



## PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E GESTORES SOBRE A ATENÇÃO EM HANSENÍASE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

*Health professionals' and managers' perception of leprosy care within the Family Health Strategy*

*Percepción de los profesionales sanitarios y gestores sobre la atención de la lepra en la Estrategia Salud de la Familia*

**Odete Andrade Girão Neta**

Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP-CE - Fortaleza (CE) - Brasil

**Gisele Maria Melo Soares Arruda**

Universidade Estadual do Ceará - UECE - Fortaleza (CE) - Brasil

**Mariza Maria Barbosa Carvalho**

Centro Universitário Católica de Quixadá - Unicatólica - Quixadá (CE) - Brasil

**Raimunda Rosilene Magalhães Gadelha**

Centro Universitário Católica de Quixadá - Unicatólica - Quixadá (CE) - Brasil

### RESUMO

**Objetivo:** Conhecer a percepção dos profissionais de saúde e gestores sobre a atenção em hanseníase na Estratégia Saúde da Família.

**Métodos:** Pesquisa de abordagem qualitativa realizada a partir de entrevistas semiestruturadas, no período de julho a agosto de 2016, junto aos profissionais de nível superior que atuam nas equipes de referência em Saúde da Família e Núcleo de apoio à Saúde da Família (NASF), assim como seus respectivos coordenadores na cidade de Morada Nova, Ceará, Brasil. O corpus de dados sofreu análise de conteúdo.

**Resultados:** Evidenciou-se que a atenção em hanseníase no município é realizada de maneira centralizada sob a responsabilidade de um único profissional especialista e sem participação efetiva da Estratégia Saúde da Família (ESF). A colaboração interprofissional não se efetiva e não existem espaços formais para diálogo e discussão de caso entre a equipe. Os principais desafios relatados pelos entrevistados foram com relação à centralização do serviço, à adesão dos usuários às atividades de prevenção e tratamento desenvolvidas, e à falta de apoio da gestão municipal. **Conclusão:** Identificou-se que esse modo de organização da atenção em hanseníase impacta em vários aspectos do processo de trabalho e cuidado, influenciando de maneira negativa a prevenção, a vigilância e o acompanhamento em hanseníase no município, bem como favorecendo o modelo biomédico hegemônico e mantendo a crítica situação epidemiológica da região. Sugere-se que estudos futuros correlacionem o modo de organização do cuidado em hanseníase na ESF com a situação epidemiológica dos territórios, subsidiando mudanças assistenciais.

**Descritores:** Hanseníase; Atenção Primária à Saúde; Serviços de Saúde.

### ABSTRACT

**Objective:** To know health professionals' and managers' perception of leprosy care within the Family Health Strategy. **Methods:** Qualitative research conducted from July to August 2016 using semi-structured interviews with professionals with a higher education degree who work in reference Family Health teams and in the Family Health Support Center (Núcleo de apoio à Saúde da Família – NASF), as well as their respective coordinators in the city of Morada Nova, Ceará, Brazil. The data corpus was subjected to content analysis. **Results:** Leprosy care in the municipality is carried out in a centralized way under the responsibility of a single specialist and without the effective participation of the Family Health Strategy (FHS). Interprofessional collaboration does not occur and there are no formal spaces for dialogue and case discussion among the team members. The main challenges reported by the interviewees referred to the centralization of the service, the users' adherence to the prevention and treatment activities carried out, and the lack of support from municipal management. **Conclusion:** This mode of organization of leprosy care impacts on several aspects of the work and care processes, negatively influencing the prevention, the surveillance and the monitoring of leprosy in the municipality, as well as favoring the hegemonic biomedical model and maintaining the critical epidemiological situation of the region. Further studies are required to correlate the mode of organization of leprosy care in the FHS with the epidemiological situation of the territories to foster care changes.

**Descriptors:** Leprosy; Primary Health Care; Health Services.



## RESUMEN

**Objetivo:** Conocer la percepción de los profesionales sanitarios y gestores sobre la atención de la lepra en la Estrategia Salud de la Familia. **Métodos:** Investigación de abordaje cualitativo realizada a partir de entrevistas semi-estructuradas en el período entre julio y agosto de 2016 con los profesionales de nivel superior que actúan en equipos de referencia en Salud de la Familia y Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF) así como sus respectivos coordinadores de la ciudad de Morada Nova, Ceará, Brasil. Los datos fueron analizados por el análisis de contenido. **Resultados:** Se evidenció que la atención de la lepra del municipio se da de manera centralizada bajo la responsabilidad de solamente un profesional especializado y sin la participación efectiva de la Estrategia Salud de la Familia (ESF). No existe la colaboración entre los profesionales y no hay espacios formales para el diálogo y la discusión de caso entre el equipo. Los principales desafíos relatados por los entrevistados fueron respecto la centralización del servicio, la adhesión de los usuarios a las actividades de prevención y tratamiento desarrolladas y la falta de apoyo de parte de la gestión municipal. **Conclusión:** Se identificó que esa manera de organización de la atención de la lepra causa impacto de varios aspectos del proceso de trabajo y del cuidado influyendo de manera negativa en la prevención, la vigilancia y el seguimiento de la lepra en el municipio así como favorece el modelo biomédico hegemónico para la manutención de la crítica situación epidemiológica de la región. Se sugiere que los estudios futuros relacionen el modo de la organización del cuidado de la lepra en la ESF con la situación epidemiológica de los territorios, subvencionando cambios asistenciales.

