambulatorial com sulfona, controle de comunicantes e educação sanitária. Em 1964, com o término da Campanha Nacional da Lepra, essas ações foram transferidas do nível federal para o estadual, delegando aos governos dos estados a responsabilidade do controle da endemia (VELLOSO; ANDRADE, 2002).

Na década de 1970, iniciou-se a discussão acerca da descentralização e horizontalização dos serviços de saúde, dando origem à figura do posto de saúde como veículo de uma estratégia de aumento de cobertura das ações de controle das áreas programáticas do Ministério da Saúde, entre elas o tratamento da hanseníase (VELLOSO; ANDRADE, 2002).

Essa cobertura descentralizada das ações é um marco referencial no controle da hanseníase, através da municipalização dos serviços de saúde como componentes das diretrizes da campanha nacional contra a *lepra*. As atividades exercidas pelos hospitais–colônias passaram a ser efetuadas pelos ambulatórios, dispensários e unidades polivalentes de saúde (Posto de Higiene e Centro de Saúde), enfatizando-se também as atividades profiláticas do exame de contato. Pensando na extensão da cobertura da doença, a Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP) introduziu o atendimento às ações de hanseníase nas suas unidades de saúde, aumentando significativamente a cobertura, sobretudo no interior das regiões Norte e Nordeste (VASCONCELOS, 2002).

Em agosto de 1975, foi criada por meio de portaria a Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária (DNDS) e, no ano seguinte, com a edição da Portaria Municipal nº165 de 14 de maio, o termo hanseníase foi oficialmente assumido,

atendendo assim à recomendação da Conferência Nacional de Hanseníase, realizada em Brasília em fevereiro daquele ano. Foi nessa época, portanto, que a doença deixou de ser conhecida por *lepra*, passando a ser denominada hanseníase (OLIVEIRA, 2007). O que se percebia é que a representação simbólica da lepra expressava intensa estigmatização, tanto com relação à doença quanto ao doente (MOREIRA, 2003).

Para Costa (2007), a alteração do nome rompeu com sua historicidade. Essa mudança da nomenclatura remete ao imaginário social da *lepra*, carregada de uma representação bastante negativa. Machado (2009) chama atenção para as colocações da dermatologista Maria Leide de Oliveira, coordenadora do Programa de Hanseníase, quando afirma que “As pessoas ainda acham que *lepra* é uma coisa e hanseníase é outra, muito mais grave”.

Somente a partir de 14 de maio de 1976, o termo “hanseníase” passou a ser utilizado oficialmente no Brasil através da Portaria nº 165/BSB. O termo “lepra” foi então abolido por Decreto e, posteriormente, com a Lei nº 9.010 de 29 de março de 1995, passou a se estabelecer o seguinte enunciado: “Art. 1º:” “o termo Lepra e seus derivados não poderão ser utilizados na linguagem empregada nos documentos oficiais da administração centralizada e descentralizada da União e dos Estados-Membros” (CUNHA, 2005). Para Maria Leide, a troca de denominação da doença não foi bem explicada à população e somente nos anos 80 a hanseníase passou a ser assim mundialmente empregada (MACHADO, 2009).

Queiroz e Puntel (1997) ressaltam que, na década de 80, a política de saúde se direcionou no sentido de desativar os asilos e promover a integração do paciente à sua família. Entretanto, os profissionais que tratavam dos pacientes não estavam preparados para enfrentar o aparecimento de alguns imprevistos, como a grande resistência dos doentes em abandonar o asilo. Após anos de confinamento, muitos deles encontravam-se desadaptados ao convívio familiar e social e tiveram que continuar nos asilos em processo de desativação gradativa. Isso porque, conforme afirmado acima, a doença traz consigo o estigma de uma representação negativa e preconceituosa, excluindo o doente do convívio social e afetando-o psicologicamente. As deformidades e alterações físicas provocadas pela doença e a forte simbologia cultural e histórica contribuíram para que os pacientes isolados não retomassem sua vida cotidiana juntamente com a família e a sociedade (ALENCAR, 2006).

O Ministério da Saúde, a partir de 1978, instituiu o Programa Integrado de Controle à Hanseníase, tomando-se algumas iniciativas para adequar o programa às recomendações da OMS, através de ações como a reestruturação dos hospitais-colônias e introdução da poliquimioterapia. Nessa época, o processo de integração e controle de hanseníase nos serviços básicos foi iniciado no Brasil (BRASIL., 2002b) com ações que visavam à educação em saúde, acompanhamento de comunicantes e aplicação do BCG, detecção de novos casos, tratamento dos doentes e prevenção e tratamento das incapacidades físicas decorrentes da doença (VELLOSO; ANDRADE, 2002).

As unidades de saúde especializadas no tratamento da hanseníase transformaram-se em sobrevivências anacrônicas. A questão que se coloca é que qualquer unidade e qualquer médico deveriam ter condições de lidar com a doença. Todavia as ações de assistência têm sido gradativamente implantadas, uma vez que o tratamento da hanseníase ainda se encontra limitado a unidades especializadas. Talvez a falta de treinamento e preparo dos médicos para diagnosticar e tratar a doença seja um dos fatores ou talvez o principal obstáculo à efetivação da descentralização do tratamento da hanseníase e seu direcionamento para as unidades básicas de saúde (QUEIROZ; PUNTEL, 1997).

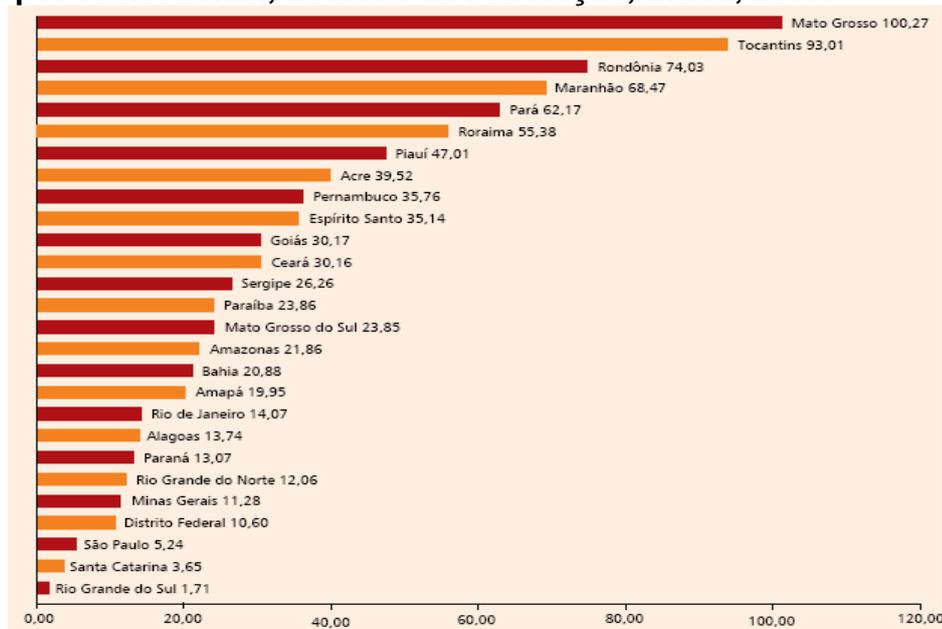
2.3 Configuração Epidemiológica: A Hanseníase no Brasil e no Ceará

O Brasil ainda não conseguiu eliminar a hanseníase, conforme pretendido em campanha no ano 2000. O País esteve, nas últimas décadas, em situação desfavorável no tocante ao controle e combate à doença, ocupando o segundo lugar no *ranking* mundial em Casos Novos (CN), perdendo apenas para a Índia, ocupando, conseqüentemente, uma posição incômoda no cenário mundial da saúde (MACHADO, 2009).

Com uma população atual de cerca de 186,4 milhões de pessoas, o Brasil apresenta, segundo dados da Coordenação do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) – do Ministério da Saúde, a média histórica de 47.400 CN por ano e um coeficiente de prevalência de 2,18 para cada 10 mil habitantes, bem acima da expectativa estipulada pela OMS, que é de um caso para cada 10 mil habitantes (BRASIL, 2009).

De acordo com os dados de 2007 do MS (Gráfico 1), é considerado endêmico o estado do Mato Grosso, com um coeficiente de detecção de 100,27/100 mil hab., seguido no *ranking* nacional por Tocantins (93,01/100.000), Rondônia (74,03/100.000), Maranhão (68,47/100.000), Pará (62,17/100.000) e Roraima (55,38/100.000), que fazem parte da Amazônia Legal, região historicamente vinculada ao crescente número de casos da endemia no Brasil. Nas regiões Sul e Sudeste foram registrados os valores de incidência mais baixos do território nacional: na primeira, o coeficiente foi de 7,44/100.000 em 2001, decrescendo para 6,45/100.000 em 2007 e, na segunda, o coeficiente foi de 14,06/100.000 em 2001, caindo em 2007 para 9,75/100.000 (BRASIL, 2009).

Gráfico 1 - Coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase por 100.000/hab., Estados da Federação, Brasil, 2007.

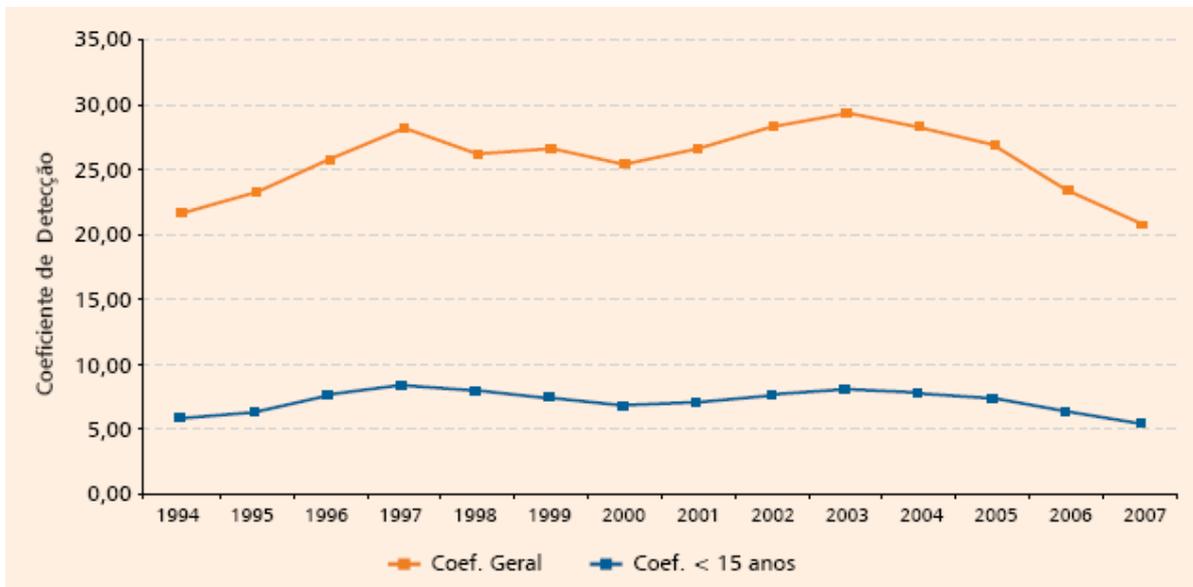


Fonte: Sistema Nacional de Atendimento Médico (SINAN)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/ Ministério da Saúde (MS).

Os dados apresentados acima evidenciam que a localização das regiões endêmicas está atrelada às baixas condições socioeconômicas da população, corroborando com o fato de que os fatores socioeconômicos como tamanho da família, habitação, escolaridade e alimentação, dentre outros, são reconhecidamente questões determinantes para a ocorrência da hanseníase (KERR-PONTES *et al.*, 2004).

Duas notícias recentes chamam atenção: a primeira é que houve uma redução no número de casos com deformidades ao se comparar os dados do ano de 2003, quando foram notificados cerca de 6 mil casos com incapacidades instaladas no diagnóstico, com números de 2007 que foram reduzidos para, aproximadamente, 3 mil casos. A outra notícia (de significado negativo) é a constatação das elevadas taxas de casos de hanseníase em menores de 15 anos, retratando uma expansão da transmissão da endemia. (MACHADO, 2009). (ver Gráfico 2).

Gráfico 2 - Coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase na população total e em menores de 15 anos de idade por 100.000 /hab., Brasil, 2007.



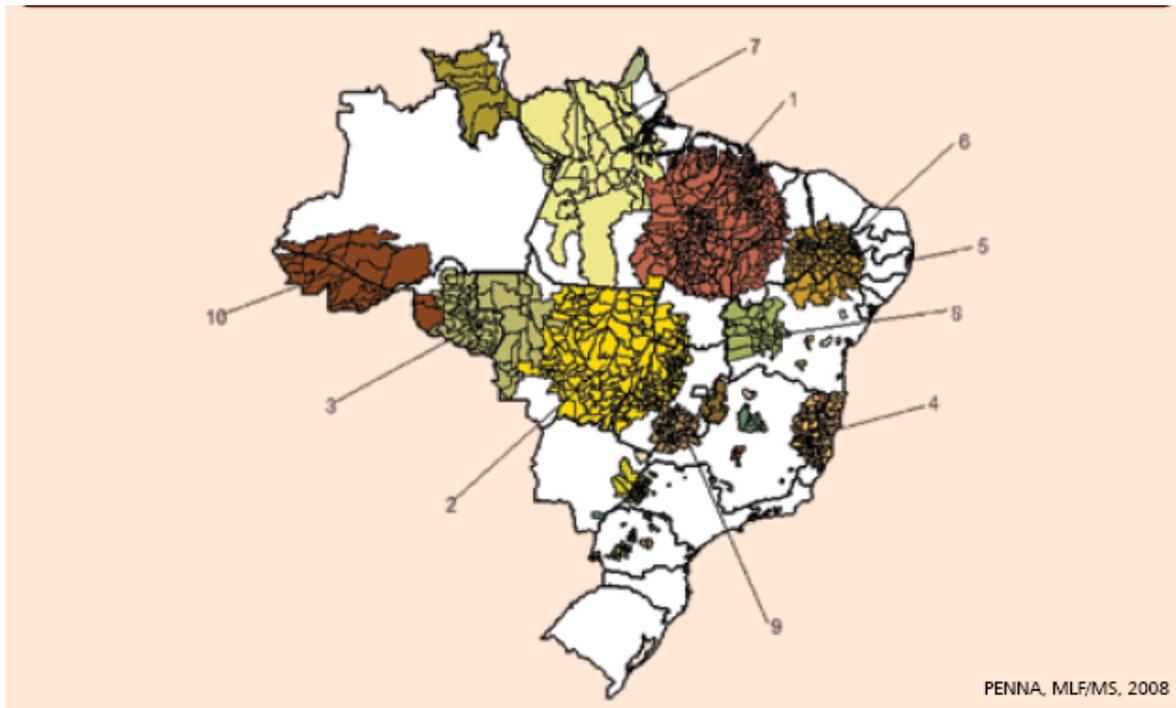
Fonte: Sistema Nacional de Atendimento Médico (SINAN)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/ Ministério da Saúde (MS).

De acordo com o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, a hanseníase é detectada em todas as regiões do país. Entre os menores de 15 anos, observa-se uma média de 7,6% do total anual de casos registrados em 2007, com um coeficiente médio de 5,32/100.000 hab, indicando a existência de focos ativos de transmissão da doença em algumas regiões do País (BRASIL, 2009).

Em 2008, o Ministério da Saúde definiu como *clusters* as áreas com maior risco de ocorrência de casos. A identificação dessas áreas permite o planejamento de ações do programa de controle para regiões em que a transmissão é maior, possibilitando o enfoque em espaços geograficamente contínuos e de maior efetividade epidemiológica. A abordagem por meio dos *clusters* evita que sejam ignoradas áreas silenciosas e priorizados municípios com aumento de casos

ocasionado pelo crescimento populacional e não por um maior risco de contaminação. Segundo o MS, há 10 *clusters* estatisticamente significativos, englobando um total de 1.173 municípios e apenas 17,5% da população do País, perfazendo um total de 53,5% dos CN detectados de 2005 a 2007 (BRASIL, 2009). (Mapa 1).

Mapa 1 - Os 10 *clusters* de casos de hanseníase, identificados por meio do coeficiente de detecção de casos novos no período de 2005 a 2007.



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

Fonte: Ministério da Saúde, 2007.

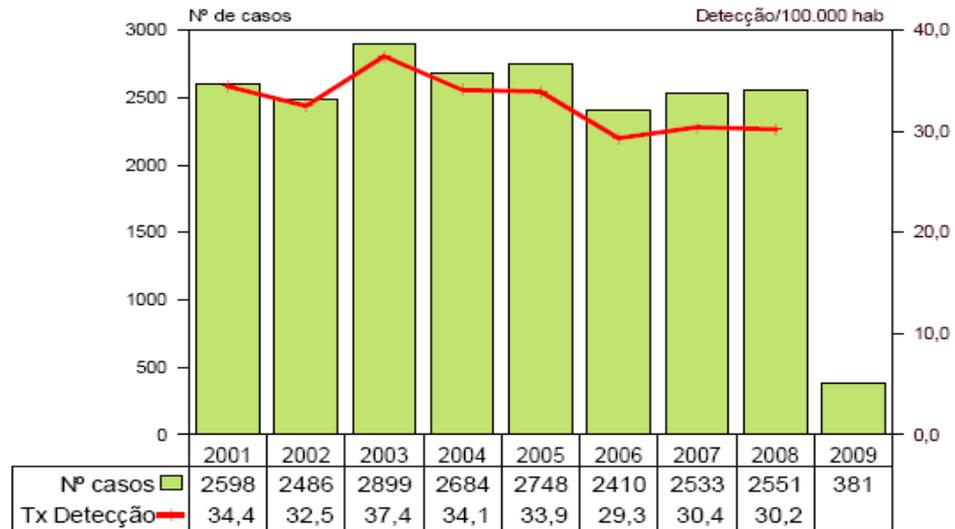
Em 2008, o Ceará, segundo dados do Boletim Epidemiológico (CEARÁ, 2008), registrou 2.551 casos novos, com uma taxa de detecção de 30,2/100 mil hab. (Gráfico 3), indicando um grave problema de saúde pública. O Estado é considerado uma área de alta endemicidade, com um coeficiente de detecção elevado. No *ranking* nacional, o Ceará ocupa o décimo lugar em número de casos e o terceiro do Nordeste, ficando abaixo somente do Maranhão e do Pernambuco.

Atualmente, o Estado do Ceará apresenta a seguinte situação epidemiológica (CEARÁ, 2008):

- Média de 2.614 casos novos detectados no período de 2001 – 2008;
- 6,7% dos casos novos são de pessoas com menos de 15 anos de idade;
- 57,3% dos casos novos são multibacilares;
- 47,0% dos contatos intradomiciliares foram examinados;

81,7% dos pacientes diagnosticados como MB/PB receberam alta por cura (coorte 2008).

Gráfico 3 - Série histórica de casos novos e taxa de detecção de hanseníase no Ceará de 2001 a 2009*

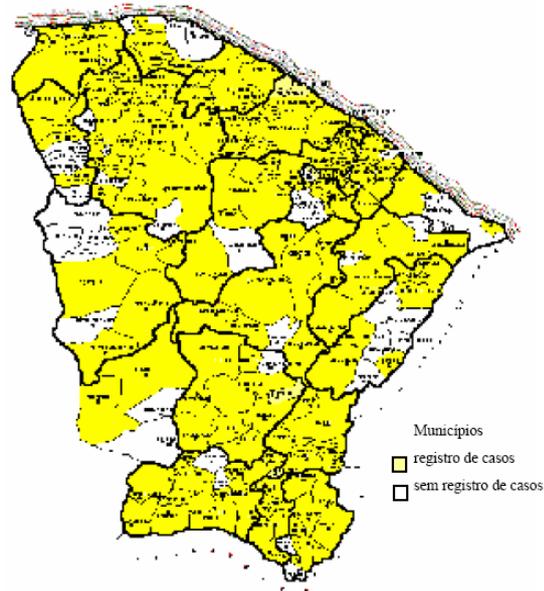


Fonte: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará / SINAN

* Dados parciais sujeitos à revisão

Os 2.551 casos novos notificados em 2008 estão distribuídos em 85,9% dos Municípios (Mapa 2), ocorrendo, dessa forma, uma interiorização da hanseníase. Acredita-se que nos Municípios sem registro de casos (14,1,8%) possa estar ocorrendo subnotificação, necessitando de investigação (FORTALEZA, 2009).

Mapa 2 - Distribuição Espacial da hanseníase no Ceará em 2008 *



Fonte: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará / SINAN. *Dados parciais sujeitos à revisão.

Em 2004, o Ministério da Saúde considerou sete municípios (Iguatu, Sobral, Juazeiro do Norte, Crato, Maracanaú, Fortaleza e Caucaia), dos 184 que o Estado possui, como prioritários para intervenção por responderem por 69% da carga bacilar da doença. (FORTALEZA, 2007). Já em 2007, o principal critério para a seleção de municípios prioritários foi o número de casos em menores de 15 anos por ordem de importância epidemiológica: Iguatu, Sobral, Crato, Juazeiro do Norte, Quixeramobim, Canindé, Maracanaú, Fortaleza, Pacatuba, Caucaia, Itapipoca e Cascavel (FORTALEZA, 2009).

Em 2008, os critérios foram alterados para incluir, além do coeficiente de detecção em menores de 15 anos, o de detecção geral, sendo selecionados no Ceará, 21 municípios prioritários, com base nos anos de 2006 e 2007. Tais municípios são: Brejo Santo, Canindé, Caucaia, Crato, Fortaleza, Iguatu, Itaitinga, Jaguaribe, Juazeiro do Norte, Lavras da Mangabeira, Maracanaú, Maranguape, Missão Velha, Pacatuba, Paracuru, Pentecoste, Quixeramobim, Santana do Acaraú, São Gonçalo do Amarante, Várzea Alegre (CEARÁ, 2008).

De acordo com o Informe Epidemiológico (CEARÁ, 2008) cerca de 14% (26) dos municípios apresentaram um coeficiente de detecção maior que 4,0/10.000hab., considerada uma taxa hiperendêmica com base nos padrões

estabelecidos pela OMS /MS. Nesse quadro, destaca-se o município de Antonina do Norte que apresentou, no período, um coeficiente de detecção de 15,71 /10.000.

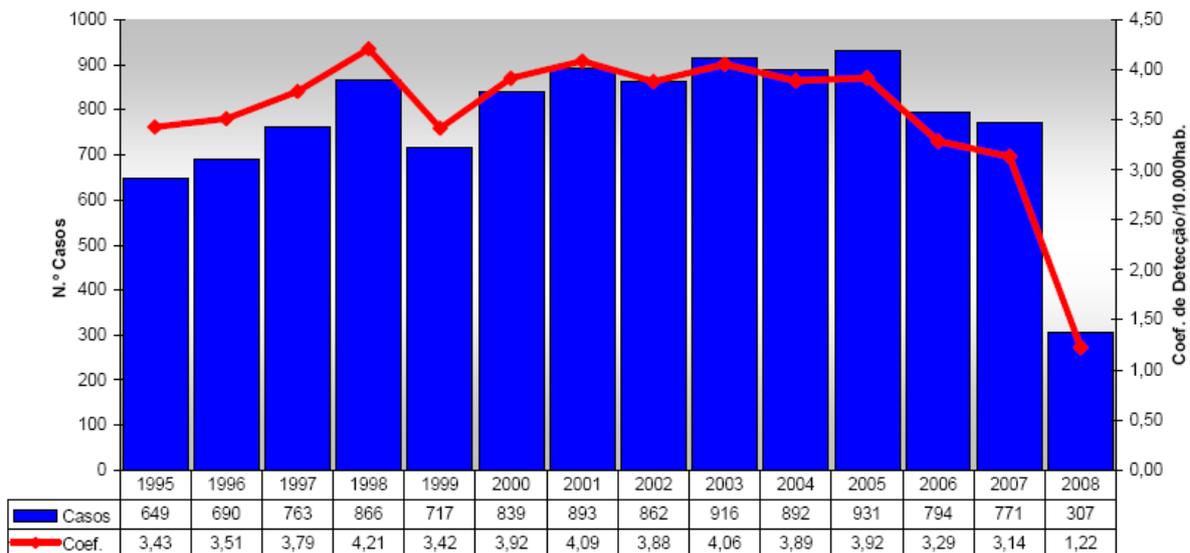
O fato de no Ceará ser elevado o número de casos novos na faixa etária de 0 a 14 anos é um indício de que a doença está em expansão no Estado (CEARÁ, 2008).

2.4 Configuração Epidemiológica: A Hanseníase em Fortaleza

Dados coletados no Informe Epidemiológico da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Fortaleza – 2008 revelam uma detecção crescente de casos novos, mantendo uma tendência de crescimento ao longo dos anos, com uma média anual de 900 casos (CEARÁ, 2008).

Ressalte-se que, no período de 1995 a 2008, o município de Fortaleza apresentou um coeficiente geral médio de 3,74 /10.000 hab.

Gráfico 4 - Casos novos e coeficiente de detecção geral de hanseníase em Fortaleza de 1995 a 2008*

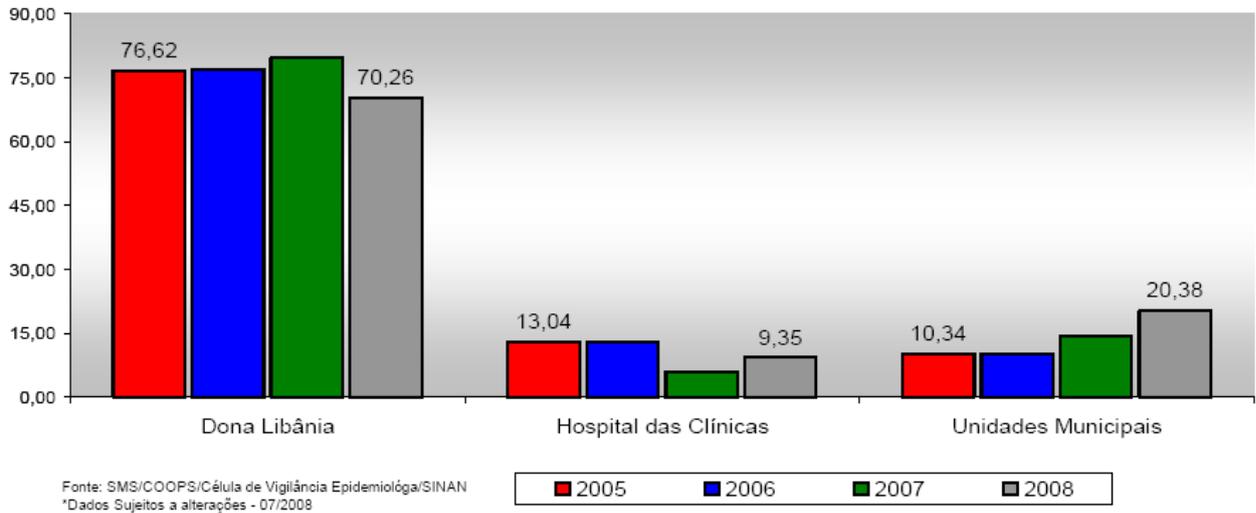


Fonte: SMS/Célula de Vigilância Epidemiológica/SINAN.

*Atualizados até 01/07/2008.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, houve um incremento nas atividades de notificação de CN nas unidades de saúde municipais em cerca de 10% nesse período. Entretanto, a grande maioria dos casos continua sendo diagnosticados no CDERM (CEARA, 2008).

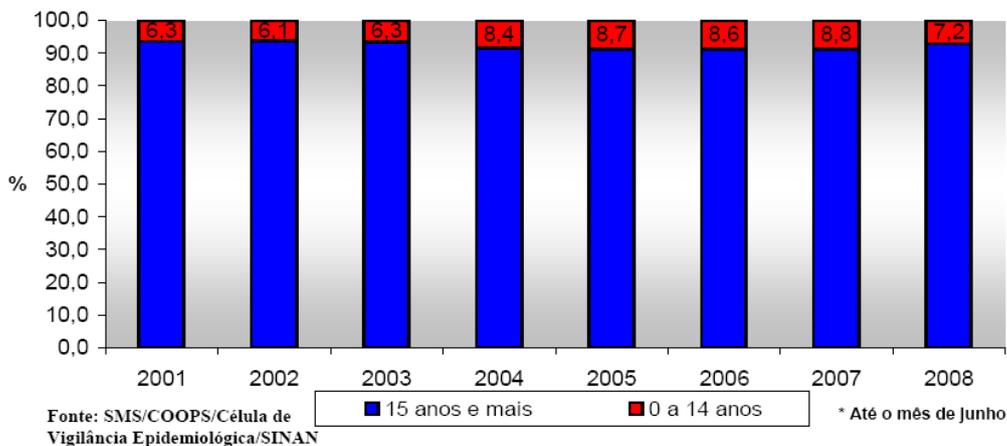
Gráfico 5 - Proporção de casos novos de hanseníase, segundo unidades de atendimento em Fortaleza de 2005 a 2008.



Fonte: Informe Epidemiológico, 2008.

Apesar da proporção de casos em menores de 15 anos ser sempre inferior a 10% do total de casos notificados no período, esse índice permanece alto para os padrões da OMS, uma vez que pela história natural da doença, essa faixa etária só adoece quando exposta à companhia de pessoas doentes sem tratamento (FORTALEZA, 2007). No período de 2004 a 2007, os valores foram acima de 8% e, no ano de 2008, chegou a 7,5%, sendo necessária uma intervenção direta nessa faixa etária.

Gráfico 6 - Proporção de casos novos de hanseníase segundo a faixa etária no município de Fortaleza nos anos de 2001 a 2008

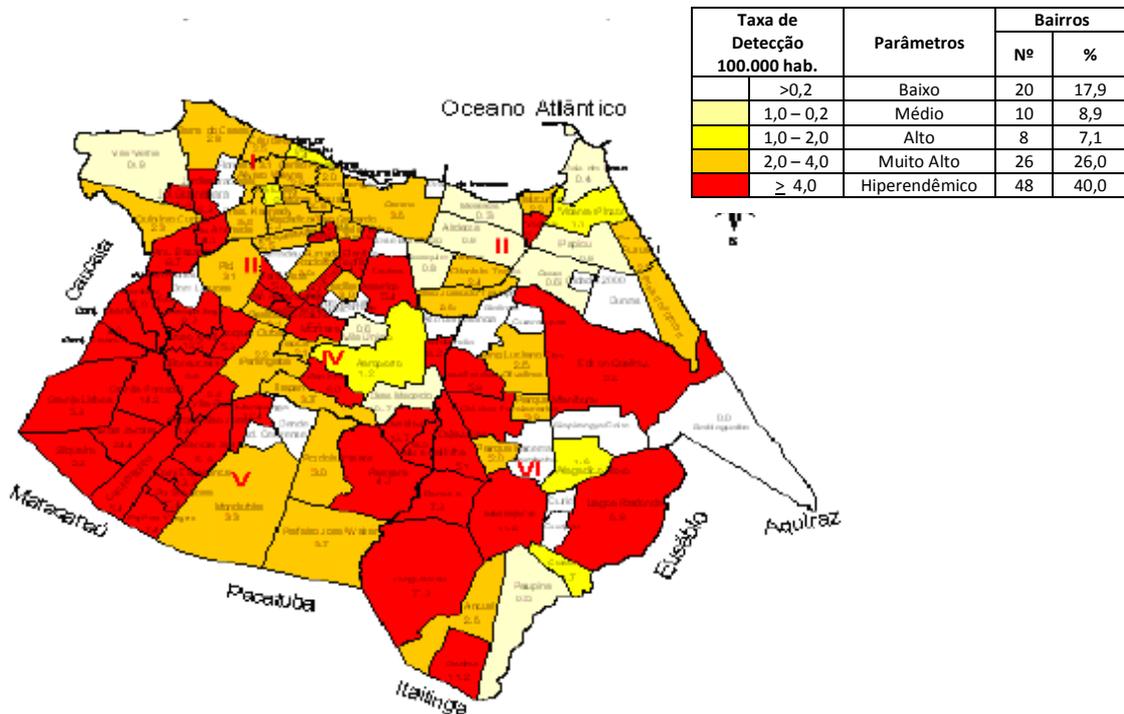


Fonte: SMS/Célula de Vigilância Epidemiológica/SINAN.
*Atualizados até 01/07/2008.

Cerca de 10% dos casos de hanseníase registrados na capital têm sido acompanhados pelas unidades municipais de saúde, seguidos de 10% pelo Hospital Universitário da Universidade Federal do Ceará e de 80% atendidos pelo Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia, da Secretaria Estadual de Saúde (FORTALEZA, 2007).

No ano de 2007, a Taxa de Detecção da hanseníase apresentou a seguinte configuração epidemiológica nos 112 bairros de Fortaleza: 20 apresentaram baixa Taxa de Detecção, 10 apresentaram Taxa de Detecção média, 8 apresentaram Taxa de Detecção alta, 26 tiveram Taxa de Detecção muito alta e 48 Taxa de Detecção hiperendêmica. (Mapa 3).

Mapa 3 - Taxa de detecção de hanseníase em Fortaleza, no ano de 2006



Fonte: SMS/COPS/Célula de Vigilância Epidemiológica/SINANW

Fonte: FORTALEZA – SMS, 2007

Em 2005, foi realizado, em Fortaleza, o Monitoramento da Eliminação da Hanseníase (LEM), um programa de “avaliação independente e formal de indicadores padronizados pela OMS”. Seu objetivo foi coletar dados no sentido de fornecer informações sobre o avanço da eliminação da hanseníase no Nordeste do Brasil. Esses dados subsidiariam a complementação dos sistemas de informação,

permitindo o detalhamento e a atuação dos serviços de saúde, como também o aumento da qualidade da assistência ofertada com relação ao acesso e à cobertura da PQT em nível local, estadual, regional e nacional. Os dados permitiram a avaliação dos aspectos específicos das ações de controle da hanseníase, disponibilizando aos gestores informações no auxílio nas deliberações para a implementação de estratégias de ação, que objetivassem a eliminação da hanseníase.

Segundo o relatório do LEM, foram visitadas cinco unidades de saúde do município de Fortaleza, tendo como principais resultados:

- A prevalência informada mostrou comportamento instável e foi mais alta do que a prevalência observada pelo LEM, quando utilizada a definição da OMS sobre abandono.
- Nos dados da coordenação, as taxas de abandono apresentaram comportamentos ascendentes e eram muito elevadas.
- Nos dados do LEM a taxa encontrada ficou abaixo dos 10%.
- Fortaleza apresentou taxa de detecção descendente, com coeficiente ainda muito alto. A taxa em crianças também foi muito alta.
- Houve o predomínio dos casos multibacilares com uma razão MB/PB de 1,2.
- A cobertura de PQT nos serviços ainda é muito baixa e somente 21% dos PSF estavam com PQT implantada.
- O diagnóstico dos casos continuou ainda muito concentrado na referência.
- O paciente percorre em média 51 quilômetros e gasta em média R\$ 6,40 para receber a PQT.
- Uma parte muito pequena de pacientes informou que as unidades disponibilizam a PQT quando solicitada.

3 CAPÍTULO 2: PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

3.1 Descentralização: Procedimentos das Ações de Saúde no Brasil

Com a implementação do SUS, uma das principais diretrizes para a produção de ações eficazes em saúde é a descentralização da gestão dos serviços de saúde. A descentralização sugere um processo que transfere comando e planejamento para outros estratos de administração na esfera do setor público, nos quais as tomadas de decisões se configuram como um repasse de ações de nível nacional para instâncias municipais. (TOBAR, 1991). A descentralização não significa, portanto, apenas a transferência de administração, de supervisão ou gerências aos municípios, mas requer, também, a capacidade de exercê-las (MELLO, 1991).

De acordo com Campos (2005), as ações de saúde do Ministério da Saúde eram desenvolvidas de maneira verticalizadas, não sendo observadas as reais necessidades de cada região. Constatou-se a necessidade de observar, quando das ações de saúde, as especificidades de cada Município, para então ser elaborado um planejamento de ações e serviços adequados às necessidades da população local. Assim, a solução seria descentralizar as ações de saúde, observando as reais carências médicas de cada localidade.

A autora ainda ressalta que a descentralização é o desmembramento da execução das atividades de saúde. Portanto, a comunidade local, que conhece suas necessidades concretas e prioridades, deve participar mais ativamente do “planejamento, da fiscalização e do controle social sobre ações que serão desenvolvidas na sua localidade” (CAMPOS, 2005).

Para a Reforma Sanitária Brasileira, o conceito de descentralização assume um caráter político-administrativo. Já para o SUS, a descentralização, entendida “como uma direção única em cada esfera de governo”, faz parte das diretrizes organizacionais das ações e serviços públicos de saúde, que constituem o sistema de integração do SUS, formando uma rede regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 2000a).

Na perspectiva de ações descentralizadas objetivando a promoção da saúde, aconteceu, em 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que discutiu e propôs ações no sentido de melhorar a qualidade de vida

da população. A Assembleia Mundial de Saúde decidiu, por unanimidade, que os governantes presentes teriam como meta social o alcance da saúde por parte de todos os cidadãos do mundo no ano 2000, o que culminou na Declaração de Alma-Ata, cujo slogan “Saúde Para Todos no ano 2000” desencadeou uma série de atividades e ações que tiveram um grande impacto sobre o pensamento a respeito da atenção primária (STARFIELD, 2004).

Os compromissos assumidos nessa conferência, segundo o Ministério da Saúde, tinham como pontos principais: a promoção da saúde para uma melhor qualidade de vida; a diminuição das desigualdades sociais, requerendo a participação popular no que diz respeito à execução dos cuidados de saúde; responsabilização dos governantes com relação à organização dos sistemas de acesso à atenção primária, de forma que estivessem ao alcance de todas as pessoas, com o custo sustentável pelos países; e a necessidade de intersetorialidade na promoção de saúde, assegurando a capacitação da comunidade pela educação (BRASIL, 2000a).

Todavia, tais ações só poderiam ser concretizadas a partir do momento em que houvesse um sistema de saúde capaz de implementar os acordos assumidos na Conferência de Alma-Ata. Assim, o Movimento da Reforma Sanitária no País iniciou-se inspirado pelo slogan “Saúde Para Todos no ano 2000” (BRASIL, 2000a).

Em meados da década de 70, o Movimento Sanitário no Brasil se consolidou, por meio da Reforma Sanitária. Esse movimento, composto por profissionais de saúde e sociedade civil organizada e inspirado na Conferência de Alma-Ata, visava à melhoria das condições de saúde da população, bem como a diminuição das desigualdades sociais. Um dos objetivos do movimento era reduzir as desigualdades de acesso da população aos serviços básicos de saúde (BRASIL, 2000a).

Outro marco importante para a Saúde Pública no Brasil foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, que, a partir das discussões, deliberações e negociações, estabeleceu subsídios para a criação do SUS, que tem como princípios básicos: a universalidade, a descentralização, a equidade e a integralidade da assistência à saúde do indivíduo (BRASIL, 2005). Com a criação do SUS, a gestão dos sistemas de saúde passou a ser de acordo com a lei, descentralizada para o nível de decisão mais próximo aos usuários, no caso, o

município, e a assistência à saúde passou a se dar por meio de um processo de hierarquização em três níveis, de acordo com as características das atividades prestadas, a profundidade de especialização das mesmas e a frequência em que ocorrem (JULIANI, 1999). Assim, a atenção básica é definida pelo Ministério da Saúde como “um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível da atenção dos sistemas de saúde, voltadas para promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (BRASIL, 1999).

Essa assistência se caracteriza por ações dos serviços de saúde que prestam benefícios à população, no sentido de cumprir duas metas principais: a primeira é otimizar a saúde da população por meio do emprego do estado mais avançado do conhecimento sobre a causa das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde. A segunda meta, igualmente importante, é minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde (STARFIELD, 2004).

Em outras palavras, a autora argumenta que é de suma importância elevar ao máximo a saúde da população, bem como diminuir as desigualdades sociais. Nesse contexto, portanto, a atenção básica, caracterizada como atendimento oferecido por clínicos gerais ou médicos de família, assume um papel extraordinário no processo de promoção da saúde, no sentido de imprimir na população hábitos e comportamentos saudáveis, que promovam melhoria de sua saúde e previnam doenças futuras (STARFIELD, 2004).

Nas últimas décadas, os avanços do processo de descentralização de políticas do SUS constituem a maior reforma da estrutura organizacional do estado brasileiro. Em 1993, foi criada a Norma Operacional Básica – SUS 01/93 (Portaria do Ministério da Saúde nº 545), com o objetivo de agilizar e monitorar a política de saúde brasileira e determinar as normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde. A instituição das Normas de Assistência à Saúde fortaleceu e aprofundou a ideia da descentralização para os Estados e, principalmente, para os Municípios, cujas normas têm um caráter operacional no sentido da vinculação de recursos (BRASIL, 2000).

Com a implementação do SUS, algumas estratégias foram formuladas com o objetivo de colocar em prática a descentralização. Uma dessas estratégias do Ministério da Saúde diz respeito à criação do Programa de Agentes Comunitários de

Saúde (PACS), que surgiu com a proposta de ser o elo entre a população e as unidades de saúde, promovendo o acesso aos serviços de atenção básica. A partir daí criou-se o Programa Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 1997).

Portanto, com base nas diretrizes do SUS, os serviços de saúde, de uma maneira geral, devem garantir à população a integralidade e a resolutividade naquilo a que propõem. Os serviços são considerados resolutivos quando conseguem atender às necessidades dentro de seu nível de atenção, encaminhando para os serviços especializados os casos mais complexos. Já a integralidade, para ser garantida, deve manter assistência ao usuário junto aos sistemas de saúde, sendo necessário um conjunto articulado e contínuo de ações em todos os níveis de atenção, ou seja, níveis de complexidade, que podem ser primário, secundário ou terciário (WITT, 1992).

Dando continuidade às políticas referentes à assistência a saúde no Brasil, foi instituído o Pacto pela Saúde no ano de 2006. Trata-se de um esforço conjunto das três esferas do governo (Municípios, Estados e União) para, juntamente com o Conselho Nacional de Saúde, rediscutir a organização e o funcionamento do SUS, cujo objetivo é avançar na implementação dos princípios constitucionais referentes à saúde no Brasil. O novo acordo busca preservar os princípios do SUS e prevê estratégias que afirmam esses princípios, que deram origem a uma pactuação que contempla três grandes áreas: Pacto pela Vida, Pacto pela Defesa do SUS e Pacto pela Gestão do SUS. No início do processo, o debate estava voltado somente na gestão do SUS, entretanto viu-se a necessidade de ampliar a discussão e a pactuação para uma visão mais integral (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Vida tem como foco central o estabelecimento de um conjunto de prioridades sanitárias a serem assumidas pelos gestores das três esferas de administração apresentadas em forma de metas nacionais, estaduais, regionais e municipais, originadas a partir da realidade de cada gestão e buscando enfrentar os principais problemas que assolam a saúde, e após definir as prioridades nacionais, os estados e municípios constroem as suas metas e prioridades a partir do contexto local (BRASIL, 2006).

Dentre as seis prioridades pactuadas (Saúde do Idoso, Câncer de Colo de Útero e de Mama, Mortalidade infantil e Materna, Doenças Emergentes e Endemias, Promoção da Saúde e Atenção Básica a Saúde), destaca-se o fortalecimento das

capacidades de respostas às doenças emergentes e endemias onde se insere a hanseníase, cuja meta é curar 90% dos casos (BRASIL, 2008).

3.2 Programa Saúde da Família

O Ministério da Saúde implementou, no ano de 1991, um programa de saúde que iria alavancar para todo o Brasil uma nova prática, uma nova forma de exercitar a promoção da saúde, no sentido da prevenção de doenças. O município de Jucás, no sertão cearense, seria o embrião desse programa. Nessa época, o Município preparava uma metodologia para capacitar auxiliares de saúde que seriam, posteriormente, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ, 2005). De acordo com o médico sanitário Antonio Carlile Holanda Lavor, o Ceará iniciou, em 1997, um programa emergencial com experiência singular no atendimento às vítimas da seca. Em 1998, o programa de emergência foi desativado, dando lugar ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Segundo Andrade (1998), o governo estadual da época institucionalizou o programa com atividades de atenção básica à saúde, executado por líderes e pessoas da comunidade.

O Ceará passa a ser o pioneiro nessa nova maneira de promover saúde através do ACS, pessoa com forte vínculo com a comunidade. Os ACSs tinham como principais ações: identificar, encaminhar, orientar e acompanhar em questões de saúde os membros das famílias da comunidade, pela qual era responsável. Era feito um cadastro das famílias e observados os principais problemas de saúde, identificando-se fatores de risco e estimulando a educação em saúde, despertando a participação social para ações preventivas das doenças. Inicialmente, suas ações se voltaram para a saúde da mulher gestante e do recém-nascido, mas logo se percebeu a importância de alargar essas ações e os ACSs passaram a auxiliar a equipe de saúde no controle de doenças endêmicas como, por exemplo, a hanseníase.