**Descriptor:** Lepra; Atención Primaria de Salud; Servicios de Salud.

## INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa causada pela bactéria *Mycobacterium leprae*, que atinge o sistema nervoso periférico (SNP), provocando alterações sensitivas e tegumentares que podem causar importantes incapacidades físicas e evoluir para deformidades definitivas. O Brasil é o segundo país mais endêmico do mundo, configurando a hanseníase como importante problema de Saúde Pública<sup>(1)</sup>. Segundo a Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE), em 2016, o coeficiente de detecção de novos casos na população geral do Brasil foi de 9.47/100.000 habitantes<sup>(2)</sup>. Em 2015, de acordo com o departamento de informática do Sistema Único de Saúde (SUS), foram identificados 29.257 novos casos de hanseníase. Esses números indicam a magnitude do problema da hanseníase no país<sup>(3)</sup>.

No ano de 2015, surgiram casos novos de hanseníase em 148 (80,5%) municípios do estado do Ceará, sendo que 34 (18,4%) registraram mais de 10 casos novos da doença. Em relação à espacialização da detecção de novos casos, verificou-se regiões com taxa de detecção elevada (alta, muito alta e hiperendêmica), concentrando-se no sul do estado. Esse panorama evidencia a necessidade de expandir a rede de atenção básica com serviço de diagnóstico, tratamento e reabilitação, propiciando o acesso aos usuários e favorecendo o diagnóstico precoce da doença<sup>(4)</sup>.

No Brasil, com a criação do SUS e a adoção da Atenção Básica (AB) como eixo de reorganização da atenção, cabe a AB dos municípios brasileiros, que se organizam a partir da Estratégia Saúde Família (ESF), a atenção integral aos portadores de hanseníase. Também cabe à AB a vigilância epidemiológica da doença por meio da investigação de contatos intradomiciliares, realização de busca ativa de novos casos, e promoção de saúde da população. Por ser uma doença altamente incapacitante, a assistência especializada deve ser garantida sempre que necessária, cabendo à ESF o papel de coordenação do cuidado<sup>(5,6)</sup>.

As Ações de Controle na Hanseníase (ACH), inseridas na Atenção Primária de Saúde (APS), são adotadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como estratégia para melhor resolubilidade da atenção e redução da doença e das complicações que pode ocasionar<sup>(7)</sup>. Para a sua efetivação, faz-se necessária a integração multiprofissional de modo a ofertar cuidado a todas as necessidades que a doença produz nos indivíduos. Na ESF, as equipes de referência em Saúde da Família (EqSF) têm constituição multiprofissional e articulam-se com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que, formados por profissionais das diversas categorias profissionais, propõem-se a ampliar a abrangência de atuação das EqSF<sup>(8)</sup>.

Apesar desse esforço legal e normativo em garantir a efetividade dos cuidados aos portadores de hanseníase e da constituição multiprofissional da ESF, a prática clínica e alguns estudos<sup>(9,10)</sup> ainda identificam inúmeras dificuldades para a realização do diagnóstico precoce e tratamento oportuno da doença, favorecendo, assim, os prejuízos motores e neurológicos que a doença acarreta. Essa demora agrava a situação e torna as sequelas um fardo físico e psicológico para esses sujeitos e seus familiares. Diante desse desafio, que se reflete especialmente na AB, porta de entrada preferencial do SUS, questiona-se: como serviços de AB se articulam para a atenção e controle da hanseníase?

Na perspectiva do campo da Saúde Coletiva, a análise da dimensão da prática profissional e da gestão na atenção à hanseníase na AB é importante para avaliar a implementação dessa política pública e sugerir iniciativas necessárias à sua efetividade. Um dos aspectos inerentes a essa análise é, sem dúvida, a promoção da saúde, visto que, apesar da ampliação dos conhecimentos sobre o controle clínico da doença e da disponibilidade de fármacos e protocolos, prevalece um cenário marcado por iniquidades, negligência e demora no cuidado à hanseníase no Brasil<sup>(9,10)</sup>.