Esse modo de atuar junto à comunidade fez tanto sucesso que, em 1991, o Ministério da Saúde criou efetivamente o PACS, tendo como objetivo principal contribuir com o enfrentamento dos alarmantes indicadores de morbimortalidade infantil e materna no Nordeste. A intenção era a reorganização da prática assistencial, voltada para a família a partir de seu contexto físico e social e

desenvolvida a partir de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas sob a forma de trabalho em equipe, substituindo o modelo tradicional de assistência, onde o principal foco era a doença já instalada. A partir da criação do PACS, as ações dos ACSs influenciaram os serviços de saúde e ajudaram a criar o Programa Saúde da Família (PSF) – no município de Quixadá, Ceará (ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ, 2005).

No início de 1994, o PSF foi implementado tendo como foco de suas ações a atenção ao usuário, à sua família e à comunidade no sentido de promover, prevenir e recuperar a saúde, incluindo o fortalecimento das ações de controle da hanseníase no Brasil (BRASIL, 2002c). O PSF surge, portanto, em um contexto de movimentos municipais com estratégias de reordenamento do modelo assistencial à saúde, com uma proposta de manter uma equipe multiprofissional composta, inicialmente, por um médico generalista, um enfermeiro e auxiliares de enfermagem, além dos ACSs e, a partir de 2001, de mais um cirurgião dentista, um técnico de higiene dental e um auxiliar de consultório dentário. A equipe se responsabiliza por uma área geográfica habitada por 600 a 1000 famílias (3.475 pessoas, em média). Cada equipe do PSF desenvolve atividades que incluem atendimento ambulatorial, além de atenção clínica, com visitas domiciliares, educação em saúde, vigilância epidemiológica e articulação com os demais setores do município, integrando e promovendo a organização das atividades em território definido e incorporando os princípios básicos do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação popular (COSTA, 2004).

Alguns dos princípios básicos da unidade de saúde da família têm um caráter substitutivo, ou seja, substituem práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, voltado para a vigilância à saúde. O PSF trabalha no sentido de manter a integralidade e hierarquização, dessa forma, a unidade de saúde da família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde denominado Atenção Básica. Esse nível está vinculado à rede de serviços, garantindo atenção integral aos indivíduos e às famílias, assegurando a referência e contra-referência para os vários níveis no sistema, à medida que for requerida maior complexidade para resolução dos problemas identificados nesse nível (COSTA, 2004).

Cada equipe deve estar preparada para conhecer a realidade das famílias sob sua responsabilidade, através do cadastramento e do diagnóstico de suas

características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os problemas de saúde mais comuns e as situações de risco às quais a população encontra-se mais exposta; elaborar, juntamente com a comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo de saúde/doença; prestar assistência integral à demanda organizada ou espontânea na unidade de saúde da família na comunidade, no domicílio e no acompanhamento do atendimento dos serviços de referência ambulatorial; e, por fim, desenvolver ações educativas para o enfrentamento dos problemas de saúde identificados (COSTA, 2004).

Dentro desse contexto de ações do PSF, o município como espaço de execução da estratégia de saúde da família tem sua parcela de participação, cabendo-lhe definir os meios e as condições para a implantação das Equipes e cumprir os seguintes requisitos para a sua inserção no programa: estar habilitado em alguma forma de gestão segundo a NOB/SUS 01/96; apresentar Ata de Reunião do Conselho Municipal de Saúde, da aprovação da implantação do programa; adequar as unidades básicas de saúde para possibilitar resolutividade na assistência prestada, garantindo a sua relação com os níveis de maior complexidade do sistema; manter o custeio da unidade de saúde; valorizar a família e seu espaço social como núcleo privilegiado de atenção do serviço de saúde; contratar e remunerar os profissionais que compõem a equipe de saúde da família; garantir a educação permanente dos profissionais envolvidos; e ainda, contribuir para a organização da comunidade para o efetivo exercício da participação e do controle social.

O PSF e o PAC têm, também, como objetivo promover a detecção precoce da hanseníase por meio do aumento da acessibilidade aos serviços de saúde e da consciência sobre sinais e sintomas da doença na população por meio das ações de educação em saúde. Também fornecem condições para o fortalecimento da captação de casos, identificação de faltosos a exames e vacinação com BCG em contatos intra-domiciliares (MEIMA *et al.*, 2004).

Tabela 1 - Situação das equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde no Brasil – 2003 a 2007.

Ano	Equipes Saúde da Família (ESF)			Agentes Comunitários de Saúde (ACS)		
	Total de ESF implantadas	Total de municípios	Cobertura populacional	Total de ACS	Total de municípios	Cobertura populacional
2003	19.000	4.400	35,7%	184.300	5.100	54%
2004	21.300	4.600	39%	192.700	5.100	55,5%
2005	24.600	4.986	44,4%	208.000	5.200	58,4%
2006	26.729	5.106	46,2%	219.492	5.309	59,1%
2007	27.344	5.125	46,6%	211.000	5.300	56,8%

Fonte: Disponível em: <saúde.gov.br/das/atencaobasica-2007>.

3.3 Programa Saúde da Família no Ceará

Conforme afirmado no início do capítulo, o PSF surge a partir do município de Quixadá-CE, sendo, em seguida, expandido para todo o Brasil como uma estratégia do Ministério da Saúde para reordenação do modelo de atenção primária à saúde, conforme é preconizado nos princípios e diretrizes do SUS. O programa foi criado em 1993, até então com o nome de Saúde da Família (SILVA, 2003).

Em 14 anos de existência no Ceará, o PSF contabiliza um saldo bastante positivo, tendo obtido avanços importantes na reorganização e acessibilidade dos serviços da atenção primária à saúde, melhorando os indicadores de saúde e o nível de satisfação dos usuários e gestores municipais. Atualmente, o estado do Ceará conta com 1.597 equipes cadastradas no PSF, distribuídas nos 184 municípios, sendo responsável por 5,4 milhões de habitantes. A cobertura populacional é de 66%, sendo 77,5% no interior e 37,5% em Fortaleza (CEARA, 2009).

Observa-se que a atuação das equipes junto às comunidades contribui para a melhoria das condições de saúde da população do Estado. Conforme dados atualizados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), houve um declínio significativo da mortalidade infantil e da mortalidade materna e um incremento da expectativa de vida, não somente no estado do Ceará, mas também em todas as regiões do País onde o programa foi implantado (BRASIL, 2009).

3.4 Descentralização das Ações de Hanseníase

A discussão sobre a descentralização das ações de controle da hanseníase para os municípios brasileiros teve início em 1985, com a reestruturação do sistema de saúde, quando foi estabelecido prioridade ao Programa de Hanseníase por meio da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Novas estratégias foram elaboradas com o objetivo de aumentar a cobertura e a melhoria da atenção ao portador de hanseníase, antes oferecida apenas nas unidades estaduais de saúde, instaladas em alguns municípios (MOREIRA, 2002).

No período de 1987 a 1990, a Divisão de Dermatologia Sanitária do Ministério da Saúde organizou vários projetos, que foram elaborados sob a perspectiva da Reforma Sanitária, enfocando a descentralização e integração do programa na rede de serviços de saúde. A implementação e sistematização de todas as ações de controle das dermatoses estavam de acordo com a complexidade dos serviços de saúde, com apoio de organismos internacionais. Essa atitude deveu-se ao fato do momento político da implantação do tratamento com a PQT nas unidades de saúde, conforme proposta da OMS (BRASIL, 2005).

Visando à eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no Brasil, a NOAS 2001 incluiu as ações de controle da doença nos eixos prioritários da atenção básica, transferindo para estas unidades de serviços as ações e estratégias mínimas, como busca ativa dos casos, cadastramento dos portadores, tratamento supervisionado dos casos e controle de incapacidades físicas e medidas preventivas. A implantação dessas ações em todas as unidades de saúde da rede básica é a principal diretriz para o alcance da meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública. É essencial que cada unidade básica esteja preparada para a descoberta de casos e tratamento integral dos doentes. (BRASIL, 2001a).

A inserção das atividades de controle da hanseníase (como exame de suspeitos, diagnóstico e tratamento de casos) nas demais ações da Atenção Básica, aumenta o acesso da população a essas atividades, permitindo assim uma maior participação de profissionais na assistência aos portadores dessa doença. Essa inserção pode ocorrer nas unidades das redes municipais de saúde, contando com o apoio do PSF, universalizando o acesso da população ao diagnóstico e ao tratamento da hanseníase (ANDRADE, 1998).

Andrade (1998) ressalta as grandes disparidades observadas em alguns municípios do País em relação às ações de controle e tratamento da hanseníase na atenção à saúde. Dentre elas, destaca a não compreensão de que a hanseníase deve estar integrada às ações básicas de saúde e não exclusivamente aos PSFs. As baixas taxas de cobertura por parte das unidades de saúde tornam inviável o acesso da população a essa assistência. Desse modo, algumas dificuldades são observadas como: a dificuldade dos profissionais da rede básica de saúde, com destaque ao profissional médico, para assumirem a doença como um agravo da atenção básica; a solicitação rotineira do exame bacteriológico e/ou do histopatológico para confirmação do diagnóstico e a não disponibilidade da medicação em todas as unidades de saúde.

No sentido de reverter esse panorama foi instituída uma nova abordagem com o objetivo de implantar, em qualquer localidade do País, as ações do programa de controle da hanseníase. Tais ações são baseadas na descentralização do tratamento com qualidade; no desenvolvimento de um amplo programa de treinamento de profissionais da saúde na efetivação do diagnóstico e tratamento dos casos; e na divulgação de uma nova imagem da doença por meio da distribuição de material de informação à comunidade (MOREIRA, 2002).

Moreira (2002) afirma que, apesar dos avanços nos últimos anos no controle das doenças transmissíveis, a hanseníase permanece como uma endemia que tem afetado negativamente a própria imagem do País, pelas consequências advindas do diagnóstico tardio, deixando uma importante parcela da população com sequelas físicas instaladas, que levam aos processos de exclusão social. O acesso da população aos serviços apropriados em diagnosticar, tratar e curar a hanseníase é o único modo de reverter esse quadro.

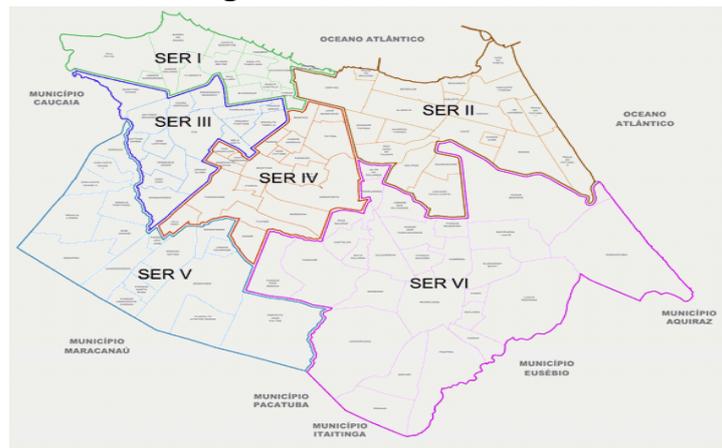
3.5 Situação das Ações de Saúde em Fortaleza

O município de Fortaleza está localizado no litoral norte do Estado, com área territorial de 313,8 km². Limita-se ao norte e ao leste com o Oceano Atlântico e com os municípios de Eusébio e Aquiraz, ao sul com os municípios de Maracanaú, Pacatuba e Itaitinga e ao oeste com os municípios de Caucaia e Maracanaú.

Fortaleza é hoje a quarta maior cidade do País com população estimada em 2007 de 2.458.545 habitantes. Destes, 53,2% são do sexo masculino e 40,4% na

faixa etária de 0 a 19 anos. (IBGE, 2007). O município encontra-se dividido em seis regiões administrativas denominadas de Secretarias Executivas Regionais (SER). Cada secretaria é responsável, sanitariamente, por uma parcela significativa da população. Todas as ações de gestão e assistência desenvolvidas são realizadas em consonância com o nível central da Secretaria Municipal da Saúde. (Mapa 4).

Mapa 4 - Mapa do município de Fortaleza, por Secretarias Executivas Regionais



Fonte: Fortaleza (2007).

Fortaleza conta com 98 áreas de risco, assim definidas ou por serem consideradas inapropriadas para a habitação ou por estarem sujeitas à força da natureza, nas quais residem cerca de 20.000 famílias. A cidade recebe através do êxodo rural cerca de 50.000 pessoas por ano, o que acarreta crescimento desordenado de sua periferia e conseqüente aumento relativo da população carente que, por sua vez, eleva a demanda por serviços públicos, especialmente de saúde.

O Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza apresenta capacidade para realização de serviços primários, secundários e terciários e integra a rede regionalizada e hierarquizada do SUS. O município dispõe de 2.407 estabelecimentos de saúde inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sendo 3,74% (89 unidades) constituído por unidades básicas do tipo centro de saúde (FORTALEZA, 2007).

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, Fortaleza conta atualmente com 304 equipes de PSF com contratação de novos profissionais da saúde, após concurso realizado em 2006, que ampliou em 15% sua cobertura para

43,44%, portanto, ocasionando uma significativa mudança de todo o seu quadro funcional.

Atualmente, possui ESF em todas as unidades básicas da capital, que passaram a ser chamadas de Centros de Saúde da Família, além de 1.320 ACSs que fazem parte da reestruturação dos serviços de saúde da atual gestão, tendo como base as seguintes intervenções: reestruturação da rede física das unidades básicas; implantação de um sistema de regulação integrado de atendimento primário, secundário e terciário; desenvolvimento de estratégia permanente em saúde e humanização.

Segundo o relatório de gestão da SMS, a cobertura das unidades de saúde que prestam serviço de atenção às pessoas portadoras de hanseníase tem aumentado. Em 2005, 18 unidades acompanhavam os pacientes com hanseníase, correspondendo a 21% do total de unidades básicas existentes no município. Em 2007, esse número passou para 68 unidades, equivalendo a 75,5% do total de unidades básicas municipais. (Tabela 2). Nesse período, o município ofertou uma capacitação em ações básicas de hanseníase de 80 horas, realizada pelo CDERM/SMS e, na ocasião, foram habilitados cinco técnicos para serem multiplicadores (FORTALEZA, 2007). Essa proposta de educação continuada tomou forma com a criação da Escola de Educação Permanente, com Residência Médica em Saúde da Família, que conta com acompanhamento dos médicos residentes por preceptores de território que atuarão em áreas apontadas, conforme número de ESF, risco, acesso, densidade populacional.

Tabela 2 - Número de Centros de Saúde existentes em Fortaleza, com atendimento a pessoas com hanseníase e que não apresentam casos, por Secretaria Executiva Regional em 2007

SER	Existentes	Centros de Saúde da Família Atendendo pessoas	Sem casos de hanseníase
I	12	05	07
II	11	06	05
III	17	16	01
IV	12	05	07
IV	18	18	00
VI	19	18	01
TOTAL	89	68	21

Fonte: Célula da Atenção Básica/Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

Apesar desse incremento, somente 14,2% dos casos de hanseníase, em uma série histórica de cerca de oito anos, foram acompanhados pelas unidades

básicas de saúde do município. A maior parte do acompanhamento dos pacientes, cerca de 78,5%, ainda é realizado pelo Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia da Secretaria Estadual da Saúde e 7,6% pelo Hospital Universitário Walter Cantídio. (Tabela 3).

Tabela 3 - Série histórica de casos de hanseníase notificados pelas Unidades de Saúde do município de Fortaleza 2001 –2008

UNIDADE	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total	Total %
CENTRO DE SAÚDE DONA LIBANIA	743	739	821	752	750	828	356	558	5547	78,18
HOSPITAL DAS CLINICAS WALTER CANTIDIO	51	29	57	98	133	105	15	53	541	7,63
CENTRO DE SAÚDE CÉSAR CALS DE OLIVEIRA	29	13	18	28	31	24	6	24	173	2,44
UBASF – ANTONIO DE ALMEIDA LUSTOSA	52	26	13	4	20	10	9	3	137	1,93
CENTRO DE SAÚDE JOÃO LUIS DE OLIVEIRA POMBO	23	42	24	5	3	4	2	4	107	1,51
UBASF – ELIEZER STUDART	0	0	0	9	12	15	10	25	71	1,00
CENTRO DE SAÚDE CARLOS RIBEIRO	18	12	4	5	4	2	1	6	52	0,73
UBASF – ARGEU HERBSTER	1	7	6	13	6	0	10	14	57	0,80
CENTRO DE SAÚDE DR. JURANDIR PICAÑO	8	15	0	0	0	1	0	2	26	0,37
UBASF – PROJETO NASCENTE	0	0	2	2	14	2	2	9	31	0,44
CENTRO DE SAÚDE GALBA ARAÚJO	9	6	2	1	0	3	0	5	26	0,37
UBASF – DR. ABNER CAVALCANTE BRASIL	4	3	1	3	0	2	4	3	20	0,28
UBASF – CÉSAR CALS DE O. FILHO	0	0	5	3	1	0	5	24	38	0,54
CENTRO DE SAÚDE GUARANY MONTALVERNE	0	0	0	0	1	3	10	13	27	0,38
CENTRO DE SAÚDE JOSE PARACAMPOS	3	2	6	0	0	0	0	3	14	0,20
CENTRO DE SAÚDE DA FLORESTA	0	0	5	0	0	3	3	8	19	0,27
UBASF – TERESINHA PARENTE	1	1	0	1	2	0	5	1	11	0,16
UBASF – LUCIANO TORRES DE MELO	0	0	0	6	4	0	0	2	12	0,17
UBASF – PROF. LUIZ RECAMONDE CAPELO	0	0	0	1	1	3	3	4	12	0,17
CENTRO DE SAÚDE FERNANDO CÉSAR VIEIRA DIÓGENES	0	0	0	0	0	2	4	14	20	0,28
UBASF – JANIVAL DE ALMEIDA VIEIRA	0	2	1	2	0	0	1	6	12	0,17
UNIDADE	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total	Total %
UBASF – HERMINIA LEITÃO LIMA	0	0	0	0	2	2	1	4	9	0,13
HOSPITAL DISTRITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	0	0	0	0	0	2	2	1	5	0,07

CENTRO DE SAÚDE PROF. ANÍSIO	0	0	0	2	0	2	0	2	6	0,08
CMES – MARIA DE LOURDES JEREISSATI	0	0	0	0	0	0	4	9	13	0,18
UBASF – LUISA ALBUQUERQUE MENDES	0	0	2	0	1	0	1	5	9	0,13
CENTRO DE SAÚDE MANOEL CARLOS GOUVEIA	0	0	0	0	0	3	1	4	8	0,11
UBASF – FREI TITO DE ALENCAR LIMA	1	0	0	0	2	1	0	0	4	0,06
UBASF – DR. CÉLIO BRASIL GIRAO	0	0	0	0	0	0	4	0	4	0,06
UBASF- GUIOMAR ARRUDA	0	0	0	0	0	0	4	1	5	0,07
CENTRO DE SAÚDE DR. PEDRO SAMPAIO	0	0	0	0	0	2	1	3	6	0,08
UBASF – METON DE ALENCAR	0	0	1	0	0	2	0	3	6	0,08
UBASF – VICENTINA CAMPOS	0	0	0	0	0	1	2	1	4	0,06
CENTRO DE SAÚDE JOSE WALTER	0	0	0	0	0	1	2	3	6	0,08
HGF – HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA	0	0	0	0	0	2	1	0	3	0,04
UBASF – PROJ. JOSE VALDEVINO DE CARVALHO	0	0	0	0	0	2	1	1	4	0,06
CMES – PROF. JOSE SOBREIRA DE AMORIM	0	0	0	0	0	1	2	1	4	0,06
CENTRO DE SAÚDE FRANCISCO PEREIRA DE ALMEIDA	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0,03
UBASF – CASEMIRO JOSE DE LIMA FILHO	0	0	1	1	0	0	0	0	2	0,03
UBASF- FRANCISCO DOMINGOS DA SILVA	0	0	0	1	0	1	0	1	3	0,04
CENTRO DE SAÚDE JOÃO XXIII	0	0	0	0	0	1	1	1	3	0,04
CENTRO DE SAÚDE HERCÍLIA LIMA ARAGÃO	0	0	0	0	0	1	1	1	3	0,04
UBASF – JOSE GALBA ARA	0	0	0	0	0	0	2		2	0,03
CENTRO DE SAÚDE MACIEL DE BRITO	0	0	0	0	0	0	2	1	3	0,04
CENTRO DE SAÚDE GRACILIANO MUNIZ	0	0	0	0	0	0	1	5	6	0,08
CENTRO DE SAÚDE DE MESSEJANA	0	0	0	0	0	1	0	2	3	0,04
CENTRO DE SAÚDE LUIZA TÁVORA	0	0	0	0	0	1	0	4	5	0,07
UNIDADE	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total	Total %
CENTRO DE SAÚDE EDMAR FUJITA	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0,03
UBASF – CLODOALDO PINTO	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,01
CENTRO DE SAÚDE HUMBERTO BEZERRA	0	0	0	0	0	1	0	1	2	0,03
UBASF – AIDA SANTOS E SILVA	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0,01
CENTRO DE SAÚDE BENEDITO ARTHUR DE CARVALHO	0	0	0	0	0	1	0	1	2	0,03
CIES – ZÉLIA CORREIA	0	0	0	0	0	0	1	2	3	0,04

CENTRO DE SAÚDE TURBAY BARREIRA	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0,03
CMES – PROF. JOSE REBOUÇAS MACAMBIRA	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,01

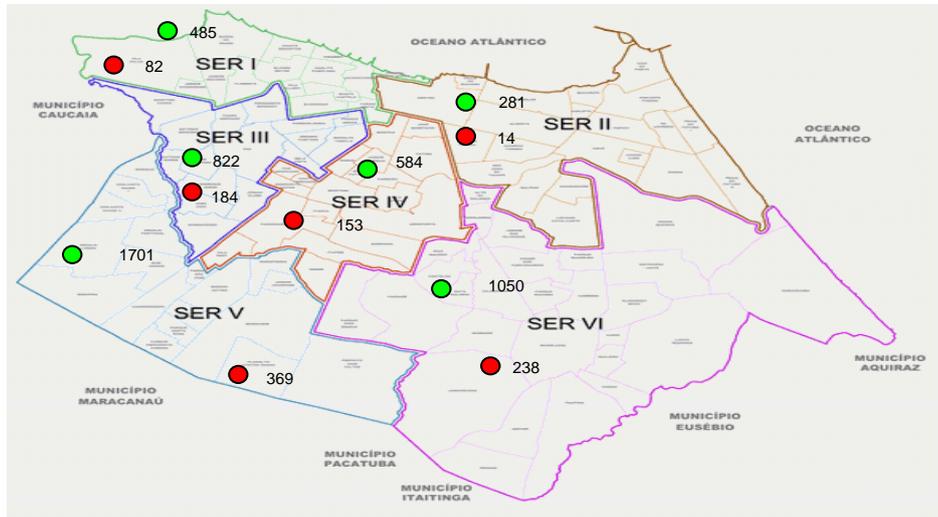
Fonte: CEARA. Informe Epidemiológico, 2008.

Esse quadro configura uma situação de centralização de casos novos em uma única unidade (CDERM), o que está em desacordo com o programa de controle da endemia preconizado pela NOAS-2001 (BRASIL, 2001a).

Segundo Heymann (2007), todos os esforços devem estar centrados na integração da hanseníase aos serviços gerais de saúde. Nesse caso, todos os trabalhadores da saúde, em todos os níveis, devem aprender os métodos simples que se utilizam para o diagnóstico da hanseníase, além disso, a terapia multidroga deve ser disponibilizada em todos os centros de saúde básica para permitir que os pacientes sejam tratados no local, o mais próximo possível de seus lares, e que a hanseníase seja vista na mesma perspectiva que qualquer outra doença curável.

O Mapa 5 demonstra que ainda persiste centralização de usuários do programa de controle da hanseníase no CDERM. Nesse sentido, mesmo residindo em áreas próximas aos Centros de Saúde da Família, a grande maioria busca atendimento no CDERM. Como exemplo, cita-se a SER V, onde se verifica que dos casos notificados, 82% buscam os serviços no CDERM para tratamento e monitoramento da referida patologia.

Mapa 5 - Distribuição dos casos notificados nas unidades de Saúde do Município e no CDERM segundo local de residência de 2001 a 2008



Fonte: SINAN/ CDERM / SINAM/ SMS.

Legenda:

- CDERM
- Unidades de Saúde do Município

4 CAPÍTULO 3: O CENTRO DE REFERÊNCIA

4.1 O Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia (CDERM)

O Centro de Saúde Dona Libânia foi criado no dia 15 de março de 1974, quando o antigo Departamento Estadual de Saúde Dr. Barca Pellon foi desativado, transferindo suas atividades para outras unidades de saúde já existentes e dando origem ao referido centro. Inicialmente, concentrava sua atuação na assistência a casos de tuberculose e hanseníase, disponibilizando também serviço de imunização e contando com um sistema de plantão e encaminhamento para internação dos casos em hospitais do Estado como Hospital de Maracanaú, Santa Casa de Misericórdia e Colônias Antônio Justa e Antônio Diogo. Somente a partir do ano de 1985 houve uma expansão no atendimento para outras dermatoses de interesse sanitário.

A princípio, os pacientes com hanseníase eram tratados com esquema padrão do Departamento Nacional de Dermatologia Sanitária (DNDS), que era utilizado pela equipe médica e de enfermagem. Em 1987, com o apoio do Ministério da Saúde passou-se a empregar uma associação de novos medicamentos, a poliquimioterapia (PQT), buscando uma maior eficácia no controle da endemia (BRASIL, 2000a).

À medida que o Centro ia ampliando o seu quadro de profissionais, a partir da necessidade percebida pelo próprio Centro, a assistência à hanseníase foi incorporando novas ações, voltadas ao paciente e seus familiares, através de equipe multidisciplinar. O objetivo do Centro era dar uma maior cobertura assistencial ao paciente, sendo a primeira unidade de saúde do Ceará a utilizar essa forma de tratamento.

Em 2000, o Ministério da Saúde criou uma Portaria a fim de orientar os diferentes níveis de complexidade dos serviços na área de dermatologia sanitária, com ênfase para hanseníase, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, bem como organizá-los mediante o estabelecimento de referência e contra-referência. (BRASIL, 2002a). A intenção do Ministério da Saúde era aprovar os pré-requisitos, as atividades e demais orientações para o reconhecimento de instituições como Centros Colaboradores Nacionais, Macrorregionais e Estaduais para o Programa

Nacional de Controle e Eliminação da Hanseníase e de Outras Dermatoses de Interesse Sanitário. Ficou também manifesto na Portaria que os Centros Colaboradores Nacionais e Macrorregionais seriam reconhecidos por meio de portaria ministerial específica e os Centros Colaboradores Estaduais pela respectiva Secretaria de Estado da Saúde.

Dessa forma, o Centro de Saúde Dona Libânia, em 1996 tornou-se Centro de Referência Estadual em Dermatologia Sanitária e, a partir de 2003, foi finalmente credenciado pelo Ministério da Saúde, como Centro de Referência, passando a ser denominado Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia (CDERM).

Para o Ministério da Saúde, as atividades dos Centros Colaboradores Nacionais são definidas com base em: desenvolvimento de pesquisas de interesse do Programa de Controle e Eliminação da Hanseníase e de Outras Dermatoses de Interesse Sanitário; capacitação de recursos humanos especializados na Atenção Básica e em outras de maior complexidade para o Programa Nacional mencionado; e realização de estudos de interesse do Programa Nacional de Controle e Eliminação da Hanseníase, com ênfase em epidemiologia, aspectos operacionais, resistência medicamentosa, efeitos colaterais, recidivas e monitoramento de eventos sentinelas (BRASIL, 2001a).

Dentro desse contexto, o CDERM, como Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária do Ministério da Saúde, com ênfase em hanseníase, tem como missão realizar atividades de assistência, ensino e pesquisa na área de dermatologia sanitária, visando desenvolver e apoiar as políticas do Ministério da Saúde, para o controle da hanseníase e outras dermatoses de interesse sanitário. O CDERM oferece estágios nas áreas de dermatologia geral e sanitária com ênfase especialmente na hanseníase, para médicos, enfermeiros e profissionais do PSF, médicos de programa de residência médica de saúde da família e comunitária da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP), acadêmicos estagiários em enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e Universidade de Fortaleza (UNIFOR), bem como médicos com residência em clínica médica e pediátrica da Universidade Federal do Ceará (UFC).

O Centro atualmente conta com ambulatórios em dermatologia geral, dermatologia pediátrica, hanseníase, câncer de pele, DSTs. Ao longo do ano de 2008, o CDERM atendeu 42.250 pessoas para consultas médicas, realizou 11.046

procedimentos cirúrgicos e fez 38.814 exames laboratoriais, portanto, o uso dos serviços do Centro demanda bastantes procedimentos, atendimentos e tratamentos aos usuários que dele necessitam.

O CDERM tem importância no estado do Ceará, não somente como Centro de Referência, mas, sobretudo, porque é responsável por aproximadamente 80% dos casos diagnosticados de hanseníase no município de Fortaleza e 20% dos casos do resto do Estado. (SESA, 2007). Atualmente, o CDERM tem em seu quadro uma equipe multifuncional composta de 150 pessoas entre médicos, (dermatologistas, hansenólogos, infectologista, ortopedista, neurologista, oftalmologista, patologista, clínico), enfermeiras, fisioterapeutas, dentista (ouvidor), bioquímicos, laboratoristas, assistentes sociais, agentes administrativos, atendentes, zeladores, motoristas, auxiliar de enfermagem, auxiliar de serviços, seguranças, eletricitista e vigia.

Segundo dados extraídos do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) (2007), o CDERM realizou cerca de 79.889 atendimentos aos usuários integrantes do Programa de Controle da Hanseníase, por meio de consultas médicas (primeira vez e consultas subsequentes), de enfermagem (primeira vez e subsequentes), terapia ocupacional, fisioterapia, serviço social, procedimentos laboratoriais e procedimentos ambulatoriais (curativos, imunização da BCG para comunicantes), sendo distribuídos como segue:

Tabela 4 - Distribuição de atendimento por profissionais de saúde no CDERM - 2007

ESPECIALIDADE	ATENDIMENTO
Fisioterapia	14.505
Terapia Ocupacional	7.456
Enfermeiros (1ª Vez)	6.654
Enfermeiros Subseqüentes	16.255
Serviço Social 1ª Vez	654
Serviço Social Subseqüente	4.146
Médicos Hansenólogos 1ª Vez	2.399
Médicos Hansenólogos Subseqüentes	8897
Médicos Neurologistas 1ª Vez	11
ESPECIALIDADE	ATENDIMENTO
Médicos Neurologistas Subseqüentes	12
Médicos Ortopedistas 1ª Vez	72
Médicos Ortopedistas Subseqüentes	19
Adm. BCG para Comunicantes de Hanseníase	1.306
Curativos para Portadores de Hanseníase	2.716
Baciloscopia de Linfa para Hanseníase	14.507

Fonte: Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) e CDERM (2007).

4.2 Demanda

O conceito de demanda nasce da teoria econômica, que sugere a concepção de demanda, segundo as estruturas de preferências individuais. (IUNES, 1995).

Iunes (2008) afirma que, para a Economia, demanda é “definida como sendo a quantidade de bens e serviços que as pessoas desejam consumir em um determinado período de tempo dada as suas restrições orçamentárias”. Desse modo, esse conceito está baseado em preferências e escolhas dos consumidores a um determinado bem ou serviço. Uma questão a ser observada é que a demanda está fortemente ligada à noção de desejo e dada às várias opções por bens e serviços é que o consumidor escolhe aqueles que lhe tragam uma maior satisfação. (IUNES, 2008). Não obstante a teoria econômica do consumidor, na área de saúde, passou-se a aplicar tal conceito, para definir as preferências e procura dos usuários para determinados centros e serviços de saúde (COSTA, 2007).

Costa (2007) aponta alguns aspectos importantes sobre o comportamento do usuário que determina sua demanda. Sob o ponto de vista dos usuários, a demanda por serviços de saúde é irregular e imprevisível, ou seja, nunca se sabe quando e com que frequência irá utilizar os serviços médicos. Fatores como mudanças demográficas, por exemplo, idosos que sofrem de alguma patologia crônica, degenerativa ou possuem diabetes e hipertensão, necessitando de consultas constantes e frequentes exames; equipamentos sofisticados; aparecimento de novas doenças, como AIDS e Hepatite C; novos tratamentos de cânceres e transplantes; expectativas dos usuários decorrentes da rapidez com que os meios de comunicação atualizam as pessoas, pressionando os serviços de saúde em busca de um maior bem-estar. Daí emerge um questionamento: o usuário procura os serviços de saúde por necessidade ou simplesmente pela oferta dos serviços?

Uma questão importante que se coloca é que no contexto do debate sobre demanda e necessidade deve-se observar o que aponta Travassos *et al.* (2000, p. 134):

A disponibilidade, o tipo, a quantidade de serviços e recursos (financeiros, humanos, tecnológicos), a localização geográfica, a cultura médica local, a ideologia do prestador, entre outros, são aspectos da oferta que influenciam o padrão de consumo de serviços de saúde.

Esses aspectos, por outro lado, interferem diretamente nas necessidades e escolhas individuais e são decisivas para a preferência do usuário, embora nem todas as necessidades se convertam em demandas, como também nem toda demanda é acatada. Portanto, a procura por serviços de saúde ocorre em função das necessidades e do comportamento das pessoas diante de suas questões de saúde, assim como os serviços disponíveis para a população (TRAVASSOS *et al.*, 2000).

Todavia, Lunes (2008) afirma que, com ou sem necessidade médica, a pessoa pode demandar por um serviço de saúde. Nesse caso, a demanda é interpretada como um desejo do usuário de buscar cuidados médicos; é uma escolha e preferência feita com liberdade e autonomia, não um consumo essencial pelos serviços em função da quantidade de benefícios que podem ser consumidos por um determinado período e para que as pessoas possam ficar saudáveis. Em outras palavras, da mesma forma que se podem encontrar demandas sem necessidades, também é admissível que haja uso dos serviços de saúde sem necessidades. Para o autor, as ações de educação em saúde podem alterar, significativamente, as concepções de necessidades e a composição da demanda, assim como o uso dos serviços. A quantidade de serviços considerada como necessária certamente dilatará a demanda, assim, o modo que o indivíduo percebe sua necessidade é um dos componentes da demanda.

Nessa perspectiva, observa-se que a importância das ações deve ser abordada no sentido de “organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas em saúde”. Assim, para analisar as necessidades de saúde e a demanda do usuário devem-se observar as demandas sociais que constituem sujeitos coletivos que expressem determinadas carências geradas pela produção da sociedade. O que o autor propõe é que não se pode desagregar o sujeito coletivo do seu grupo, ou seja, o usuário está dialeticamente ligado à sua cultura, por isso, pode-se dizer que necessidade e demanda são categorias que devem ser compreendidas de maneira contextualizada (SILVA, 2003).

Silva (2003) afirma que o SUS tem dentre seus princípios a institucionalização da universalidade, integralidade e equidade da atenção à saúde e que esse tripé compõe a finalidade ética e política do sistema de saúde, colaborando para a melhoria na qualidade de saúde da população. Para o autor, não existe construção de integralidade e equidade sem a garantia de acesso universal a todos os níveis de serviços. Esses princípios promulgam toda a força e luta pela cidadania, justiça e democracia, unificação da opinião da Reforma Sanitária no Brasil.

As demandas são a junção de fatores sociais, individuais e culturais e a utilização dos serviços de saúde é resultado do processo, no qual a necessidade e demanda do usuário se dão em decorrência de suas carências em busca de cuidados médicos (ANDERSEN, 1978).

Segundo Zucchi e Del Nero e Malik (1998), os fatores que agem na demanda por serviço de saúde são de natureza variada, podendo se sobrepor, o que aumenta a demanda, como necessidade sentida, fatores psicossociais, seguridade social, demografia, epidemiologia, utilização dos serviços, regulamentação e fatores culturais.

Com efeito, essas demandas também podem estar relacionadas com características biológicas, socioeconômicas, carga genética, idade, sexo, renda, escolaridade, hábitos de vida e de consumo; sendo importantes por estarem ligadas ao perfil epidemiológico e de necessidades, tais como as preferências, decisões e capacidades do indivíduo na busca por serviços de saúde. Além da necessidade, os fatores de capacitação e predisposição determinam o uso efetivo de serviços de saúde. Para o autor, os fatores de capacitação estão associados às características socioeconômicas e os fatores de predisposição, à propensão às necessidades e influenciam as chances de uso de serviços. Para a transformação de necessidades em demandas é necessário haver competência e oferta, que consistem na capacidade do sistema de saúde em atender as demandas por serviço de saúde à população, sendo os principais fatores a disponibilidade, a acessibilidade, a quantidade e a localização de recursos humanos, tecnológicos e financeiros (ANDERSEN, 1978).

Para Ramos e Lima (2003), o acesso e acolhimento são elementos essenciais do atendimento. O autor identifica diversos problemas nos serviços básicos, tais como: serviços com áreas físicas pequenas, imensas filas, demanda reprimida, comercialização de lugar na fila de espera, inexistência de qualificação

dos funcionários da recepção, mau atendimento no momento da consulta, estabelecendo relações frias, desumanas e de desinteresse.

O acesso à saúde está ligado às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação, englobando a acessibilidade aos serviços, que ultrapassa a dimensão geográfica e abrange o aspecto econômico, relativo aos gastos diretos ou indiretos dos usuários com o serviço, o aspecto cultural envolvendo normas e técnicas adequadas aos hábitos da população e o aspecto funcional pela oferta de serviços adequados às necessidades da população (UNGLERT, 1995).

Segundo Acurcio e Guimarães (1996), a acessibilidade é a capacidade de obtenção de cuidados de saúde, quando necessário, de modo fácil e conveniente. Assim, parâmetro ideal de deslocamento aos serviços de saúde deve ser a caminhada de, no máximo, 20 a 30 minutos, devendo-se levar em conta os aspectos relacionados com o custo do transporte coletivo, o tempo de espera e de deslocamento.

De acordo com Frenk (1985), são considerados obstáculos para utilização dos serviços o custo, a localização, a forma de localização e a demora para obtenção do atendimento.

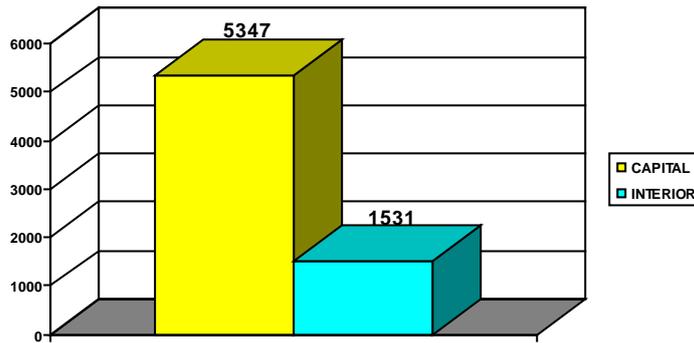
Portanto, entende-se que acesso é a distância da Unidade de Saúde e o local de moradia do indivíduo, tempo e meios utilizados para o deslocamento, dificuldades a enfrentar para obtenção do atendimento (filas, local e tempo de espera), tratamento recebido pelo usuário, priorização de situações de risco, urgências e emergências, respostas obtidas para demandas individuais e coletivas e possibilidades de agendamento prévio (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Quanto ao acolhimento, para Merhy (1997), significa a humanização das relações entre os trabalhadores e serviços de saúde com seus usuários, assim é uma ferramenta para organização dos serviços, com o objetivo de garantir acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento. Acolhimento é a postura do trabalhador de colocar-se no lugar do usuário, para sentir quais são suas necessidades e, na medida do possível, atendê-las ou direcioná-las para o ponto do sistema que seja capaz de responder as demandas (RAMOS; LIMA, 2003).

De acordo com os dados do SINAN/CDERM (2009), a demanda de hanseníase em uma série histórica de 2001 a 2008 em relação à procedência, revela que a maioria dos pacientes é oriunda da capital do Estado (78%). (Gráfico

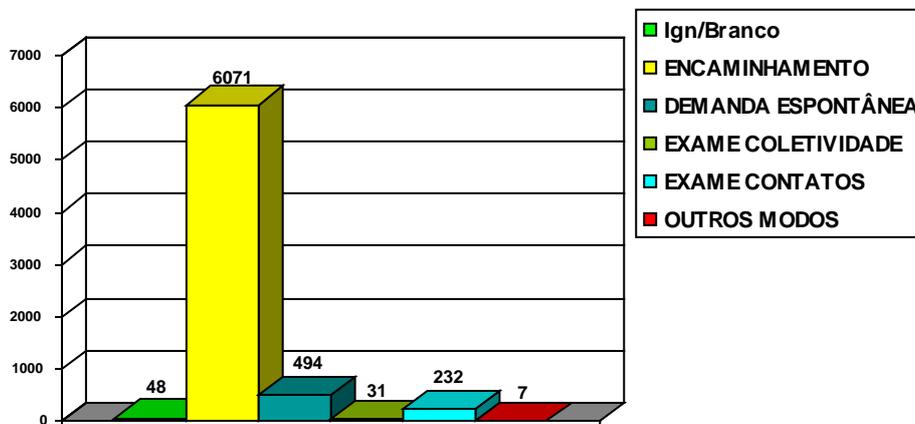
7). Quanto ao modo de entrada, a demanda espontânea (aquela em que o usuário procura o Centro com autonomia) tem uma média de 7%, comparativamente com 88% de encaminhamentos, revelando a ausência de uma rede de atenção primária capacitada e atuante no tocante ao diagnóstico da doença.

Gráfico 7 - Distribuição dos casos novos de hanseníase do CDERM, segundo a procedência – 2001 a 2008



Fonte: Dados de 2009 do SINAN/CDERM.

Gráfico 8 - Distribuição dos casos novos de hanseníase do CDERM, segundo modo de entrada – 2001 a 2008



Fonte: Dados de 2009 do SINAN/CDERM.

O acesso ao Programa de Controle da Hanseníase no CDERM se organiza da seguinte forma: os pacientes vão por demanda espontânea ou referenciados por outras unidades de saúde do Município ou do Estado. Os usuários suspeitos de hanseníase são vistos inicialmente no serviço de triagem por um médico residente, que se confirmada a suspeição diagnóstica, encaminha o usuário ao ambulatório especializado de hanseníase para confirmação do diagnóstico, sendo então solicitados os exames de rotina, incluindo baciloscopia do esfregaço

dérmico e histopatologia de biópsia cutânea, se necessário, e avaliação do grau de incapacidade física instalada.

Após a confirmação do diagnóstico e notificação do caso é iniciado o tratamento específico, ou seja, a poliquimioterapia, sendo os pacientes apazados mensalmente para receber a dose supervisionada em consulta de enfermagem e, em casos de intercorrências, recebem assistência médica no mesmo dia. Além dos pacientes em curso de tratamento, um número considerado de usuários que já concluíram a PQT, recebendo alta por cura, é atendido pela equipe para acompanhamento de estados reacionais e reabilitação de sequelas da doença, o que constitui uma expressiva demanda de usuários.

Em abril de 2008, realizou-se um estudo sobre a demanda dos usuários que procuram atendimento médico no CDERM, no período de 01 a 31 de março. O estudo constou de 02 etapas: a primeira através de um levantamento de todos os atendimentos médicos realizados no período por meio dos mapas de atendimento diário por profissionais do CDERM e a segunda constou da revisão dos prontuários para se saber qual o motivo da demanda dos usuários. A amostra de 565 pacientes apresentou os seguintes resultados: 11% eram usuários suspeitos de hanseníase, 38% encontravam-se em tratamento para essa patologia e 33,2% compareceram para consulta pós-alta. Dos usuários que estavam em tratamento (38%), além da consulta rotineira de enfermagem para administração de dose supervisionada, a grande maioria (36,7%) procurou atendimento médico por apresentar sintomas e sinais de estados reacionais; entre os pacientes que já haviam recebido alta por cura (33,2%), 75% procuraram o atendimento médico para acompanhamento de episódios reacionais.

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo Geral

Identificar os fatores associados à demanda de usuários com diagnóstico de hanseníase em um Centro de Referência no Nordeste do Brasil.