Acredita-se que a investigação acerca dessa problemática na realidade de um município de pequeno porte seja de relevância para o aprofundamento dos debates sobre o cenário atual de atenção à hanseníase e para a proposição de estratégias

que possam superar os desafios então verificados. Além disso, os estudos sobre o papel da AB na atenção à hanseníase são relevantes, principalmente no que diz respeito à realidade local dos municípios. Já a atuação na ESF pressupõe um trabalho em equipe articulado em rede<sup>(11)</sup>, nesse sentido, define-se também o interesse em desenvolver um estudo que abranja a perspectiva interprofissional do cuidado. Desse modo, o presente trabalho teve como objetivo conhecer a percepção dos profissionais de saúde e gestores sobre a atenção em hanseníase na Estratégia Saúde da Família.

## MÉTODOS

Estudo do tipo exploratório e de abordagem qualitativa<sup>(12)</sup>. A pesquisa teve como cenário o município de Morada Nova, Ceará, Brasil. O estudo foi realizado com profissionais de nível superior da Estratégia Saúde da Família (ESF), que atuavam na zona urbana do município, que compõe as EqSF, e do NASF, além dos gestores da AB do município e do NASF. A ESF visa reestruturar a AB de acordo com os princípios do SUS e com o apoio do NASF, estrutura ligada à AB que busca ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na ESF, priorizando a construção de redes de atenção e cuidado, apoiando às EqSF e expandindo sua resolutividade e capacidade de compartilhar e coordenar o cuidado<sup>(13)</sup>.

Os profissionais participantes foram contactados pelas pesquisadoras por intermédio da gestão local das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e convidados a participar da coleta de informações. A seleção dos participantes aconteceu por conveniência e o tamanho final da amostra foi determinado por saturação teórica<sup>(14)</sup>. Incluíram-se os dois gestores da AB e do NASF, e 13 profissionais que atuavam na UBS há pelo menos seis meses e que aceitaram participar voluntariamente do estudo. Foram excluídos aqueles que não estivessem atuando na UBS no período do estudo e/ou não se encaixassem nos critérios de inclusão. Nenhum cirurgião-dentista, por exemplo, foi incluído, pois, por questões estruturais das UBS, essa categoria não estava desenvolvendo suas atividades na AB no período da pesquisa. Assim, a amostra constou de 15 participantes.

A coleta de informações ocorreu no período de julho a agosto de 2016, por meio de entrevistas semiestruturadas que, além de investigar a caracterização dos profissionais participantes com as variáveis (profissão, idade, sexo, tempo de formação profissional, tempo de atuação na AB do município, perfil educacional), continham questões que indagavam sobre as ações desenvolvidas pela equipe para a atenção e controle da hanseníase; sobre as atribuições dos profissionais na atenção em hanseníase; e sobre os desafios para a implementação das ações no município.

Também se utilizou de diário de campo para registro das percepções emergentes no campo. As informações foram analisadas por meio da técnica de Análise de Conteúdo<sup>(11)</sup>, a partir das etapas operacionais: ordenação dos dados; classificação dos dados e análise final. Desse processo, emergiram três categorias temáticas: “A centralização do cuidado em hanseníase e a redução do papel da ESF”; “Equipe multiprofissional e a (des)integração do cuidado”; e “Os desafios para o cuidado em hanseníase: da atenção à gestão”.

Para assegurar o anonimato dos participantes na apresentação dos resultados, utilizou-se a sigla “G” para os gestores, “NASF” para os profissionais do NASF e “EqSF” para os membros da equipe de referência, as quais eram seguidas por números conforme a ordem cronológica das entrevistas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unicatólica de Quixadá (Parecer nº 1.538.726), iniciando-se o processo de coleta de informações, considerando a Resolução nº 466/12<sup>(15)</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para apresentação e discussão dos resultados, foram sistematizados primeiramente os dados referentes à caracterização dos participantes da pesquisa. Logo em seguida, inicia-se o detalhamento e a discussão das dimensões emergentes em cada categoria temática.

### Caracterização dos participantes

Dos 15 participantes da pesquisa, dois são gestores, cinco são profissionais do NASF e oito são da EqSF. Em relação às categorias profissionais, participaram fisioterapeutas, médicos, enfermeiros, assistente social, fonoaudiólogo e nutricionista. A maioria era do sexo feminino. A idade variou de 24 a 47 anos, com média de 33,5 anos.

No que diz respeito ao tempo de formação profissional, percebe-se que todos os entrevistados, exceto um gestor, possuem graduação na área da saúde, acumulando pelo menos sete anos de formação acadêmica. Dentre os graduados, apenas três não têm pós-graduação.