5.2 Objetivos Específicos

Caracterizar o perfil da demanda de usuários do Programa de Controle da Hanseníase do Centro de Referência.

Identificar, dentro da estrutura organizacional do Centro de Referência, os fatores associados à permanência dos usuários na Unidade.

Identificar, junto aos usuários do Centro de Referência, os fatores associados às Unidades da Rede de Atenção Primária e ao Centro de Referência, que interferem na sua escolha pelo local de atendimento.

Identificar os fatores socioeconômicos e culturais associados à demanda do CDERM.

6 MATERIAL E MÉTODO

6.1 Lugar do Estudo

O estudo teve como foco a demanda de usuários com diagnóstico de hanseníase, atendidos e tratados no Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia (CDERM), localizado na SER II do município de Fortaleza.

Fortaleza é uma capital nordestina que possui cerca de 2,4 milhões de habitantes; e, apesar de ser uma cidade com “ares cosmopolita”, convergem em sua cultura elementos de tradições rurais e “códigos de honra”, aspectos de uma sociedade contemporânea, urbanizada e com acesso a tecnologias de ponta. Trata-se de uma cidade de grande porte, cuja maioria da população é de pessoas vindas de cidades do sertão cearense e zonas rurais, mas que tem recebido também um grande fluxo de imigrantes, atraídos por seu forte caráter turístico (ANUÁRIO DO CEARÁ, 2008).

6.2 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo de demanda de abordagem quantitativa, de caráter operacional e de natureza descritiva com desenho transversal. Os estudos transversais são indicados quando se pretende estipular a frequência de ocorrências em saúde, que se manifestam em uma determinada população, sendo apropriados para responder à pergunta: existem conexões entre o fator de risco e o desfecho do estudo em questão? Lembrando que não há necessariamente nessa conexão uma relação de causalidade ou causa e efeito (BASTOS; DUQUIA, 2007).

Os estudos de demanda têm como finalidade conhecer o perfil de uma parcela da população atendida em serviços de saúde em um dado período. A pesquisa descritiva tem como propósito observar, descrever e explorar aspectos de uma situação, pois se observa, registra-se, analisa-se, correlaciona-se fatos ou fenômenos sem manipulá-los, procurando descobrir com a precisão possível a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e características (POLIT, 1995).

6.3 População do Estudo

Todos os usuários do programa de hanseníase que compareceram ao CDERM no período da manhã e da tarde, em diferentes dias da semana, nos meses de setembro a dezembro de 2005, foram convidados a participar do estudo, independente de sexo, idade e tipo de demanda, até que se alcançasse a amostra de 600 sujeitos, calculada considerando-se o total de pacientes atendidos no programa de hanseníase do CDERM no ano de 2004 (IC=95%, *power*=80%, n=36.000, prevalência de fenômeno em estudo=30% e erro=4%).

Foram excluídos do estudo aqueles que não assinaram o termo de consentimento e que não apresentavam condição física e/ou emocional de responder a um questionário.

6.4 Coleta de Dados

A primeira fase do estudo constou da aplicação de questionários estruturados, submetidos a pré-teste e adaptados após análise preliminar, aos usuários que se dispuseram a participar da pesquisa durante os quatro meses do estudo (1º de setembro a 31 de dezembro de 2005). Os dados secundários foram coletados através de revisão dos respectivos prontuários e do banco de dados do SINAN. Também foram coletados dados dos serviços de saúde percorridos pelos participantes até chegarem ao CDERM, cujas variáveis permitiam uma caracterização socioeconômico-demográfica e clínico-epidemiológica de casos.

Foram coletadas variáveis que permitissem a caracterização socioeconômico-demográfica e cultural dos usuários e a análise dos fatores relacionados à doença e às características dos serviços no CDERM e nas Unidades Básicas de Saúde que interferem na demanda. A classe econômica foi construída a partir da proposta do Critério Brasil, utilizando o método preconizado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2005).

Com base nessa caracterização das variáveis, os dados coletados foram analisados observando-se idade, sexo, cor da pele, escolaridade, estado civil, ocupação e renda familiar. Nas análises clínico-epidemiológicas, as variáveis estudadas sobre a hanseníase foram: classificação clínica e operacional, número de lesões, data do diagnóstico, baciloscopia e tratamento. Quanto à demanda, as

análises foram concentradas nas unidades de saúde próximas à residência ou ao local de trabalho dos pacientes, unidades que tratam da hanseníase, procura de atendimento em outra unidade e os motivos que fizeram procurar o CDERM.

6.5 Aspectos Éticos

O projeto, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia (CDERM), credenciado pelo Conselho Nacional de Saúde (CONEP)/MS, estando de acordo com a resolução 196/96 do CNS-MS e legislação complementar.

Os sujeitos da pesquisa receberam uma explanação da natureza e dos objetivos do estudo, entendendo que estavam livres para retirar-se a qualquer momento do mesmo, sem serem obrigados a fornecer motivo de fazê-lo e sem que isso causasse qualquer prejuízo no seu atendimento junto à instituição que o assiste. O conteúdo do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi explicado aos entrevistados - em linguagem oral - de modo a facilitar seu entendimento.

Conforme afirmada, anteriormente, a população investigada limitou-se aos usuários do programa de controle da hanseníase, que compareceram ao CDERM com qualquer tipo de demanda. A amostra se constituiu de pessoas de ambos os sexos e todas as faixas etárias.

Escolheu-se por aplicar os questionários aos pacientes que estavam sendo assistidos pela equipe do turno da manhã e da tarde, em diferentes dias da semana. Estes foram abordados e, gentilmente, convidados a participar do estudo.

A amostra contou com 600 usuários (IC=95%%, *power*=80%, *n*=36.000, prevalência de fenômeno em estudo=30% e erro=4%).

6.6 Análise dos Dados e Elaboração do Relatório

Os dados apresentados foram tabulados e analisados através de médias, proporções e outras medidas, comparados por meio dos métodos estatísticos adequados. Delineou-se, inicialmente, um perfil geral dos dados socioeconômico-

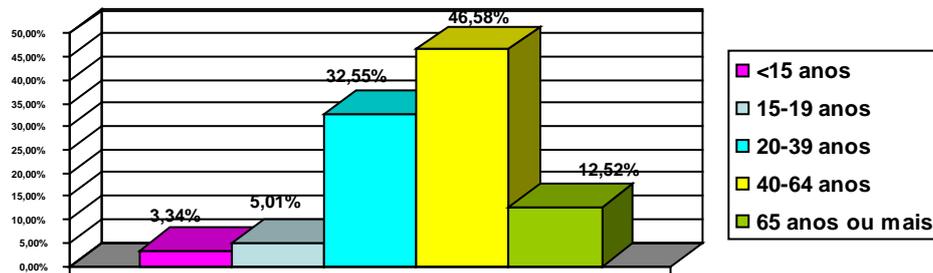
demográficos dos pesquisados e uma posterior análise dos dados clínicos e seus respectivos tratamentos, bem como da demanda dos pacientes.

7 RESULTADOS

Os resultados apresentados a seguir decorrem das investigações feitas com 600 usuários do programa de controle da hanseníase do CDERM, sendo os dados levantados através de questionários aplicados aos pacientes em tratamento durante os turnos da manhã e da tarde. Esses dados referem-se à caracterização do perfil socioeconômico e demográfico e clínico-epidemiológico dos casos de hanseníase, bem como aos fatores relacionados ao serviço de atendimento do CDERM. Salienta-se que nenhum dos usuários relutou em participar da pesquisa.

7.1 Caracterização Socioeconômica e Demográfica

A maioria dos 600 usuários entrevistados do programa de controle da hanseníase do CDERM, participantes da pesquisa, era do sexo masculino (56,9%), de pele parda ou negra (65,3%), pertencentes à faixa etária de 20 a 64 anos (79,1%), como descrito no Gráfico 9. Na Tabela 5, observou-se que os menores de 15 anos corresponderam a 3,3%. Quanto ao estado civil, a maioria respondeu que tinha união estável (56%). Foi constatado baixo grau de escolaridade, de forma que 68,7% dos entrevistados possuíam primeiro grau incompleto. A religião predominante foi a católica (78,3%). Quanto à ocupação, 38,5% dos usuários encontravam-se desempregados no momento da pesquisa, sendo a prestação de serviços a principal área de atuação dos que estavam trabalhando (42,9%). A grande maioria dos usuários (82,2%) pertencia a classes sociais mais baixas (D e E), com renda familiar entre 1 e 4 salários mínimos (70,6%). Com relação ao local de residência, a maioria era proveniente de bairros da periferia do município de Fortaleza, como exemplo a Secretaria Regional (SER) V, região com baixos indicadores socioeconômicos, conhecida como área de população vulnerável a agravos infecto-parasitários, sendo responsável por 28,3% dos casos de hanseníase do Município. Os municípios do interior do Estado representaram 22,6% dos usuários, ou seja, cerca de 54 municípios participaram do estudo.

Gráfico 9 - Distribuição dos casos segundo Faixa Etária

Fonte: Dados da Pesquisa.

Tabela 5 - Características dos usuários entrevistados - CDERM, 2005

Variável	N	%
Socioeconômico-demográficas		
Sexo		
Masculino	338	56,9
Feminino	256	43,1
Idade		
<15	20	3,5
15-19	30	5,0
20-39	195	32,5
40-64	279	46,6
65 ou mais	75	12,5
Cor da pele		
Branca	206	34,7
Parda	246	41,4
Negra	142	23,9
Estado Civil		
Solteiro	179	29,8
União estável	336	56,0
Separado/divorciado	40	6,7
Viúvo	45	7,5
Religião		
Católica	469	78,3
Protestante/Evangélica	93	15,5
Outras	13	2,0
Nenhuma	24	4,0
Variável	N	%
Escolaridade		
Até primeiro incompleto	412	68,7
Primeiro grau completo + seg. grau incompleto	92	15,3
Segundo grau completo ou mais	96	16,0
Situação trabalhista		
Trabalhando	233	38,8
Desempregado	231	38,5
Aposentado	96	16,0
Dona de casa	16	2,7
Estudante	24	4,0
Classe Social		
A/B	13	2,5
C	79	15,3
D/E	424	82,2
Renda familiar		
< de 1 salário mínimo	148	25,8

1 a 4 salario mínimo	405	70,6
4 salários mínimos ou mais	21	3,7
Atividade principal		
Indústria	25	10,7
Comércio	46	19,7
Prestação de Serviços	100	42,9
Agropecuária	19	8,2
Construção Civil	23	9,9
Serviço Público	20	8,9
Local de Residência		
SER I	52	8,8
SER II	16	2,7
SER III	91	15,3
SER IV	55	9,3
SER V	198	28,3
SER VI	77	13,0
Outros municípios	134	22,6

Fonte: Elaboração Própria da Autora.

7.2 Caracterização Clínico-Epidemiológica dos Casos

Nesse aspecto, pouco mais da metade dos participantes (51,3%) afirmaram que já ouvira falar em hanseníase antes do seu diagnóstico, sendo a mídia a principal fonte de informação, com destaque para a televisão (24,6%).

A forma clínica predominante foi a dimorfa (57,8%), sendo a classificação operacional na maioria (86,7%), a multibacilar. No que se refere ao diagnóstico, 60,8% apresentavam grau de incapacidade zero e 70,0% dos casos apresentavam mais de cinco lesões cutâneas. Cerca de 90% dos usuários chegaram ao CDERM encaminhados de outras unidades de saúde. Destes, 63,6% encontravam-se em tratamento no dia da entrevista. Salienta-se que 61,6% dos usuários encaminhados realizaram no CDERM consulta médica de rotina e 25,1% realizaram consulta de enfermagem.

Tabela 6 - Caracterização clínico-epidemiológica dos casos de hanseníase entre os usuários, CDERM, 2005

Variável	N	%
Informação sobre a doença		
Conhecimento prévio		
Sim	306	51,3
Não	291	48,7
Fonte de informação prévia		
Mídia	146	24,6
Unidade de Saúde	31	5,2
Caso na família/conhecido	67	11,3
Pela comunidade	37	6,2
Não ouviu falar	291	4,9
Mais de uma fonte	22	3,7
Medo de estigma		
Sim	141	23,9
Não	448	76,0
Características Clínicas		
Forma clínica		
Indeterminada	10	2,3
Tuberculóide	54	12,5
Dimorfa	249	57,8
Variável	N	%
Dirchowiana	118	27,4
Classificação Operacional		
PB	58	13,3
MB	377	86,7
Grau de incapacidade no diagnóstico		
Grau 0	259	60,8
Grau 1	115	27,0
Grau 2	52	12,2
Características da demanda		
Modo de detecção	387	90,0
Encaminhamento	24	5,6
Demanda espontânea	2	0,5
Exames de coletividade	16	3,7
Exames de contatos	1	0,2
Outros modos		
Situação em relação ao tratamento		
Antes do tratamento	81	13,5
Em tratamento	382	63,6
Pós tratamento	137	22,9
Motivo da visita ao CDERM		
Consulta médica de rotina	365	61,5
Estados reacionais	18	3,0
Consulta de enfermagem	149	25,1
Prevenção de Incapacidade	9	1,5
Fisioterapia	16	2,7
Exames laboratoriais/biópsia	14	2,4
Curativo	7	1,2
Consulta médica especializada	9	1,5
Outros	6	3,7

Fonte: Elaboração Própria da Autora.

7.3 Características dos Usuários quanto aos Serviços Públicos de Saúde

A quase totalidade dos usuários entrevistados (94,7%) procurou atendimento tanto na unidade básica de saúde como no CDERM, a partir de sua residência. Embora 92% tenham referido a procura de uma unidade de saúde próxima a sua residência e 69,2% tenham procurado atendimento em outro local antes de se dirigirem ao CDERM, 73,2% afirmaram não saber da existência de tratamento para hanseníase nessas unidades de saúde. Ainda, foram citados pelos usuários 263 diferentes locais procurados para atendimento na tentativa de resolução de suas queixas.

O período entre a decisão do usuário de procurar atendimento até obtê-lo, em qualquer unidade de saúde, variou de menos de um mês para 48,7% dos usuários até mais de vinte e quatro meses para 8,0% dos mesmos. A maior parte dos entrevistados dirigiu-se ao CDERM de ônibus (84,2%), sendo o tempo de deslocamento de menos de uma hora (76,7%) com o acesso considerado bom (88,8%), enquanto que para a unidade básica mais próxima, 84,2% fizeram o percurso a pé em um tempo de até 30 minutos (96,2%).

Tabela 7 - Características dos usuários quanto aos serviços públicos de saúde, CDERM, 2005

Variável	N	%
Origem do deslocamento dos casos para atendimento no CDERM e na UBS		
Residência	568	94,7
Trabalho	15	2,5
Ambos	17	2,8
Unidade de Saúde perto de casa		
Sim	552	92,0
Não	41	6,8
Não sei	7	1,2
Procurou por atendimento em outro local antes do CDERM		
Sim	414	69,2
Não	184	30,8
Conhecimento sobre tratamento em outras US		
Sim	160	26,8
Não	436	73,2
Tempo decorrido entre a decisão até o atendimento		
≤ 30 dias	291	48,7
1 a 6 meses	141	23,6
6 a 12 meses	50	8,4
12 a 24 meses	67	11,2
Variável	N	%
Acima de 24 meses	48	8,1

Meio de transporte da residência ao CDERM		
Ônibus	478	84,2
Automóvel	67	11,8
Bicicleta	8	1,4
A pé	5	0,8
Outros	10	1,8
Tempo percorrido da residência ao CDERM		
Até 30 minutos	176	30,9
De 30 minutos a 01 hora	260	45,8
Mais de 01 hora	132	23,3
Acesso da residência ao CDERM		
Bom	530	88,8
Regular	55	9,2
Péssimo	12	2,0
Meio de transporte da residência a UBS		
Ônibus	31	5,2
Automóvel	19	3,2
Bicicleta	24	4,0
A pé	505	84,1
Outros	21	3,5
Tempo percorrido da residência a UBS		
Até 30 minutos	577	96,2
De 30 minutos a 01 hora	16	2,8
Mais de 01 hora	6	1,0

Fonte: Elaboração Própria da Autora.

Dos usuários participantes deste estudo, grande parte (62,6%) encontrava-se em tratamento no momento da pesquisa, com predominância do esquema de tratamento PQT/MB com doze doses. É importante destacar que 93,0% já haviam comparecido anteriormente ao CDERM pelo menos uma vez. No dia da entrevista, 61,6% estavam presentes no CDERM para consulta médica de rotina, e 25,1% para consulta de enfermagem e recebimento da dose supervisionada.

7.4 Fatores Relacionados ao Serviço

O tempo de espera para atendimento no CDERM foi de até três horas para a maioria (85,7%), sendo que, para aproximadamente metade dos usuários (59,9%), o tratamento foi iniciado uma semana após o primeiro atendimento. Isto ocorre devido à rotina de atendimento no CDERM, que pressupõe a realização de exames laboratoriais antes da instituição da PQT.

Aproximadamente um terço (33,5%) recebeu doação de vale-transporte ou vale-refeição pelo menos uma vez no CDERM, porém, 84,6% destes afirmaram que permaneceriam no CDERM mesmo sem esses benefícios.

Diferentemente do que ocorre nas unidades básicas de saúde, o CDERM funciona em horário ininterrupto das 7:00h às 17:00h. Isso levou 38,8% dos usuários a afirmarem que o funcionamento em horário integral contribuía para sua permanência no CDERM. Pouco mais da metade (57,3%) dos usuários asseguraram que nunca deixaram de receber a medicação prescrita no CDERM, enquanto que nas unidades básicas de saúde a percentagem foi de apenas 26,9%. Observou-se também que, no CDERM, 87,8% dos usuários sempre realizaram os exames solicitados, enquanto que nas unidades básicas de saúde o percentual foi de 34,3%.

Quanto ao material específico para reabilitação dos usuários, foi distribuído a 16,8% dos usuários, sendo o item mais dispensado as sandálias (70%), seguido de material para curativos (10%). Dos usuários que receberam o material, 49% afirmaram que esse benefício contribuiu muito para sua permanência no CDERM.

O grau de compromisso dos profissionais do CDERM foi considerado ótimo por 61% dos usuários, enquanto nas unidades básicas de saúde este percentual cai significativamente para 14,4%. Da mesma forma, 87,6% afirmaram estar satisfeitos com a atuação dos profissionais no CDERM. Já quando se referiram aos profissionais das unidades básicas de saúde, apenas 50,3% sentiam-se satisfeitos.

Tabela 8 - Aspectos relacionados ao serviço

VARIÁVEL	N	%
Tempo decorrido do ingresso no CDERM até o atendimento		
Uma hora	125	21,0%
De uma a três horas	386	64,8%
De três a seis horas	65	10,9%
Um dia	7	1,2%
Mais de um dia	13	2,2%
Referência sobre recebimento VT/VR		
Sim	201	33,5%
Não	428	66,5%
Resposta dos casos sobre permanência ou não sem benefício VT/VR no CDERM		
Sim	170	84,6%
Não	31	15,4%
Referência sobre ter procurado o CDERM no horário do almoço		
Sim	225	38,4%
Não	361	61,0%
Referência sobre ter recebido atendimento no horário de almoço		
Sim	177	75,6%
Não	57	24,4%
Horário integral contribui para permanência no CDERM		
Sim	174	38,4%
Não	274	61,2%
Satisfação com o profissional do CDERM		
Sim	507	87,6%
Não	64	11,0%
Não sei	8	1,4%
Satisfação com o profissional da UBS		
Sim	300	50,2%
Não	214	35,8%
Não sei	83	13,9%
Referência sobre o não recebimento de medicação no CDERM		
Nenhuma vez	318	57,3%
Uma vez	55	9,9%
Várias vezes	121	21,8%
Não sei	61	10,9%
Referência sobre o não recebimento de medicação nas UBS		
Nenhuma vez	160	26,9%
Uma vez	5	0,9%
Várias vezes	258	43,4%
Não sei	171	28,8%
Já deixou de realizar algum exame solicitado no CDERM		
Nenhuma vez	520	87,8%
Uma vez	3	0,51%
Várias vezes	24	4,0%
Não sei	45	7,6%
Já deixou de realizar algum exame na UBS		
Nenhuma vez	204	34,3%
Uma vez	9	1,5%
Várias vezes	114	19,2%
Não sei	267	44,9%
Recebeu material específico para reabilitação		
Sim	100	16,7%
Não	497	83,2%
VARIÁVEL	N	%
Se sim, qual		
Sandálias	70	70,0%

Muletas	6	6,0%
Férolas	5	5,0%
Talas	3	3,0%
Material de curativos	10	10,0%
Sandália/muletas	1	1,0%
Sandália/mat. de curativo	5	5,0%
Quanto este benefício tem contribuído para permanência no CDERM		
Muito	49	49,0%
Pouco	45	45,0%
Não contribui	6	6,0%
Grau de compromisso dos profissionais do CDERM com seu tratamento		
Ótimo	353	61,1%
Bom	199	34,4%
Regular	24	4,1%
Insuficiente	2	0,4%
Grau de compromisso dos profissionais da UBS com seu tratamento		
Ótimo	71	14,4%
Bom	200	40,6%
Regular	123	24,9%
Insuficiente	99	20,1%
Conhecimento sobre tratamento em outras US		
Sim	160	26,8%
Não	436	73,1%
Conhecimento sobre outras UBS que tratam hanseníase		
Sim	149	25,3%
Não	439	74,7%

Fonte: Elaboração Própria da Autora.

8 DISCUSSÃO

Os processos de ações de um sistema de saúde referem-se tanto à oferta dos serviços como à demanda de usuários. Segundo Starfield (2004), os sistemas de saúde reconhecem as necessidades dos pacientes e os profissionais formulam um diagnóstico para depois encaminhá-los a um tratamento específico, sendo um processo.

Para Travassos *et al.* (2000), a demanda dos serviços de saúde advém das necessidades e do comportamento dos usuários frente a seus problemas e suas queixas, levando-se em consideração os serviços e recursos disponíveis para o pronto atendimento.

Destaca-se, neste estudo, que os usuários pesquisados revelaram um perfil socioeconômico precário, em virtude de condições sociais que favorecem uma maior incidência da hanseníase e são determinantes para a propagação da doença. De fato, isso só vem reforçar que essa patologia está intimamente ligada a aspectos de estruturas sanitárias, má-nutrição, baixa autoestima, moradia com alto nível de aglomeração e dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Ressalta-se que as diferentes condições individuais e sociais manifestadas pelo acesso aos serviços de saúde, ao diagnóstico e tratamento a que os indivíduos são submetidos, aumentam suas chances de se contaminarem pelo *Mycobacterium leprae*.

A baixa escolaridade revelada pelos dados deste estudo, além de estar relacionada com altos índices de desemprego e baixa renda familiar, possivelmente, refletem na deficiência de conhecimento sobre a doença e na dificuldade de assimilação dos aspectos educacionais relacionados a ela, divulgados pela mídia e profissionais de saúde. Esses aspectos e, conseqüentemente, a demora na procura pelo atendimento para suas queixas contribuem para uma maior vulnerabilidade a que os usuários estão expostos. Os dados desta investigação sugerem que as desigualdades sociais são fatores determinantes na demanda por serviços de saúde e que a questão da equidade em saúde (um dos princípios do SUS) deve ser levada em consideração no momento do atendimento.

A literatura internacional aponta, frequentemente, para uma maior prevalência de ocorrência de casos da doença no gênero masculino (SEHGAL, 1970; BELDA; LOMBARDI, 1979; SEHGAL; SEHGAL, 1988). Porém, neste trabalho, não se constatou uma diferença significativa entre os gêneros, haja vista que 56,9%

dos pesquisados foram do sexo masculino, observando-se uma diferença de apenas 13,8 pontos percentuais com relação ao sexo feminino. A hanseníase acometeu, principalmente, a população economicamente ativa de 20 a 64 anos e, em menor número, os indivíduos com idade superior a 65 anos, em consonância com a literatura existente (BELDA; LOMBARDI, 1979).

Esta pesquisa constatou uma predominância de pacientes com cor de pele parda e negra. Esse fato pode estar mais relacionado às baixas condições socioeconômicas da população não branca no País do que às questões propriamente biológicas, relativas à etnia.

O significativo percentual de usuários que não tinham nenhum conhecimento anterior sobre a doença reforça o baixo nível de escolaridade e a falta de acesso à informação. Por outro lado, o meio de comunicação mais citado foi a televisão, cuja extensa disseminação na população permitiria um contato com as informações transmitidas. Ao lado disso, pode-se ressaltar a falta de ações de promoção da saúde nas unidades de saúde básica, contribuindo para o desconhecimento sobre essa patologia, em desacordo com o que preconiza a Portaria 648/06: promover ações individuais e coletivas, de promoção e prevenção de doenças no âmbito da Atenção Básica.

Observou-se, neste estudo, um gradiente espacial de casos em alguns bairros do município de Fortaleza. Esse fato já foi anteriormente confirmado pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA) e por um estudo ecológico (KERR-PONTES, et al. 2004), que mostrou associação entre essa concentração de casos com a desigualdade social, altas taxas de urbanização decorrentes de migração de populações de áreas rurais ou mais pobres para periferia de áreas urbanas, baixo nível de escolaridade e crescimento populacional desorganizado. A região de Fortaleza que mais apresentou essas condições coincide com a que apresentou maior número de casos da doença, reforçando os achados de estudos anteriores. (KERR-PONTES *et al.*, 2004). A distribuição dos usuários de acordo com sua procedência revelou que a maioria absoluta é oriunda da capital, mostrando que a rede básica do município de Fortaleza ainda não vem assumindo a demanda dos casos de hanseníase da sua área de abrangência.

A predominância das formas multibacilares nos casos investigados mostrou a mesma tendência encontrada nos casos notificados no Estado a partir de 1999 (SESA, 2002). O percentual de incapacidades (grau 2) instaladas, de acordo

com o preconizado pelos indicadores epidemiológicos para hanseníase do MS, estavam acima dos parâmetros aceitáveis. A grande maioria dos pacientes foi encaminhada por outras unidades, após procura de inúmeros locais antes de conseguir um atendimento direcionado à sua patologia, o que contribuiu para um evidente retardo do diagnóstico.

Apesar dos usuários terem referido existir alguma unidade de saúde próxima a sua residência, a maioria dos pacientes desconhecia a existência de tratamento nessas unidades. Além disso, o longo período decorrido entre a decisão de procurar atendimento para elucidar o caso é importante no diagnóstico tardio da hanseníase. Outro aspecto relevante que pode se relacionar tanto com o diagnóstico tardio quanto à procura por uma unidade fora da sua área de residência é o medo de sofrer (ou já ter sofrido) discriminação devido à doença.

Vários fatores podem estar contribuindo para a procura dos usuários pelo CDERM e para sua permanência nessa unidade de referência. Dentre eles, pode-se citar o curto período de espera pelo atendimento e para sua efetivação; o fácil acesso ao local através dos meios de transporte coletivos (principalmente a partir da própria residência dos pacientes); o atendimento em tempo integral, inclusive em horário de almoço; os benefícios recebidos por uma parcela dos pacientes, tais como vale-transporte e refeição; e, ainda, o recebimento dos materiais específicos de reabilitação e de curativo, fornecidos apenas por este centro de referência. Além disso, enquanto que Unidades Básicas de Saúde nem sempre forneciam as medicações necessárias para o tratamento adequado, o CDERM foi referido pela maioria como um centro onde há uma sistemática quase que ininterrupta de distribuição dessas medicações. O mesmo aconteceu em relação a exames laboratoriais solicitados para elucidação diagnóstica.

Esse dado traduz a qualidade dos serviços prestados no CDERM, bem como o seu caráter resolutivo no que tange à assistência a pacientes portadores de hanseníase.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar este estudo, três considerações merecem ser feitas:

A primeira é que fica em aberto o caminho para outros profissionais melhorarem e avançarem nessa discussão, já que a hanseníase não parece dar sinal de desarraigamento. Os dados revelaram uma grande incidência da doença no município de Fortaleza. Seguramente, esses episódios da doença estão associados a diferentes circunstâncias, entre elas, as baixas condições socioeconômicas e culturais dos pacientes, que levam a sua vulnerabilidade e falta de conhecimento sobre a doença; dificuldade de acesso a unidades com serviços adequados ao diagnóstico e tratamento da hanseníase; a discriminação da qual ainda são vítimas os pacientes.

A segunda consideração é que os dados mostraram que vários fatores podem estar contribuindo para a permanência do paciente no CDERM. Esses fatores se referem ao alcance do compromisso do profissional da saúde do CDERM, tendo em vista a revelação dos usuários ao manifestar um alto grau de satisfação em relação ao atendimento recebido no centro de referência. Certamente, tal fato evidencia um compromisso não só em termos da composição multiprofissional, bem como em relação ao nível de formação e especialização da equipe. Se comparada aos profissionais das Unidades Básicas de Saúde, observa-se um significativo despreparo destes no tocante ao diagnóstico e atendimento. A facilidade de acesso ao centro de referência e, conseqüentemente, aos benefícios oferecidos sugere que os pacientes se sentem mais seguros e confiantes ao utilizar os serviços prestados pelo CDERM.

A terceira e última consideração a ser feita é que os dados expõem que a efetiva descentralização desse atendimento só ocorrerá se houver um grande esforço no treinamento das equipes de profissionais das Unidades Básicas de Saúde do Município. Provavelmente, um maior investimento em questões logísticas como funcionamento das unidades em horários ininterruptos, amplo acesso às medicações empregadas durante todo o processo de tratamento e a efetivação de um sistema de referência e contra-referência capaz de responder adequadamente às intercorrências clínicas e psicológicas da hanseníase poderá mudará consideravelmente o quadro de sobrecarga da demanda no CDERM.

O que se pode observar é que a hanseníase é uma doença que agrega uma série de complexidades em todo o seu processo de determinação, diagnóstico, tratamento e controle e não deve ser tratada de forma descompromissada nem por parte dos gestores e nem dos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

- ACÚRCIO, F. A.; GUIMARÃES, H. D. C. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 12, n. 2, p. 233-242, 1996.
- ALENCAR, S. C. S. **Doação de órgãos e tecidos: a vivência dos familiares de crianças e adolescentes doadores**. 2006. 161 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006.
- ANDERSEN, R. Health status indices and access to medical care. **American Journal of Health**, v. 68, n. 5, p. 458-463, 1978.
- ANDRADE, F. M. O. **O Programa de Saúde da Família no Ceará**. Fortaleza: EPS, 1998.
- ANDRADE, V. L. G.; SABROZA, P.; ARAUJO, A. J. G. Fatores associados ao domicílio e à família na determinação da hanseníase. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, supl. 2, p. 281-292, 1994.
- ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO CEARÁ. Fortaleza, 2008.
- AVELLEIRA, J. C. R.; NERY, J. A. O tratamento da hanseníase. **Rio Dermatológico**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 2-3, 1998.
- BASTOS, J. L. D.; DUQUIA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Science Medicine**, v. 17, n. 4, p. 229-232, 2007.
- BELDA, W.; LOMBARDI, C. Situação da Hanseníase no Estado de São Paulo em 1978. **Hansenologia Internationalis**, v. 4, p. 15-25.
- BOBIN, P. Control of leprosy in the world in 2004: current situation and perspectives. **Médecine Tropicale**, v. 64, n. 3, p. 235-237, 2004.
- BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL (BPA) DO CENTRO REFERÊNCIA NACIONAL EM DERMATOLOGIA SANITÁRIA DONA LIBÂNIA – CDERM, 2007.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 5 nov. 2005.
- BRASIL. Instrução Normativa nº 01, de 02 de janeiro de 1998. Regulamenta os conteúdos, instrumentos e fluxos do processo de habilitação de Municípios, de Estados e do Distrito Federal às novas condições de gestão pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB SUS 01/996. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Lei Federal nº 9.010, de 29 de março de 1995. Dispõe sobre a terminologia oficial relativa à hanseníase e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9010.htm>. Acesso em: 11 out. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle da hanseníase**: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para o controle da hanseníase**. Brasília, DF, 2008.

_____. **Estratégias do impulso final para a eliminação da hanseníase no Brasil**. Brasília, DF, 2002a.

_____. **Guia para o controle da hanseníase**. Brasília, DF, 2002b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 10; Série A Normas e Manuais Técnicos, n. 111).

_____. **Guia prático do Programa Saúde da Família: Sistema Único de Saúde: SUS**. Brasília, DF, 2000a.

_____. **Hanseníase**: atividades de controle e manual de procedimentos. Brasília, DF, 2001a.

_____. **Legislação sobre o controle da hanseníase no Brasil**. Brasília, DF, 2000b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância da saúde. **Indicador de monitoramento do comportamento da hanseníase no Brasil**. Brasília, 2007. (Nota técnica nº 10 de 2007 do Programa Nacional de Controle da Hanseníase.).

_____. **Manual de prevenção de incapacidades**. Brasília, DF, 2001b.

_____. **Pacto pela vida 2006**. Brasília, DF, 2006. 1 CD ROM.

_____. **Relatório de atividades do Serviço Nacional de Leprosia**. Brasília, DF, 1963.

_____. **Relatório de gestão da área técnica de dermatologia sanitária 1998-2001**. Brasília, DF, 2002c.

_____. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997.

_____. **Vigilância em saúde**: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/boletim_novembro.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2009.

BRASIL, 2001. Portaria nº 95 de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional Básica de Saúde – NOAS – SUS 01/2001. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, p. 145.

BRASIL. Portaria nº 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 22 fev. 2008. n. 36.

BRASIL. Portaria nº 814, de 26 de julho de 2000. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/8432-814>>. Acesso em: 2012.

CAMPOS, S. S. L. **Hanseníase no município de Sobral, Ceará: análise epidemiológica e operacional das ações de eliminação no período de 1997 a 2003**. 2005. 106 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Boletim Epidemiológico e Operacional de Hanseníase**, 2008.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Informe Epidemiológico da Hanseníase**, 2002.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Informe Epidemiológico da Hanseníase**, 2007.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Informe Epidemiológico da Hanseníase**, 2008.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, Cazaquistão. **Declaração de Alma Ata...** Cazaquistão, 1978. Disponível em: <www.opas.org.br>. Acesso em: 5 nov. 2005.

COSTA, D. F. A. C. **Entre idéias e ações: lepra, medicina e políticas públicas de saúde no Brasil (1898 – 1934)**. 2007. 410 f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

CUNHA, A. Z. S. Hanseníase, aspectos da evolução do diagnóstico, tratamento e controle. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p. 235-242, 2002.

CUNHA, V. S. **O isolamento compulsório em questão: políticas de combate à lepra do Brasil (1920-1941)**. 2005. 151 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

CURI, L. M. **Defender os sãos e consolar os lázaros: lepra e Isolamento no Brasil 1935/1976**. 2002. 231 f. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2002.

D'HAUCOURT, G. **A vida na Idade Média**. São Paulo: Martins Fontes, 1984.

EIDT, L. M. **O mundo da vida do ser humano: sentimentos e vivências.** 2000. 252 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Pontifícia Universidade Católica de Porto Alegre, Porto Alegre, 2000.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ. **Curso Técnico de Agentes Comunitários em Saúde: CTACS: etapa formativa 1: anual 1.** Fortaleza, 2005.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão da saúde.** Fortaleza, 2007.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Hanseníase. **Informe Epidemiológico,** Fortaleza, ano 1, n. 1, 2008. Disponível em: <http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms_v2/VigilanciaEpidemiologica_web/downloads/cevepi_2008_boletimHans_01.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2009.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 15, p. 345-353, 1999.

FRENK, J. M. El concepto y la medición de accesibilidad. **Salud Pública de México,** v. 27, p. 438-453, 1985.

FROHN, W. **Der Aussatz im Rheinland: sein Vorkommen und seine Bekämpfung** Gustav Fischer. Jena, 1933.

GOMIDE, L. R. S. **Órgãos de pais vivos: a lepra e as instituições preventórias no Brasil: estigma, preconceitos e segregação.** São Paulo: EDUSP, 1991.

HEYMANN, D. **A Estratégia do esforço final para eliminação da hanseníase como problema de saúde pública: perguntas e respostas.** 2. ed. Genebra: OMS, 2003. Disponível em: <<http://www.paho.org/Portuguese/AD/DPC/CD/lep-faqs.pdf>>. Acesso em: 9 out 2007.

IBGE. Contagem Populacional 2007. Rio de Janeiro, 2007.

INTERNATIONAL LEPROSY ASSOCIATION. Technical forum: the global situation of leprosy control of the 21st century. **International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases,** v. 70, p. 521-522, 2002.

IUNES, R. F. Demanda e demanda em saúde. In: PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. **Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde.** 3. ed. Brasília, DF: IPEA, 1995. cap. 4. Disponível em: <<http://www.ppge.ufrgs.br/ats/disciplinas/1/iunes-1995-2.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2008.

JULIANI, C. M. C. M. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** v. 33, n. 4, p. 323-333, 1999.

KALK, A.; FLEISCHER, K. The decentralization of the health system in Colombia and Brazil and its impact on leprosy control. **Leprosy Review**, v. 75, n. 1, p. 67-78, 2004.

KERR-PONTES, L. R. S. *et al.* Inequality and leprosy in Northeast Brazil: an ecological study. **International Journal of Epidemiology**, v. 33, n. 2, p. 262-269, 2004.

LAPA, T. M. *et al.* Análise da demanda de casos de hanseníase aos serviços de saúde através do de técnicas de análises espacial. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 12, p. 2575-2583, 2006.

LOCKWOOD, D. N.; SUNEETHA, S. Leprosy: too complex a disease for a simple elimination paradigm. **Bulletin World Health Organization**, v. 83, n. 3, p. 230-235, 2005.

MACHADO, K. Controle da hanseníase: agora, de olho nos jovens. **Radis**, n. 68, p. 10-13, 2008. Disponível em: <<http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/68/capa.html>>. Acesso em: 14 out. 2009.

MAGALHÃES, J. L. **A morphéa no Brasil**. Rio de Janeiro: [s.n.], 1882.

MAURANO, F. **Tratado de leprologia**: história da lepra no Brasil e sua distribuição geográfica. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Lepra, 1944. v. 1.

MEIMA, A. *et al.* The future incidence of leprosy: a scenario analysis. **Bulletin World Health Organization**, v. 82, n. 5, p. 373-380, 2004.

MELLO, D. L. Descentralização, papel dos governos locais no processo de desenvolvimento nacional e recursos financeiros necessários para que os governos locais possam cumprir seu papel. **Revista de Administração Pública**, v. 25, n. 4, p. 199-217, 1991.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MILLS, A. Conceptos y problemas de la descentralización: examen general. In: MILLS, A. *et al.* **Descentralización de los sistemas de salud**: conceptos, aspectos y experiencias nacionales. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1990. p. 11-46.

MONTEIRO, Y. N. Hanseníase: história e poder no estado de São Paulo. **Hansen International**, v. 12, n. 1, p. 1-7, 1987.

MOREIRA, T. A. A panorama of Hansen's disease: present status and perspective. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 10, supl. 1, p. 291-307, 2003.

MOREIRA, T. M. A. **Estudo de caso da avaliação da descentralização das ações programáticas de hanseníase**. 2002. 184 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

MOSCHELLA, S. L. An update on the diagnosis and treatment of leprosy. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 51, n. 3, p. 417-426, 2004.

OLIVEIRA, M. H. P.; ROMANELLI, G. Os efeitos da hanseníase em homens e mulheres: um estudo de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 1, p. 51-60, 1998.

OLIVEIRA, M. L. W. et al. Controle da hanseníase. In: LOMBARDI, C. et al. **Hanseníase: epidemiologia e controle**: São Paulo: Imprensa Oficial, 1990. p. 71-82.

OLIVEIRA, M. L. W. et al. **Hanseníase: cuidados para evitar complicações**. 2. ed. Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde, 1998. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidados_hanseníase.pdf>. Acesso em: 11 out. 2007.

_____. **Prevenção e controle de enfermidades: enfermidades transmissíveis: hanseníase: monitoramento da eliminação da hanseníase (LEM)**. Brasília, DF, 2004. 39 p. Disponível em: <<http://www.paho.org/Portuguese/AD/DPC/CD/lep-LEM-2003.htm>>. Acesso em: 15 out. 2007.

OPPROMOLLA, D. V. A. **Noções de hansenologia**. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, 1981.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Manual para o controle da lepra**. Genebra, 1989.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Quimioterapia da hanseníase para uso nos programas de controle**: relatório de um grupo de estudo. Genebra, 1982. (OMS/TRS, 675).

PEREIRA, G. F. F. M. **Características da hanseníase no Brasil: situação e tendência no período de 1985 a 1996**. 1999. 109 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1999.

PINTO, P. G. H. R. O estigma do pecado: a lepra durante a Idade Média. **Physis**, v. 5, n. 1, p. 131-144, 1995.

QUEIROZ, M. S.; PUNTEL, M. A. **A endemia hanseniana: uma perspectiva multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 1997.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 27-34, 2003.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília, DF: OPAS, 2008.

SHEPARD, C. C. Multiplication of mycobacterium leprae in the foot-pad of the mouse. **International Journal of Leprosy**, v. 3, n. 3, p. 291-306, 1962.

SILVA, A. C. **O impacto do Programa Saúde da Família no município de Sobral – Ceará: uma análise da evolução da saúde das crianças menores de cinco anos de idade no período de 1995-2002.** 2003. 135 f. Tese (Doutorado em Pediatria) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

SILVA, J. P. V.; PINHEIRO, R.; MACHADO, F. R. S. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os, significados e valores na construção da integralidade na reforma do Setor Saúde. **Saúde Debate**, v. 27, n. 65, p. 234-242, 2003.

SOUZA-ARAÚJO, H. C. **História da lepra no Brasil.** Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1946. 3v.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília, DF: UNESCO, 2004.

TALHARI, S. *et al.* **Dermatologia tropical: hanseníase.** 4. ed. Manaus: Gráfica Tropical, 2006.

TOBAR, F. O conceito de descentralização: uso e abusos. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 5, p. 31-51, jul. 1991.

TRAVASSOS, C. *et al.* Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000.

UNGLERT, C. V. S. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito sanitário.** São Paulo: Hucitec, 1995. p. 221-235.

VAN BEERS, S. M.; DE WIT, M. Y. L.; KLASTER, P. R. The epidemiology of mycobacterium leprae: recent insight. **FEMS Microbiology Letters**, n. 136, p. 221-230, 1996.

VASCONCELOS, J. M. L. **Análise do repasse de recursos financeiros, no biênio 1997/1998, a municípios prioritários para o alcance de meta de eliminação da hanseníase no Brasil.** 2002. 85 f. Dissertação (Mestrado em Administração de Saúde) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://www.obsnetims.org.br/adm/arq/dissertacao/1293738.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2007.

VELLOSO, A. P.; ANDRADE, V. **Hanseníase: cura para eliminar.** Porto Alegre: Edição das Autoras, 2002.

VISSCHEDIJK, J. *et al.* Leprosy control strategies and the integration of health services: an international perspective. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 6, p. 1567-1581, 2003.

WITT, R. R. Sistema de referência e contra-referência num serviço de saúde comunitária. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 19-23, 1992.

WHO. **Expert committee on leprosy**: seventh report. Geneva, 1998. (WHO Technical Report Series, n. 874).

YAMANOUCHI, A. *et al.* Hanseníase e sociedade: um problema sempre atual. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 68, n. 6, p. 396-404, 1993.