Um estudo<sup>(16)</sup> constatou que o curso de especialização em Saúde da Família contribuiu com o aumento da noção sobre APS e ESF entre os trabalhadores, proporcionando assim uma série de questionamentos e reflexões sobre o processo de trabalho e influenciando uma mudança e reorientação nas práticas cotidianas. Nesse sentido, ressalta-se a importância dos cursos de pós-graduação em Saúde Coletiva e das estratégias de Educação Permanente em Saúde (EPS) para o aperfeiçoamento e formação dos trabalhadores da AB de modo a subsidiar a realização das práticas de cuidado em saúde, especialmente aquelas que enfrentam desafios a sua efetiva implementação, como as ações de controle da hanseníase.

Verificou-se, ainda, que os médicos das EqSF visitadas eram pertencentes ao “Programa Mais Médicos” (PMM). Este programa é uma iniciativa do Governo Federal, em articulação com estados e municípios, que tem o objetivo de ampliar e qualificar o atendimento dos usuários do SUS por meio da contratação de médicos para as regiões de maior vulnerabilidade social<sup>(17)</sup>. Acredita-se que, por pertencerem a esse grupo do PMM, os profissionais entrevistados tinham perfil educacional mais voltado para a Medicina de Família e Comunidade.

O PMM colaborou para melhoria do acesso dos brasileiros aos serviços de saúde<sup>(18)</sup>. Desse modo, o perfil assistencial dos médicos participantes do estudo pode ter influenciado nos resultados, uma vez que o programa inclui ações mais intensivas na garantia da integralidade e da resolubilidade dos serviços, proporcionando inclusive o acompanhamento em serviço por preceptor. Logo, acredita-se que os profissionais do PMM tendem a desenvolver um trabalho mais condizente com as diretrizes de atuação na ESF.

### A centralização do cuidado em hanseníase e a redução do papel da ESF

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), as estratégias adotadas para a eliminação da hanseníase contam principalmente com a detecção precoce e a cura dos casos em tratamento. Para isso, é necessário que as UBS incorporem em sua rotina o acompanhamento e o controle da doença, descentralizando as ações de prevenção e tratamento ao mesmo tempo em que possibilitam uma atenção à saúde mais próxima da realidade de vida das pessoas<sup>(19)</sup>.

No entanto, o presente estudo revelou que a atenção em hanseníase no município de Morada Nova acontece de forma centralizada na Secretaria de Saúde do município, onde existe um único médico responsável pelo acompanhamento de todos os pacientes com suspeita e/ou diagnóstico da doença, como pode ser visto pela fala a seguir:

*“Todos os pacientes com hanseníase e tuberculose são acompanhados pela Secretaria de Saúde, então eles têm consulta lá com o infectologista, e o acompanhamento da dose supervisionada é diretamente lá” (EqSF 01).*

Os profissionais das EqSF atuam de forma coadjuvante no cuidado em hanseníase, sendo responsáveis apenas pela prevenção e educação sobre sinais e sintomas da doença; avaliação dos contatos domiciliares; realização dos procedimentos de prevenção das incapacidades e a identificação de casos suspeitos a partir da demanda que chega até o serviço. Aos profissionais das EqSF, portanto, não é concedida a autonomia para conclusão do diagnóstico na própria UBS e realização do tratamento poliquimioterápico. Qualquer caso suspeito deve ser, por fluxo já pactuado, encaminhado ao especialista responsável pelo Programa de Controle da Hanseníase no município. Além disso, o tratamento, na maioria das vezes, só é iniciado após a realização de exames, como a baciloscopia.

*“As ações do posto, basicamente o que a gente faz, em termos de prevenção, são as palestras. A questão do acompanhamento desses pacientes em tratamento é centralizado na Secretaria de Saúde [...]” (EqSF 05)*

*“[...] Daí, a gente já encaminha para o médico da Secretaria. Ele olha, avalia quando ele acha que a mancha realmente pode ser hanseníase, e o exame deu negativo. Eles estão pedindo uma biopsia para fazer realmente o diagnóstico, ou então se faz pelo diagnóstico clínico. A gente só faz os seguimentos subsequentes” (EqSF 08).*

Contrapondo essa realidade, a literatura sobre o assunto e os protocolos de cuidado na hanseníase preconizam que o diagnóstico e o tratamento da doença sejam embasados essencialmente pelo exame clínico dermatoneurológico, ou seja, por meio das características clínicas já é possível realizar a classificação operacional da doença e iniciar o tratamento imediatamente após essa avaliação. Os exames complementares podem ser solicitados como um apoio diagnóstico, no entanto, o início do tratamento não está condicionado aos resultados dos mesmos<sup>(20,21)</sup>. Por se tratar de um procedimento clínico básico, as ações de prevenção e controle da hanseníase, quando incluídas dentre as atribuições da ESF, facilitam a descentralização das ações de cuidado<sup>(22)</sup>. Ainda, segundo os autores, essa integração das ações em hanseníase aos serviços de AB do país vem mostrando bons resultados, como a melhoria de alguns indicadores epidemiológicos, a redução dos casos diagnosticados com incapacidades físicas já estabelecidas e a diminuição da detecção de novos casos em menores de 15 anos, além da menor prevalência de casos do tipo multibacilar e o acréscimo da magnitude de cura.