ZUCCHI, P.; DEL NERO, C.; MALIK, A. M. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. **Revista de Administração Pública**, v. 32, n. 5, p. 124-147, 1998.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**Secretaria de Saúde do Estado do Ceará / SESA – CE****CENTRO DE REFERÊNCIA NACIONAL EM DERMATOLOGIA
SANITÁRIA DONA LIBÂNIA**

FATORES DETERMINANTES DA DEMANDA EXCESSIVA PARA ASSISTÊNCIA
EM HANSENÍASE EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA NACIONAL NO NORDESTE
BRASILEIRO

No. do questionário

Entrevistador: _____ Data da entrevista: __/__/__

Nome/iniciais: _____

Supervisor: _____

Assinatura: _____

Data: __/__/__

1. Caracterização Socioeconômico-demográfica

101.	Você já tinha ouvido falar em Hanseníase antes?	Sim Não	1 2
102.	Se sim, aonde?	_____	
103.	Qual sua idade?	_____anos	
104.	Qual sexo?	Masculino Feminino	1 2
105.	Cor da pele	Branca Parda Negra Amarela Outra_____	1 2 3 4 -8
106.	Qual seu estado civil?	Solteiro Casado Junto/amigado Divorciado Desquitado/separado Viúvo Não respondeu	1 2 3 4 5 6 -9
107.	Qual a sua religião?	Católica Protestante Pentecostal Espírita Umbanda, candomblé, batuque Judaica Nenhuma Outra_____	1 2 3 4 5 6 7 -7 -3
108.	Você estudou até que série?	Não frequentei a escola Primeiro grau incompleto Primeiro grau completo Segundo grau incompleto Segundo grau completo Superior Pós-graduação Não respondeu	1 2 3 4 5 6 7 -9
109.	No momento você está:	Empregado Desempregado Autônomo, trabalha por conta própria Empregador Profissional universitário autônomo Dono de negócio familiar (não tem empregados) Fazendo bicos Outro_____	1 2 3 4 5 6 7 -8 -3 -9
110.	Qual é a atividade principal de seu trabalho?	Indústria Comércio Prestação de serviço Agropecuária Construção civil Serviço Público Não sabe informar Não quer informar	1 2 3 4 5 6 -3 -9

111.	Em qual dessas faixas de renda a sua família se enquadra? (SM=R\$260,00)	Sem rendimento Menos de um salário mínimo Um a menos de quatro salários mínimos Quatro a menos de oito salários mínimos Oito a menos de doze salários mínimos Doze salários mínimos ou mais Não sei Não respondeu	1 2 3 4 5 6 -3 -9
112.	Qual o grau de instrução do chefe da sua família?	Analfabeto Primeiro grau incompleto Primeiro grau completo Segundo grau incompleto Segundo grau completo Superior Pós-graduação Não sei Não respondeu	1 2 3 4 5 6 7 -3 -9
113.	Quantos destes itens você possui em sua casa? (CIRCULE A QUANTIDADE) Itens Aspirador de pó..... Automóvel..... Banheiro..... Empregada Mensalista..... Freezer (ou parte da duplex)..... Geladeira duplex..... Geladeira simples..... Máq. de lavar roupa..... Rádio..... TV em cores..... Videocassete.....	NS NR 0 1 2 3 4+ -3 -9 0 1 2 3 4+ -3 -9	
114.	Você sempre teve comida suficiente para a família?	Sim Não Não sei Não respondeu	1 2 -3 -9
115.	Você já passou por grandes dificuldades financeiras durante sua vida?	Sim Não Não sei Não respondeu	1 2 -3 -9
116.	Qual bairro onde você mora	_____	
117.	Qual o bairro onde você trabalha	_____	
118.	Você já sentiu medo de sofrer ou sofreu algum tipo de discriminação pela hanseníase?	Sim Não	

2. Caracterização (Só para casos)

		CÓDIGOS/CATEGORIAS		
201.	Classificação clínica	Indeterminada Tuberculóide Virshoviana Dimorfa BT Dimorfa BB Dimorfa BL Neural Pura Ignorada	1 2 3 4 5 6 7 -9	CLASSCL____

202.	Classificação Operacional	Paucibacilar Multibacilar Ignorado	1 2 -9	CLASSOP___
203.	Número de lesões	Única Duas a cinco Mais que cinco	1 2 3	NLESOES___
204.	Grau de incapacidade no diagnóstico	Grau 0 Grau 1 Grau 2	1 2 3	
205.	Data do diagnóstico	___/___/___		___/___/___
206.	Modo de detecção do caso	Encaminhamento Demanda espontânea Exame de coletividade Exame de contratos Outros modos Ignorado	1 2 3 4 8 -9	MODOENC___
207.	Baciloscopia	Índice Baciloscópico Médio_____	1 2 3 9	INBACILM___
208.	Já iniciou medicação?	Sim Não (Pule para 217) Não sabe (Pule para 217) Não respondeu (Pule para 217)	1 2 -3 -9	INICMEDIC___
209.	Data do início da medicação	___/___/___		___/___/___
210.	Esquema terapêutico	PQT/PB/6doses PQT/MB/12 doses PQT/MB/24 doses Outro	1 2 3 -8	ESQTERAP___
211.	Reação	Não apresentou Reação Reversa Neurite	1 2 3	REACAO___
212.	Exame confirmatório para MH?	Histopatologia Sim Não NR Indeterminada 1 2 3 Tuberculóide 1 2 3 Borderline Tuberculóide 1 2 3 Borderline borderline 1 2 3 Borderline lepromatosa 1 2 3 Lepromatosa 1 2 3		HITIND___ HITTB___ HISTBT___ HISTBB___ HISTBL___ HISTLL___

3. Análise da demanda

301.	Existe unidade de saúde perto da sua casa?	Sim Não Não sei	1 2 3
302.	Existe unidade de saúde perto de seu local de trabalho?	Sim Não Não sei Não trabalha	1 2 3 4
303.	Você tem conhecimento de que outras unidades de saúde também tratam hanseníase?	Sim Não	1 2

304.	Antes de vir ao Centro de Referência você procurou atendimento em outro local?	Sim Não	1 2
305.	Se sim, qual local?	_____	—
306.	É a primeira vez que você vem ao Centro de Referência?	Sim Não	1 2
307.	Se sim, o que levou você a procurar o atendimento no Centro de Referência?	Iniciativa própria Encaminhamento do serviço de saúde Encaminhamento do agente comunitário de saúde Exame de contato Exame de coletividade Intercorrência durante o tratamento em outra unidade Intercorrência após tratamento em outra unidade Transferências Outros _____	1 2 3 4 5 6 7 8 9
308.	Se respondeu não ao item 306 Em relação ao tratamento sua situação atual é	Antes do tratamento Alta por cura Em tratamento	1 2 3
309.	Se respondeu não no item 306 O que levou você a procurar o atendimento no Centro de Referência hoje?	Consulta médica de rotina Estados reacionais Dose supervisionada Prevenção de Incapacidades Fisioterapia Exames laboratoriais/biópsia Serviço social Psicologia Curativo Consulta médica especializada Outras intercorrências Outros_____	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
310.	Quanto tempo se passou desde a sua decisão de procurar o atendimento até você obter o atendimento?	_____ dias/ meses/ anos	
311.	Quanto tempo se passou do seu ingresso no Centro de Referência até o seu atendimento inicial?	Uma hora De uma a três horas De três a seis horas Um dia Mais de um dia	1 2 3 4 5
312.	Quanto tempo se passou do seu atendimento inicial no Centro de Referência até o início do tratamento?	Mesmo dia Dia seguinte 02 dias 01 semana Mais de uma semana	1 2 3 4 5
313.	Quando você vem ao Centro de Referência, você vem de sua	Residência Trabalho	1 2

	residência ou de seu trabalho:	Ambos	3
314.	Qual o meio de transporte utilizado para você chegar de sua residência ao Centro de Referência?	Ônibus automóvel bicicleta a pé outro	1 2 3 4 5
315.	Qual o meio de transporte utilizado para você chegar de sua residência a unidade básica mais próxima?	Ônibus automóvel bicicleta a pé outro	1 2 3 4 5
316.	Qual o meio de transporte utilizado para você chegar de seu local de trabalho ao Centro de Referência?	Ônibus automóvel bicicleta a pé outro	1 2 3 4 5
317.	Qual o meio de transporte utilizado para você chegar de seu local de trabalho à unidade básica mais próxima?	Ônibus automóvel bicicleta a pé outro	1 2 3 4 5
318.	Quanto tempo você leva de seu local de residência para o Centro de Referência?	Até 30 minutos Mais de 30 min e menos de uma hora Mais de uma hora e menos de duas horas Mais de duas horas e menos de quatro horas Mais de quatro horas	1 2 3 4 5
319.	Quanto tempo você leva de seu local de residência para a unidade básica?	Até 30 minutos Mais de 30 min e menos de uma hora Mais de uma hora e menos de duas horas Mais de duas horas e menos de quatro horas Mais de quatro horas	1 2 3 4 5
320.	Quanto tempo você leva de seu local de trabalho para o Centro de Referência?	Até 30 minutos Mais de 30 min e menos de uma hora Mais de uma hora e menos de duas horas Mais de duas horas e menos de quatro horas Mais de quatro horas	1 2 3 4 5
321.	Quanto tempo você leva de seu local de trabalho para a unidade básica?	Até 30 minutos Mais de 30 min e menos de uma hora Mais de uma hora e menos de duas horas Mais de duas horas e menos de quatro horas Mais de quatro horas	1 2 3 4 5
322.	O que você acha do acesso a partir do seu local de residência até o Centro de Referência?	Bom Regular Péssimo	1 2 3
323.	O que você acha do acesso a partir do seu local de residência até a unidade básica?	Bom Regular Péssimo	1 2 3
324.	O que você acha do acesso a partir do seu local de trabalho até o Centro de Referência?	Bom Regular Péssimo	1 2 3
325.	O que você acha do acesso a partir do seu local de trabalho até	Bom Regular	1 2

	a unidade básica?	Péssimo	3
326.	Você já foi beneficiado com vale-transporte ou vale-refeição?	Sim Não	1 2
327.	Se sim, quantas vezes?	_____ vezes	
328.	Se não houvesse esse benefício, você continuaria no Centro de Referência ou procuraria outra unidade mais próxima de sua residência ou trabalho?	Sim Não	1 2
329.	Você já procurou o Centro de Referência no horário de almoço?	Sim Não	1 2
330.	Se sim, recebeu atendimento neste horário?	Sim Não	1 2
331.	Você acha que o funcionamento em horário integral contribui para sua permanência no Centro de Referência?	Sim Não	1 2
332.	Você está satisfeito com a atuação do profissional no Centro de Referência?	Sim Não Não sei	1 2 3
333.	Você está satisfeito com a atuação do profissional na unidade básica?	Sim Não Não sei	1 2 3
334.	Quantas vezes você procurou o Centro de Referência e não recebeu a medicação prescrita?	Nenhuma Uma vez Várias vezes Não sei	1 2 3 4
335.	Quantas vezes você procurou a unidade básica e não recebeu a medicação prescrita?	Nenhuma Uma vez Várias vezes Não sei	1 2 3 4
336.	Quantas vezes você procurou o Centro de Referência e não realizou os exames laboratoriais solicitados?	Nenhuma Uma vez Várias vezes Não sei	1 2 3 4
337.	Quantas vezes você procurou a unidade básica e não realizou os exames laboratoriais solicitados?	Nenhuma Uma vez Várias vezes Não sei	1 2 3 4
338.	Você já recebeu algum material específico para sua reabilitação?	Sim Não	1 2
339.	Se sim, qual?	Sandálias Muletas Férulas Talas Material de curativo	1 2 3 4 5
340.	Quanto isso tem contribuído para sua permanência no Centro de Referência?	Muito Pouco Não contribui	1 2 3
341.	Qual o grau de compromisso dos profissionais do Centro de Referência com o seu tratamento?	Ótimo] Bom Regular Insuficiente	1 2 3 4

342.	Qual o grau de compromisso dos profissionais da unidade de saúde com o seu tratamento?	Ótimo Bom Regular Insuficiente	1 2 3 4
343.	Você tem conhecimento de que outras unidades de saúde também tratam hanseníase?	Sim Não	1 2

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CENTRO DE REFERÊNCIA NACIONAL EM DERMATOLOGIA SANITÁRIA DONA LIBÂNIA - CDERM

ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto CEP/CDERM – 007/05

Título: Fatores Determinantes da demanda excessiva para assistência em hanseníase em um Centro de Referência Nacional no Nordeste Brasileiro

Pesquisador responsável: Lígia Regina Sansigolo Kerr Pontes

Data de entrada no CEP: 10/04/05

Proposição do(a) relator(a):

aprovação

aprovação com pendências

não aprovação

Data da primeira análise pelo CEP/CDERM – 14/04/2005

Data do parecer final do projeto pelo CEP/CDERM : 14/04/2005

PARECER

Com base na Resolução CNS/MS nº 196/96, que regulamenta a matéria, o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia CDERM, em sua reunião realizada em 14/04/2005, decidiu APROVAR, de acordo com o parecer do(a) Relator(a), o projeto de pesquisa acima especificado, quanto aos seus aspectos éticos.

Observações:

- I. O(s) pesquisador(es) deve(m) apresentar relatório final da pesquisa ao CEP/CDERM.

Fortaleza, 15 de abril de 2005


 Dra. Maria Araci de Andrade Pontes
 Coordenadora do CEP/CDERM

APÊNDICE B - ARTIGO

A DEMANDA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA NACIONAL PARA HANSENIASE NO NORDESTE BRASILEIRO: POR QUE O EXCESSO DE PACIENTES?

The need for a national reference center in Brazil's northeastern region: why the excess of patients?

María Lucy Landim Tavares Ferreira¹, Maria Araci de Andrade Pontes², Maria Irismar da Silva Silveira³, Lucia de Fátima Araújo⁴, Ligia Regina Sansigolo Kerr⁵

RESUMO

Até 2000, o controle da hanseníase no Brasil foi verticalizado. Depois desta data, o processo de descentralização desta doença deu início a ações que priorizaram o nível primário de atenção à saúde. Entretanto, a assistência ainda permanece centralizada em algumas unidades, como o Centro Nacional de Referência em Dermatologia Sanitária D. Libânia (CDERM), em Fortaleza, Ceará. Este centro responde por 84% da detecção do município. O objetivo deste estudo foi investigar os fatores associados à demanda excessiva de casos em nível secundário de atenção representado por este centro de referência. Um estudo transversal foi realizado com 600 usuários selecionados aleatoriamente nos ambulatórios do CDERM. Foram coletados dados: sócio-econômico e demográficos, sobre conhecimento da doença e percepção dos serviços. Oitenta e dois por cento dos participantes tinham baixa situação sócio-econômica, 90% vieram encaminhados por outras unidades de saúde e 87% tinham a forma multibacilar. Sessenta e nove por cento receberam atendimento prévio em outras Unidades de Saúde, 49% jamais ouviram falar de hanseníase, 24% referiram sentir medo da doença ou terem sofrido discriminação, 39% dos usuários referiram que o atendimento ininterrupto no horário do almoço favorece a permanência no CDERM, 57% e 27%, respectivamente, referiram que a medicação complementar nunca faltou no CDERM e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Sessenta e um por cento considerou que o compromisso dos profissionais no CDERM foi ótimo contra 14% nas UBS. Os fatores relatados pelos usuários, especialmente logísticos e de qualidade de atendimento e dos profissionais, poderiam explicar a concentração de usuários neste centro de referência.

PALAVRAS-CHAVE

Hanseníase, acesso aos serviços de saúde, atenção primária e secundária, descentralização

¹ Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará. Enfermeira responsável pelo setor de Vigilância Epidemiológica do Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia. End.: Rua Pedro I, 1033 - Centro - Fortaleza, Ceará. CEP: 60101-035 - E-mail: dlilbania@saude.ce.gov.br

² Mestre em Farmacologia. Médica dermatologista responsável pelo Núcleo de Pesquisas do Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia.

³ Mestre em Farmacologia. Farmacêutica bioquímica responsável pelo Laboratório de Análises Clínicas do Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia.

⁴ Fisioterapeuta do Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia.

⁵ Doutora em Medicina Preventiva. Professora Associada do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará.

MARIA LUCY LANDIM TAVARES FERREIRA, MARIA ARACI DE ANDRADE PONTES,
 MARIA IRISMAR DA SILVA SILVEIRA, LUCIA DE FÁTIMA ARAÚJO, LIGIA REGINA SANSIGOLO KERR

ABSTRACT

Until 2000, the Leprosy control in Brazil was a vertically integrated program. After this date, the program was considered a priority for primary care. However, the program remained centralized in some reference centers such as the D. Libânia National Reference Center for Sanitary Dermatology, located in Fortaleza, Ceará, Brazil (CDERM), responsible for 84% of the case detection in this municipality. The goal of this study was to investigate the factors associated with use of these services, and the potential for integration into primary health care. A cross-sectional survey was conducted with 600 users randomly selected in the outpatient clinic of the CDERM with the objective of determining the factors associated with demand for these services. Social, economic and demographic data, knowledge about the disease and perception about the services were collected. Eighty two percent of the participants had low social and economic status, 90% were referred from other health units; 87% had the multibacillary form. Sixty-nine per cent reported previous visits to other health units (HU). Forty-nine per cent have never heard about leprosy, 24% reported fear of being discriminated against or suffering discrimination. Complementary medication was never missed for 57% treated in the CDERM and for 27% in other HUs. The commitment of the professionals was considered exemplary by 61% in the CDERM and by 14% in the other HUs. These facts reported by users, especially logistic ones and those related to the quality of the assistance and of the professionals might explain the concentration of users in this reference center.

KEY WORDS

Leprosy, access to health services, primary and secondary assistance, decentralization

1. INTRODUÇÃO

O interesse pela hanseníase, sua etiologia e tratamento, evidenciou-se na Europa a partir do século 17, com a construção dos primeiros leprosários, pequenos hospitais ou casas, geralmente sob a responsabilidade dos religiosos. O objetivo era isolar os portadores de uma doença para a qual, na época, se desconhecia tratamento e controle (Cunha, 2002).

No final do século 18, o Brasil adotou o isolamento compulsório como norma para todos os doentes (Cunha, 2002), e somente em 1903, sob o comando de Oswaldo Cruz, a hanseníase passou a ter maior atenção do poder público e fazer parte dos programas governamentais de combate às doenças transmissíveis. A esfera Federal, juntamente com organizações de cunho religioso, assumem a responsabilidade do cuidado com os pacientes até 1980, quando se iniciou o processo de integração do controle da hanseníase nos serviços básicos (Visschedijk *et al.*, 2003; Juliani, 1999).

Com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS (1991) e do Programa de Saúde da Família - PSF (1994), a assistência primária em saúde pública sofreu reorientação para um modelo onde o foco central é o usuário e a família. Ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde

passam a ser prioridade, garantindo a resolutividade e a integralidade da assistência através de um conjunto articulado de ações, que envolvem as unidades de nível primário, secundário e terciário e que fazem parte de um sistema de referência e contra-referência (Witt, 1992).

As Normas de Assistência à Saúde – NOAS, 2001 e 2002 - fortaleceram a idéia da descentralização para os estados e, principalmente, para os municípios, incluindo as ações de controle da hanseníase nos eixos prioritários da atenção básica e transferindo para esta as ações estratégicas mínimas, tais como: busca ativa dos casos, cadastramento dos portadores, tratamento supervisionado, controle de incapacidades físicas e medidas preventivas (Brasil, 2001; 2002).

A implantação das ações de controle da hanseníase nas unidades de saúde da rede básica é a principal diretriz para o alcance do controle da endemia como problema de saúde pública, sendo essencial que a rede primária esteja preparada para a descoberta de casos e tratamento integral. Entretanto, essa descentralização não vem ocorrendo de forma adequada, pois, apesar de sua importância, esse processo foi desencadeado freqüentemente, com a simples transferência das ações para os serviços e profissionais.

A população em geral, os profissionais de saúde e os gestores não foram adequadamente capacitados para cumprir os requisitos necessários (Kalk & Fleischer, 2004). Um processo de descentralização necessita de um sistema de atenção primária funcionando adequadamente, capacitado e qualificado para desenvolver ações de controle da doença, como prevenção, identificação, tratamento e reabilitação dos casos (Munhoz Jr. *et al.*, 1997).

A evolução da endemia hanseníase no Ceará, no período de 1970 a 2006, mostra tendência de expansão, com acentuada ascensão das taxas de detecção, situando o estado como um dos mais endêmicos da região Nordeste (Brasil, 2007). Essa situação pode estar relacionada ao aumento da transmissão da doença, como também a uma maior cobertura da população pelos serviços de saúde no interior do estado (Ceará, 2002). Fortaleza, capital do estado, também vem apresentando expansão nas taxas de detecção de 2,79/10.000 hab (1992) para 4,5/10.000 hab (2006), permanecendo em parâmetros considerados hiperendêmicos pelo Ministério da Saúde (Tabela 1).

O Centro de Referência Nacional em Dermatologia Dona Libânia (CDERM), unidade credenciada pelo Ministério da Saúde como Centro de Referência Nacional para Programas de Controle em Dermatologia Sanitária, com ênfase em hanseníase, faz parte da rede de unidades de saúde do município de Fortaleza. Tem como missão realizar atividades de assistência, ensino e pesquisa na área de dermatologia sanitária, visando desenvolver e apoiar as políticas do Ministério da Saúde para o controle da hanseníase e outras dermatoses.

CAD. SAÚDE COLET., RIO DE JANEIRO, 16 (2): 243 - 256, 2008 – 245

esfera Federal, juntamente com organizações de cunho religioso, assumem a responsabilidade do cuidado com os pacientes até 1980, quando se iniciou o processo de integração do controle da hanseníase nos serviços básicos (Visschedijk *et al.*, 2003; Juliani, 1999).

Com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS (1991) e do Programa de Saúde da Família - PSF (1994), a assistência primária em saúde pública sofreu reorientação para um modelo onde o foco central é o usuário e a família. Ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde

MARIA LUCY LANDIM TAVARES FERREIRA, MARIA ARACI DE ANDRADE PONTES,
 MARIA IRISMAR DA SILVA SILVEIRA, LUCIA DE FÁTIMA ARAÚJO, LIGIA REGINA SANSIGOLO KERR

Tabela 1
 Evolução da hanseníase segundo as taxas de detecção. Fortaleza, 1992 - 2006.

Ano	Detecção		Classificação
	Casos	Taxa	
1992	508	2,8	Muito alta
1993	540	2,9	Muito alta
1994	515	2,7	Muito alta
1995	629	3,5	Muito alta
1996	664	3,4	Muito alta
1997	727	3,6	Muito alta
1998	847	4,1	Hiperendêmico
1999	668	3,2	Muito alta
2000	781	3,6	Muito alta
2001	944	4,3	Hiperendêmico
2002	898	4,0	Hiperendêmico
2003	974	4,3	Hiperendêmico
2004	941	4,1	Hiperendêmico
2005	1031	4,3	Hiperendêmico
2006	1099	4,5	Hiperendêmico

Fonte: SMDS/CS/NUVECDA/Equipe de Vigilância Epidemiológica.

O CDERM detecta, aproximadamente, 84% dos casos da doença em Fortaleza, sendo 90% encaminhados pela atenção básica de saúde do município (SINAN-CDERM, fev 2005 - dados não publicados). Esta situação de centralização de casos no CDERM está em desacordo com o preconizado para o programa de controle da endemia pela NOAS 2001. Observa-se ainda uma expressiva demanda de pacientes que necessitam atendimento após a alta da PQT, muitas vezes de forma prolongada, e que não encontram a assistência necessária na atenção primária. Este quadro obriga o CDERM a concentrar grande parte de suas atividades nos aspectos assistenciais, em detrimento das demais atribuições previstas em sua missão. Diante deste panorama, impõe-se a necessidade de se conhecer os fatores relacionados a esta demanda de usuários do programa de hanseníase na instituição.