Entretanto, observa-se que a organização do cuidado em hanseníase na cidade de Morada Nova produz diversas consequências para a efetivação e avaliação das ações desenvolvidas. Por se tratar de um município de considerável extensão territorial e com a grande concentração da população nos distritos, o deslocamento até a Secretaria de Saúde, que se localiza na zona urbana, torna o tratamento da doença mais oneroso para os pacientes, de maneira que ficam impossibilitados de receber acompanhamento e medicação mais próximo de sua residência, conforme preconizado pelo MS<sup>(23)</sup>. Essa barreira geográfica pode facilitar, inclusive, o abandono do tratamento e, conseqüentemente, favorecer a ativação da cadeia epidemiológica de transmissão.

Outra dimensão do cuidado prejudicada pela centralização do serviço é o acompanhamento dos casos pelas EqSF.

*“[...] a questão do acompanhamento por parte dos enfermeiros e do médico é complicada, porque, às vezes, quando o resultado dá positivo e ele inicia o tratamento aqui dentro da Secretaria de Saúde, algumas equipes demoram um pouco*



*a ter esse retorno, às vezes eles vão ter o retorno no 3º, 4º mês de tratamento. Se ele não procurar a UBS, os enfermeiros só vão conseguir saber com um pouco mais de tempo” (G. 01).*

Em decorrência da centralização, o acompanhamento dos usuários com hanseníase por parte das EqSF se torna mais difícil, pois, diante da demora na contrarreferência, a avaliação dos comunicantes e a prevenção de incapacidades são realizadas tardiamente, ocasionando, por vezes, a instalação das incapacidades nesses pacientes, bem como a não detecção precoce da doença nos comunicantes. De acordo com autores<sup>(24)</sup> que analisaram a situação epidemiológica da hanseníase na microrregião de Araçuaí, Minas Gerais, Brasil, o modo de organização dos serviços de saúde influencia significativamente na situação epidemiológica da hanseníase. A centralização do diagnóstico na atenção especializada contribui para a manutenção da prevalência oculta<sup>(24)</sup>.

As ações voltadas para prevenção e controle da doença são realizadas pela EqSF por meio de intervenções de educação em saúde em conjunto com a equipe do NASF, principalmente por meio de palestras, fixação de cartazes informativos na UBS e treinamento dos ACS para a identificação de sinais e sintomas da doença. As atividades realizadas pela equipe NASF no cuidado em hanseníase são unicamente atividades de prevenção por meio de palestras. Entretanto, são apenas ações pontuais realizadas quando há uma determinação municipal para realização de campanhas específicas ou solicitação da EqSF. A busca ativa por novos casos da doença praticamente não é realizada pelos profissionais das EqSF, como foi expresso na fala da EqSF 08:

*“Normalmente a gente faz pela avaliação do paciente, quando ele vem para as consultas, tipo “estou com uma mancha”, “apareceu uma manchinha aqui”, aí a gente faz a avaliação na hora da consulta de demanda, [...] Para a gente fazer o diagnóstico, o paciente tem que vir até a unidade. Como é que eu vou sair captando? Até a gente orienta, capacita as ACS” (EqSF 08).*

A única atividade que possibilita a busca ativa de novos casos, além da investigação dos comunicantes, é o Programa Saúde na Escola (PSE), que também é realizado em parceria com o NASF. No entanto, as atividades realizadas pelo PSE abrangem uma pequena parcela da população do município: os escolares, e a hanseníase pode acometer qualquer indivíduo em qualquer faixa etária, sendo necessário que a prevenção e a busca ativa alcancem toda a população. Quando isso não se efetiva, sustenta-se a cadeia de transmissão da doença<sup>(25)</sup>.

Por outro lado, os profissionais do NASF demonstraram despreparo e falta de conhecimento sobre o escopo de atividades possíveis de serem realizadas na atenção à hanseníase. Ao mesmo tempo, a redução do processo de trabalho do NASF à ações educativas e de promoção da saúde é uma descaracterização da proposta do apoio matricial<sup>(26,27)</sup>. O processo de trabalho do NASF não deve se limitar a ações de prevenção, devendo atuar na retaguarda especializada da EqSF, por meio da assistência em saúde especializada diretamente ao usuário e também por meio do apoio técnico pedagógico<sup>(27,28)</sup>.