2. METODOLOGIA

TIPO E LOCAL DO ESTUDO

Realizou-se um estudo transversal, de caráter operacional, durante o período de 1º de setembro a 31 de dezembro de 2005. O estudo foi realizado no Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia (CDERM), situado no Município de Fortaleza, Estado do Ceará.

POPULAÇÃO DE ESTUDO

Todos os usuários do programa de hanseníase que compareceram ao CDERM no período da manhã e da tarde, em diferentes dias da semana, nos meses de setembro a dezembro de 2005, foram convidados a participar do estudo, independente de sexo, idade e tipo de demanda, até que se alcançasse a amostra de 600 sujeitos. A amostra foi calculada considerando-se o total de pacientes atendidos no programa de hanseníase do CDERM no ano de 2004 (IC=95%, power=80%, n=36.000, prevalência de fenômeno em estudo=30% e erro=4%).

Foram excluídos do estudo aqueles que não assinaram o termo de consentimento e que não apresentavam condição física e/ou emocional de responder a um questionário.

COLETA DE DADOS

A primeira fase do estudo constou da aplicação de um questionário estruturado que coletou dados sócio-econômico-demográficos e culturais dos usuários, relacionados à doença e características dos serviços no CDERM e das Unidades Básicas de Saúde que interferem na demanda. A classe econômica foi construída a partir da proposta do Critério Brasil, utilizando o método preconizado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2005). A segunda fase do estudo constou da coleta de dados clínico-epidemiológicos e laboratoriais, através da revisão dos respectivos prontuários e do banco de dados do SINAN/CDERM.

ANÁLISE DOS DADOS

Foram realizadas análises univariadas das variáveis de acordo com as diferentes características de interesse. As variáveis foram agrupadas de acordo com as características sócio-econômico-demográficas e culturais, clínico-epidemiológicas e segundo as características dos serviços e de acesso aos mesmos. Foram calculadas taxas de incidência, médias, proporções e outras medidas resumos para descrever as características dos usuários deste serviço.

ASPECTOS ÉTICOS

O projeto, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia - CDERM, credenciado pelo CONEP – Conselho Nacional de Saúde/MS, estando de acordo com a resolução 196/96 do CNS-MS e legislação complementar.

Os sujeitos da pesquisa receberam uma explanação da natureza e dos objetivos do estudo, entendendo que estavam livres para se retirar a qualquer momento do mesmo, sem serem obrigados a fornecer motivo de fazê-lo e sem que isto causasse

MARIA LUCY LANDIM TAVARES FERREIRA, MARIA ARACI DE ANDRADE PONTES,
 MARIA IRISMAR DA SILVA SILVEIRA, LUCIA DE FÁTIMA ARAÚJO, LIGIA REGINA SANSIGOLO KERR

qualquer prejuízo no seu atendimento junto à instituição que o assiste. O conteúdo do TCLE foi explicado aos entrevistados - em linguagem oral - de modo a facilitar seu entendimento.

3. RESULTADOS

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICO-DEMOGRÁFICA

A maioria dos 600 usuários entrevistados era do sexo masculino (56,9%), possuía cor da pele parda ou negra (65,3%) e tinha faixa etária de 20 a 64 anos (79,1%), sendo 3,3% menores de 15 anos. A religião predominante foi a católica (78,3%), a maioria referiu união estável (56,0%), ter primeiro grau incompleto (68,7%), estar desempregado (38,5%) e, entre os que estavam trabalhando, a principal área de atuação referida foi a prestação de serviços (42,9%). A grande maioria (82,2%), pertencia a classes sociais mais baixas (D/E), com renda familiar de 1 a 4 salários mínimos (70,6%), era proveniente de bairros da periferia do município de Fortaleza, sendo que 28,3% dos usuários pertenciam à Secretaria Executiva Regional (SER) V, região com baixos indicadores sociais e econômicos, e conhecida como área de população vulnerável a diversos agravos infecto-parasitários (Tabela 2). Cerca de um quarto dos usuários (22,6%) residia em 54 dos 184 municípios do interior do estado.

CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DOS CASOS

Pouco mais da metade dos participantes (51,3%) afirmou que já havia ouvido falar em hanseníase antes do seu diagnóstico, sendo a mídia a principal fonte de informação (24,6%), em especial a televisão. Um importante percentual (23,9%) revelou que já sentira medo de sofrer ou sofrera algum tipo de discriminação pela doença (Tabela 3).

A forma clínica predominante foi a dimorfa (57,8%), e a classificação operacional da maioria (86,7%) foi multibacilar. Ao diagnóstico, 60,8% apresentavam grau de incapacidade zero. Noventa por cento dos usuários chegaram ao CDERM encaminhados de outras unidades. Grande parte dos mesmos (63,6%) encontrava-se em tratamento no dia da entrevista, sendo o motivo da visita no momento: uma consulta médica de rotina para 61,6% e de enfermagem para 25,1% (Tabela 3).

CARACTERÍSTICAS DOS USUÁRIOS QUANTO AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

A quase totalidade dos usuários entrevistados (94,7%) procurou atendimento, tanto na Unidade Básica de Saúde como no CDERM, a partir de sua residência. Embora 92% tenham referido uma unidade de saúde próxima à sua residência, e 69,2% tenham procurado atendimento em outro local antes de vir ao CDERM,

73,2% afirmaram não saber da existência de tratamento para hanseníase nestas unidades. Foram citados 263 diferentes locais procurados para atendimento pelo usuário na tentativa de resolução de suas queixas.

Tabela 2
Características dos usuários entrevistados, CDERM, 2005.

Variável	N	%
Sócio econômico-demográficas		
Sexo		
Masculino	338	56,9
Feminino	256	43,1
Idade		
<15	20	3,3
15-19	30	5,0
20-39	195	32,5
40-64	279	46,6
65 ou mais	75	12,5
Cor da pele		
Branca	206	34,7
Parda	246	41,4
Negra	142	23,9
Estado Civil		
Solteiro	179	29,8
União estável	336	56,0
Separado/divorciado	40	66,7
Viúvo	45	7,5
Religião		
Católica	469	78,3
Protestante/Evangélica	93	15,5
Outras	13	2,2
Nenhuma	24	4,0
Escolaridade		
Até primeiro incompleto	412	68,7
Primeiro grau completo + seg. grau incompleto	92	15,3
Segundo grau completo ou mais	96	16,0
Situação trabalhista		
Trabalhando	233	38,8
Desempregado	231	38,5
Aposentado	96	16,0
Dona de casa	16	2,7
Estudante	24	4,0
Classe Social		
A/B	13	2,5
C	79	15,3
D/E	424	82,2
Renda familiar		
<de 1 salário mínimo	148	25,8
1 a 4 salário mínimo	405	70,6
4 salário mínimo ou mais	21	3,7

Continua.

MARIA LUCY LANDIM TAVARES FERREIRA, MARIA ARACI DE ANDRADE PONTES,
 MARIA IRISMAR DA SILVA SILVEIRA, LUCIA DE FÁTIMA ARAÚJO, LIGIA REGINA SANSIGLO KERR

Tabela 2 - Continuação.

Variável	N	%
Atividade Principal		
Indústria	25	10,7
Comercio	46	19,7
Prestação de Serviços	100	42,9
Agropecuária	19	8,2
Construção Civil	23	9,9
Serviço Público	20	8,6
Local de Residência		
SER I	52	8,8
SER II	16	2,7
SER III	91	15,3
SER IV	55	9,3
SER V	168	28,3
SER VI	77	13,0
Outros Municípios	134	22,6

Tabela 3

Caracterização clínico-epidemiológica dos casos de hanseníase entre os usuários, CDERM, 2005.

Variável	N	%
Informações sobre a doença		
Conhecimento prévio		
Sim	306	51,3
Não	291	48,7
Fonte de informação prévia		
Mídia	146	24,6
Unidade de Saúde	31	5,2
Caso na família/conhecido	67	11,3
Pela comunidade	37	6,2
Não ouviu falar	291	4,9
Mais de uma fonte	22	3,7
Medo do estigma		
Sim	141	23,9
Não	448	76,0
Características Clínicas		
Forma clínica		
Indeterminada	10	2,3
Tuberculóide	54	12,5
Dimorfa	249	57,8
Virchowiana	118	27,4
Classificação Operacional		
PB	58	13,3
MB	377	86,7
Grau de incapacidade no diagnóstico		
Grau 0	259	60,8
Grau 1	115	27,0
Grau 2	52	12,2

Continua.

A DEMANDA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA NACIONAL PARA
HANSENIASE NO NORDESTE BRASILEIRO: POR QUE O EXCESSO DE PACIENTES?

Tabela 3 - Continuação.

Variável	N	%
Características da demanda		
Modo de detecção		
Encaminhamento	387	90,0
Demanda espontânea	24	5,6
Exame de coletividade	2	0,5
Exame de contatos	16	3,7
Outros modos	1	0,2
Situação em relação ao tratamento		
Antes do tratamento	81	13,5
Em tratamento	382	63,6
Pós tratamento	137	22,9
Motivo da visita ao CDERM		
Consulta médica de rotina	365	61,5
Estados reacionais	18	3,0
Consulta de enfermagem	149	25,1
Prevenção de Incapacidades	9	1,5
Fisioterapia	16	2,7
Exames laboratoriais/biópsia	14	2,4
Curativo	7	1,2
Consulta médica especializada	9	1,5
Outros	6	3,7

O período entre a decisão do usuário de procurar atendimento até obtê-lo, em qualquer unidade de saúde, variou de menos de 01 mês para 48,74% dos usuários até mais de vinte e quatro meses para 8,0% dos mesmos. A maior parte dos entrevistados veio ao CDERM de ônibus (84,2%), sendo o tempo de deslocamento de menos de uma hora (76,7 %) com o acesso considerado bom (88,8%), enquanto para a unidade básica mais próxima, 84,2% fazem o percurso a pé, em um tempo de até 30 minutos (96,2%) (Tabela 4).

Tabela 4

Características dos usuários quanto aos serviços públicos de saúde, CDERM, 2005.

Variável	N	%
Origem do deslocamento dos casos para atendimento no CDERM e na UBS		
Residência	568	94,7
Trabalho	15	2,5
Ambos	17	2,8
Unidade de Saúde perto de casa		
Sim	552	92,0
Não	41	6,8
Não sei	7	1,2
Procurou por atendimento em outro local antes do CDERM		
Sim	414	69,2
Não	184	30,8

Continua.

MARIA LUCY LANDIM TAVARES FERREIRA, MARIA ARACI DE ANDRADE PONTES,
 MARIA IRISMAR DA SILVA SILVEIRA, LUCIA DE FÁTIMA ARAÚJO, LIGIA REGINA SANSIGOLO KERR

Tabela 4 - Continuação.

Variável	N	%
Conhecimento sobre tratamento em outras US		
Sim	160	26,8
Não	436	73,2
Tempo decorrido entre a decisão até o atendimento		
≤ 30 dias	291	48,7
1 a 6 meses	141	23,6
6 a 12 meses	50	8,4
12 a 24 meses	67	11,2
Acima de 24 meses	48	8,1
Meio de transporte da residência ao CDERM		
Ônibus	478	84,2
Automóvel	67	11,8
Bicicleta	8	1,4
A pé	5	0,8
Outros	10	1,8
Tempo percorrido da residência ao CDERM		
Até 30 minutos	176	30,9
De 30 minutos a 01 hora	260	45,8
Mais de 01 hora	132	23,3
Acesso da residência ao CDERM		
Bom	530	88,8
Regular	55	9,2
Péssimo	12	2,0
Meio de transporte da residência a UBS		
Ônibus	31	5,2
Automóvel	19	3,2
Bicicleta	24	4,0
A pé	505	84,1
Outros	21	3,5
Tempo percorrido da residência a UBS		
Até 30 minutos	577	96,2
De 30 minutos a 01 hora	17	2,8
Mais de 01 hora	6	1,0

FATORES RELACIONADOS AO SERVIÇO

O tempo de espera para atendimento no CDERM foi de até três horas para a maioria (85,7%). Aproximadamente um terço (33,5%) recebeu doação de vale-transporte ou vale-refeição pelo menos uma vez no CDERM, porém 84,6% destes afirmaram que permaneceriam nesta unidade mesmo sem receber estes benefícios. Diferentemente do que ocorre nas unidades básicas de saúde, o CDERM funciona em horário ininterrupto das 7:00h às 17:00h. Isso levou a que 38,8% dos participantes afirmassem que o funcionamento em horário integral contribuía para sua permanência neste centro.

Pouco mais da metade (57,3%) dos usuários afirmou que nenhuma vez deixou de receber a medicação prescrita no CDERM, enquanto que nas unidades básicas de saúde este número foi de apenas 26,9%. No centro de referência,

87,8% dos usuários sempre realizaram os exames solicitados, enquanto que nas unidades básicas de saúde este percentual caiu para 34,3%. Material específico para reabilitação foi distribuído a 16,8% dos usuários, sendo o item mais dispensado as sandálias (70%), seguido de material para curativos. Dentre estes, 49% afirmaram que este benefício contribuiu muito para sua permanência no CDERM.

O grau de compromisso dos profissionais do CDERM foi considerado ótimo por 61,1% dos usuários, e nas unidades básicas de saúde este percentual sofreu decréscimo significativo para 14,4%. Da mesma forma, 87,6% afirmaram estar satisfeitos com a atuação do profissional no CDERM, valor que caiu para 50,3% quando se referiram aos profissionais das unidades básicas de saúde.

4. DISCUSSÃO

A hanseníase apresentou-se no município de Fortaleza de forma altamente endêmica. Os resultados deste estudo mostraram que a população afetada pela mesma apresentou um perfil sócio-econômico-cultural baixo, o que a faz particularmente vulnerável à hanseníase. O conceito de vulnerabilidade empregado aqui se referiu às diferentes condições individuais, sociais e programáticas, traduzidas pelo acesso aos serviços de saúde, diagnóstico e tratamento a que os indivíduos foram submetidos e que aumentou a chance dos mesmos de se contaminarem pelo *Mycobacterium leprae* (Ayres, 2003). Estas condições resultaram em vários aspectos diretamente relacionados à hanseníase, tais como baixo nível de higiene, má-nutrição, baixa auto-estima, moradia com alto nível de aglomeração e dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

A faixa etária predominante foi a de uma população economicamente ativa, fato corroborado por outros estudos (Belda & Lombardi, 1979). A baixa escolaridade da amostra, além de estar relacionada com altos índices de desemprego e baixa renda familiar, pode refletir na falta de conhecimento sobre a doença e na dificuldade em assimilar alguns dos aspectos educacionais relacionados à doença divulgados pela mídia ou profissionais de saúde. Esta característica pode, ainda, estar associada à demora em procurar atendimento para suas queixas. A distribuição dos usuários de acordo com a procedência revelou que a maioria absoluta era oriunda da capital, com um gradiente espacial de casos em alguns bairros de Fortaleza onde também se concentram outros agravos de origem infecto-parasitários. Esta concentração em determinadas áreas foi verificada anteriormente no Estado do Ceará (Kerr-Pontes *et al.*, 2006) onde um estudo ecológico mostrou associação desta concentração de casos com desigualdade social, altas taxas de urbanização decorrentes de migração de áreas rurais ou mais pobres para periferia de áreas urbanas, baixo nível de escolaridade e crescimento populacional desorganizado. A região de Fortaleza que mais apresentou as

MARIA LUCY LANDIM TAVARES FERREIRA, MARIA ARACI DE ANDRADE PONTES,
MARIA IRISMAR DA SILVA SILVEIRA, LUCIA DE FÁTIMA ARAÚJO, LIGIA REGINA SANSIGOLO KERR

condições citadas anteriormente coincidiu com a que apresentou maior número de casos, reforçando os achados de outros estudos anteriores (Kerr-Pontes *et al.*, 1999).

A predominância das formas multibacilares entre os casos investigados mostrou a mesma tendência encontrada para os casos notificados no Estado a partir de 1999 (Ceará, 2002). O percentual de incapacidades (grau 2) instaladas, de acordo com o preconizado pelos indicadores epidemiológicos para hanseníase do MS, está acima dos parâmetros aceitáveis, mostrando um evidente retardo no diagnóstico. O despreparo das unidades básicas de saúde e de seus profissionais, em geral, remeteu o usuário a percorrer um longo percurso evidenciado pelo fato de que a grande maioria vem encaminhada de outras unidades e procurou inúmeros locais antes de conseguir um atendimento direcionado à sua patologia. Agrava-se a isto o registro de que, apesar dos usuários terem referido existir alguma unidade de saúde próxima a sua residência, a maioria desconhecia a existência de tratamento para hanseníase nas mesmas. Além disto, o longo período decorrido entre a decisão de procurar atendimento para elucidar o caso contribuiu para o diagnóstico tardio da hanseníase, assim como o medo da e/ou a experiência anterior de discriminação pela doença.

Isto pode ser parcialmente explicado pela história da atenção à hanseníase em Fortaleza, inicialmente concentrada no então denominado Centro de Saúde Dona Libânia, que ficou gravado na memória da população como o único local disponível para o atendimento desta patologia. O processo de descentralização iniciado na década de 90 não foi devidamente implementado, levando ao quadro atual de concentração de casos no CDERM, mostrando uma rede básica municipal incapacitada para assumir a demanda dos casos de hanseníase da sua área de abrangência.

Outros fatores podem também ter contribuído para a procura do usuário ao CDERM e sua permanência nesta unidade de referência. Dentre estes, pode-se citar o curto período de espera pelo atendimento e a efetivação do mesmo; o fácil acesso ao local através dos meios de transporte coletivos; o atendimento em tempo integral, inclusive em horário de almoço; benefícios recebidos por uma parcela dos casos, tais como vale transporte e refeição; como também materiais específicos de reabilitação e de curativo, fornecidos apenas por este centro de referência. Além disto, enquanto as unidades básicas de saúde nem sempre forneciam as medicações necessárias para o adequado tratamento, o CDERM foi referido pela maioria como um centro onde há uma sistemática quase que ininterrupta de distribuição destas medicações. O mesmo aconteceu em relação a exames laboratoriais solicitados para elucidação diagnóstica.

Acresce-se aos fatores discutidos anteriormente um aspecto de alta relevância para os usuários, que se refere aos recursos humanos deste centro. Este aspecto se

evidência não só em termos da composição multiprofissional da equipe, como em relação ao alto nível de formação e especialização dos mesmos, associado ao grau de compromisso dos profissionais de saúde, referido em proporções significativamente maior na unidade de referência quando comparado aos profissionais das unidades básicas de saúde.

5. CONCLUSÃO

Conclui-se que a efetiva descentralização deste atendimento só ocorrerá se houver um grande esforço no treinamento das equipes de profissionais das unidades básicas de saúde do município, maior investimento em questões logísticas como funcionamento das mesmas em horários ininterruptos, amplo acesso às medicações empregadas durante todo o processo de tratamento e a efetivação de um sistema de referência e contra-referência capaz de responder adequadamente às intercorrências clínicas e psicológicas desta doença. A hanseníase é uma doença que agrega uma série de complexidades em todo o seu processo de determinação, diagnóstico, tratamento e controle e não deve ser tratada de forma descompromissada nem por parte dos gestores e nem dos profissionais de saúde (Lockwood & Suneetha, 2005).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AYRES, J. R. C. M. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 1178 - 1139.
- BELDA, W.; LOMBARDI, C. Incidence of Hansen's disease in the State of Sao Paulo in 1978. *Hansenologia Internationalis*. v. 4, n. 2, p. 98 - 112, 1979.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS. SUS 01/2001. *Portaria GM/MS n. 95* de 26 de janeiro de 2001. Brasília, 2001.
- _____. *Programa Nacional de Controle da Hanseníase*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=27640>. Acesso em: 28 set 2007.
- _____. Ministério da Saúde. *Relatório da II Reunião da Aliança Global para a Eliminação da Hanseníase*. 2002.
- CEARÁ. Secretaria Estadual de Saúde. *Boletim Epidemiológico - hanseníase no Ceará - 2002*. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Ceará, 2002. 94p.

MARIA LUCY LANDIM TAVARES FERREIRA, MARIA ARACI DE ANDRADE PONTES,
 MARIA IRISMAR DA SILVA SILVEIRA, LUCIA DE FATIMA ARAÚJO, LIGIA REGINA SANSIGOLO KERR

CUNHA, A. Z. S. Hanseníase, aspectos da evolução do diagnóstico, tratamento e controle. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 235 - 242, 2002.

JULIANI, C. M. C. M.; CIAMPONE, M. H. T. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. v. 33, n. 4, p. 323 - 333, 1999.

KALK, A.; FLEISCHER, K. The decentralization of the health system in Colombia and Brazil and its impact on leprosy control. *Leprosy Review*. v. 75, p. 67 - 78, 2004;

KERR-PONTES, L. R.; GONDIM, R.; MOTA, R. S.; MARTINS, T. A.; WYPIJ, D. Self-reported sexual behaviour and HIV risk taking among men who have sex with men in Fortaleza, Brazil. *AIDS - Official Journal of the International AIDS Society*. v. 13, n. 6, p. 709 - 717, 1999.

KERR-PONTES, L. R.; BARRETO, M. L.; EVANGELISTA, C. M.; RODRIGUES, L. C.; HEUKELBACH, J.; FELDMER, H. Socioeconomic, environmental, and behavioural risk factors for leprosy in North-east Brazil: results of a case-control study. *International Journal of Epidemiology*. v. 35, n. 4, p. 994 - 1000, 2006.

LOCKWOOD, D. N.; SUNEETHA, S. Leprosy: too complex a disease for a simple elimination paradigm. *Bulletin of the World Health Organization*. v. 83, n. 3, p. 230 - 235, 2005.

MUNHOZ-JR, S.; FONTES, C. J. F.; MEIRELLES, S. M. P. Evaluation of the program for leprosy control in counties of Mato Grosso State, Brazil. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 31, n. 3, p. 282 - 287, 1997.

VISSCHEDIJK, J.; ENGELHARD, A.; LEVER, P.; GROSSI, M. A.; FEENSTRA, P. Leprosy control strategies and the integration of health services: an international perspective. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 1567 - 1581, 2003.

WITT, R. R. Sistema de referência e contra-referência num serviço de saúde comunitária. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Rio Grande do Sul, v. 13, n. 1, p. 19 - 23, 1992.