Esse desencontro entre o preconizado e o efetivado pelos profissionais do NASF justifica-se pelo perfil educacional dos profissionais que compõe a equipe NASF do município, os quais possuem, em média, cinco anos de formação acadêmica e, além disso, a maioria não cursou nenhuma especialização voltada para a saúde coletiva. Como a proposta do NASF ainda é recente e os entrevistados não têm passado por processos formais de atualização profissional, percebe-se que ainda se faz necessário o estudo e aperfeiçoamento sobre a estratégia NASF e suas dimensões de atuação. Um aspecto importante também verificado foi o desconhecimento dos profissionais médicos pertencentes ao PMM sobre o protocolo de cuidado em hanseníase:

*“O diagnóstico sempre é pelo exame, o que nós por experiência e conhecimento já temos para fazer o diagnóstico, mas não se monta o tratamento sem uma prova de hanseníase positiva, temos que ter as provas positivas, porque não se pode iniciar o tratamento, está entendendo?” (EqSF 06).*

Como a hanseníase não é uma doença endêmica em Cuba, o diagnóstico e o manejo clínico da doença não compõe o percurso formativo da graduação em medicina no país. Supõe-se que, em Morada Nova, esse fator tenha contribuído para a centralização da atenção em hanseníase no município. No entanto, em contrapartida, pesquisadores<sup>(29)</sup> que buscaram identificar o impacto do PMM nos indicadores da AB no município de Altaneira, Ceará, Brasil, verificaram, dentre outros fatores, o aumento significativo do número de atendimento prestados a pacientes portadores de tuberculose e hanseníase e a redução nos encaminhamentos. Para os autores esse fato parece ser reflexo das ações de busca ativa disparadas por esses médicos e suas equipes, fazendo com que o número de notificação e diagnóstico aumentasse. Portanto, por mais que haja o desconhecimento sobre os critérios diagnósticos da hanseníase, pode ser superado pela organização do processo de trabalho com foco na busca ativa e no cuidado integral. Um estudo quantitativo dos indicadores de situação e produção em saúde nesse município subsidiaria a confirmação dessa hipótese.

### **Equipe multiprofissional e a (des)integração do cuidado**

Esta categoria trata da atenção em hanseníase com a equipe multifatorial. Por se tratar de uma enfermidade que engloba vários aspectos da vida dos portadores, o MS indica que, para se alcançar um cuidado integral, a assistência ofertada deve ser conduzida por uma equipe multiprofissional<sup>(30)</sup>.

Na organização de trabalho da equipe de AB no município de Morada Nova, observou-se que cada categoria profissional possui uma atribuição específica e não existem espaços formais para diálogo e discussão de casos de pacientes com hanseníase entre a equipe. Pelo que foi discutido e evidenciado na seção anterior, a atenção em hanseníase no município ocorre de forma centralizada, contribuindo para que haja uma desresponsabilização dos profissionais que compõem a ESF no cuidado com esses pacientes.

*“Consistem em só visitá-los, orientá-los com respeito ao cuidado na prevenção de incapacidades e também protocolarmente se segue com o especialista. É quase limitado, não é?! Só fazer diagnóstico, tentar fazer diagnóstico aqui, pesquisar, pronto [...] (EqSF 02).*

Entretanto, mesmo com a centralização do diagnóstico e tratamento medicamentoso, existem muitas outras dimensões do cuidado que podem ser conduzidas pela equipe multiprofissional da ESF. A hanseníase ainda é considerada uma doença estigmatizante, assim, usualmente, os portadores da doença e seus familiares desencadeiam reações psicológicas negativas associadas à vergonha de si, ao medo da morte e ao afastamento social. O preconceito e o desconhecimento, ainda bastante presente na sociedade, contribuem para a baixa autoestima do paciente, dificultando a aceitação da doença. O cuidado voltado para aspectos educacionais, comportamentais, psíquicos e sociais desses pacientes, seus familiares e da sociedade de modo geral se torna indispensável para a efetivação de um tratamento bem-sucedido e, em seguida, para a reintegração do indivíduo à sociedade<sup>(31)</sup>. Observou-se, porém, que essa dimensão do tratamento, no município em estudo, não é contemplada.

Na organização do trabalho multiprofissional em hanseníase também se destaca a participação dos ACS. São esses que, na maioria das vezes, identificam casos suspeitos durante as visitas domiciliares, informam à EqSF a relação dos comunicantes, além de verificarem se os pacientes estão realizando o tratamento de forma correta. Por esse fato, ressalta-se a importância da capacitação dos ACS como forma de qualificar a atenção em hanseníase, garantindo, pela atuação desses profissionais, a busca ativa de novos casos, o diagnóstico precoce e o acompanhamento do tratamento. Além disso, com a expansão dos conhecimentos sobre a doença, acredita-se que fica fortalecida a discussão de ações de promoção em saúde.

Por outro lado, os profissionais da equipe NASF em Morada Nova isentam-se de qualquer responsabilidade para com a prevenção em saúde, que inclui agir desmitificando o pensamento e o preconceito sobre a doença<sup>(32)</sup> e sobre o diagnóstico da doença, para os pacientes e seus familiares:

*“Eu fiz uma visita domiciliar para uma paciente acamada, uma das pessoas que vi da família [estava] com manchas muito suspeitas, eu não cheguei a avaliar, mas eu só vi, no visual, e conversando com a ACS ela disse que já tinha conversado com a pessoa a respeito, que fosse ao posto, que procurasse o médico ou a enfermeira da unidade, e a pessoa se nega a ir” (NASF 01).*

Ao contrário dessa postura relatada por NASF 01, a partir da identificação de um caso suspeito e pelo conhecimento da resistência do paciente em comparecer em uma unidade de saúde, pressupõe-se que o profissional integrante de uma equipe multiprofissional tome para si a responsabilidade do caso, além de levar a situação encontrada para ser discutida de modo compartilhado por toda a equipe.

O apoio matricial objetiva construir possibilidades para ampliação do trabalho clínico e sanitário. Essa metodologia pretende assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde. Entretanto, mesmo dispondo de uma equipe multiprofissional e voltada para o apoio matricial, observou-se que essa integração não acontecia de modo a favorecer a clínica ampliada no cuidado à hanseníase na realidade estudada<sup>(26)</sup>.

### **Os desafios para o cuidado em hanseníase: da atenção à gestão**

Nessa categoria, ao tentar identificar as opiniões dos profissionais e gestores da ESF sobre o monitoramento e a organização das ações de controle da hanseníase no município, foram identificadas situações desafiadoras para a realização do trabalho no município. A principal questão desafiadora relatada pelos entrevistados foi o tipo de organização que o município adota para a atenção em hanseníase.

*“O principal desafio eu acredito que é descentralizar o programa, porque, às vezes, a gente pode diagnosticar um paciente aqui, e até ele iniciar o tratamento pode levar um certo tempo, e aí ele vai continuar transmitindo a doença se for multibacilar, não é?!” (EqSF 05).*

A descentralização dos serviços no cuidado em hanseníase ainda é considerada um dos maiores desafios à efetivação do controle da doença no município e no país. Mesmo com as publicações e recomendações do MS definindo que a atenção e o controle da hanseníase são atribuições da APS, ainda existe predominância do atendimento centralizado na atenção especializada<sup>(33, 34)</sup>.

Outro aspecto identificado como desafiador diz respeito às ações de prevenção. Esses desafios envolvem desde a aceitação da população desse tipo de atividade até o apoio da gestão para a concretização dessas intervenções.

*Eu acho assim, o desafio é mais da não valorização da população que faz parte da atenção primária, que, muitas vezes, acha que é besteira, que promoção de saúde não funciona, e também a questão financeira. Falta de investimento para aquisição de material educativo, para apresentar palestras, não é?![...]” (NASF 02).*

*[...] E o desafio também é, enquanto gestão, ter o apoio um pouco mais completo da gestão para estar dando um suporte mais adequado nesses casos” (EqSF 01).*

Com a fala de EqSF01, percebe-se que a falta de informação da população colabora de forma significativa para reforçar a não adesão dos pacientes ao tratamento e ao controle dos comunicantes. Além disso, ressalta-se a importância da EPS para esses profissionais enquanto via para aprimorar a atuação profissional em hanseníase<sup>(35)</sup>. A EPS, além de ampliar o conhecimento técnico, poderá subsidiar a atuação desses trabalhadores com o compartilhamento de metodologias e recursos que auxiliem nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos.

Diante desse contexto, é importante que se faça também uma reflexão sobre o apoio da gestão municipal para a realização de tais ações na garantia, por exemplo, de momentos de EPS e de apoio com recursos, infraestrutura e logística necessários à concretização das intervenções.

Por outro lado, a avaliação e o monitoramento das ações de hanseníase no município também se configuram como fatores limitantes, na opinião dos gestores da AB do município. Diante da centralização do programa, essas atividades são realizadas apenas quando é necessário alimentar os sistemas de informação, ou quando existe algum alerta da não realização das atividades pela EqSF:

*“Como é centralizado, a responsável, que cuida do programa junto com o médico, ela me repassa como é que está esse quantitativo, e aí a gente vai mesmo quando vai alimentar o COAP [Contrato Organizativo de Ação Pública], que a gente tem que fechar, aí a gente vai dando uma olhada, ou então quando alguma equipe não está solicitando. O laboratório sinaliza o quantitativo que ele está fazendo de exame e a gente pega o controle. Quando eu vejo que uma unidade está com dois, três meses sem buscar, sem chegar nada, a gente dá um retorno com eles para saber o que está acontecendo” (G 01).*

Coadunando com a postura dos profissionais do NASF em relação à atenção em hanseníase, percebeu-se que também a gestão, a coordenação do NASF, não tem envolvimento com a realização das atividades de monitoramento das ações de controle de hanseníase e da situação epidemiológica no município:

*“Assim, atualmente, a parte de epidemiologia é mais com a coordenadora de lá. Sempre que existe algum tipo de incidência ela nos avisa, porque o NASF entra em apoio junto com a UBS de referência da região, e informa que ocorreu essa incidência e a gente vai trabalhar junto. Quem fica mais responsável é a coordenadora de epidemiologia e vigilância sanitária” (G 02).*

Essa não realização da avaliação e do monitoramento de forma mais efetiva por parte dos gestores da AB também contribui para novos casos de hanseníase no município. Em 2015, a cidade de Morada Nova registrou um perceptual de detecção na população em geral de 29.16/ 100.000 habitantes<sup>(2)</sup>, apesar da meta proposta pelo Pacto pela Saúde, em 2006, de que se atingisse o patamar de menos de um caso de hanseníase por 10.000 habitantes em todos os municípios<sup>(36)</sup>. O PNCH, cujo intuito é a redução da carga da doença, conta, dentre os seus componentes, com a implantação da avaliação e monitoramento das ações, tendo como prioridade, desde 2007, a incorporação dessa estratégia para elaboração do plano de ação. Dessa forma, a avaliação e monitoramento são ferramentas imprescindíveis para gestão do Programa de Controle da Hanseníase<sup>(37)</sup>.

Quando questionados sobre o impacto das ações realizadas por eles no município e quais eram suas avaliações sobre as mesmas, surgiram algumas interpretações contraditórias. Os profissionais do NASF, apesar de demonstrarem dificuldades em explanar sobre o impacto causado pelo trabalho em hanseníase e compreendê-lo apenas enquanto ações educativas, avaliaram o impacto e a organização de trabalho de maneira positiva:

*“[...] Eu acho que, assim, acaba informando um pouco mais para as pessoas sobre o que é a doença” (NASF05).*

*“[...] “Eu acho que me sinto feliz nessa questão de estar tentando quebrar mais esse paradigma de que a hanseníase é um bicho de sete cabeças” (NASF01).*

Já os profissionais da EqSF, ao refletirem sobre o cuidado em hanseníase em uma perspectiva mais ampla, expressaram o descontentamento com a forma de organização do trabalho no município e apontaram o impacto negativo das ações.

*“Sinto-me de mãos atadas. Eu sinto que não estou fazendo nada, é assim” (EqSF 02).*

*“Assim, eu vejo o impacto como uma coisa negativa, porque é como eu falei: anteriormente, a gente diagnostica o paciente, sabe que ele está com hanseníase e fica de mão atadas, de certa maneira que a gente sabe que o diagnóstico é basicamente clínico” (EqSF 05).*

Essa discrepância nas opiniões justifica-se pelo fato de os profissionais do NASF não estarem envolvidos de forma efetiva no cuidado aos portadores da doença e de seus familiares, além de não haver uma boa relação de comunicação entre os profissionais que compõe a ESF.

Assim, percebe-se que o modelo biomédico ainda está presente nas questões de saúde. Esse modelo fragmenta o indivíduo com uma tendência à relação verticalizada e impessoal com os usuários, associada à padronização de intervenções curativas<sup>(38)</sup>. Em estudo realizado no estado do Rio Grande do Sul, dos vinte entrevistados, observou-se que os usuários, ao serem questionados sobre quais os profissionais existentes na equipe de saúde, citaram parcialmente a equipe, com exceção do profissional médico, mencionado por todos. Isso deixa claro o pouco conhecimento dos participantes em relação à equipe básica de saúde. Deduz-se ainda que a compreensão de saúde como um estado que corresponde à ausência de doença continua persistindo na cultura social. Assim, as práticas realizadas na UBS podem estar associadas ao tratamento médico curativo<sup>(39)</sup>.

O presente estudo apresentou algumas limitações, como a delimitação da pesquisa apenas à zona urbana do município e a não abrangência de todos os profissionais atuantes na AB, especialmente os cirurgiões-dentistas e, sobretudo, os ACS, que compõem a equipe e estão em contato direto com os usuários, sendo imprescindíveis na construção de vínculos com os usuários dos serviços. Essas limitações justificam-se pelas condições temporais de realização do estudo, mas apontam desenhos possíveis para investigações futuras.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se que a organização do cuidado em hanseníase no município segue um modelo tradicional e centralizado na atenção médica especializada. Esse modelo de cuidado, que não é o preconizado pelo MS, impacta sobre vários aspectos da atenção integral à hanseníase, como a não articulação dos serviços para atenção e controle da doença, a falta de avaliação e monitoramento das ações por parte dos gestores, e a não capacitação dos profissionais para a realização de tais atividades. Esses aspectos do processo de trabalho têm uma influência negativa para o acompanhamento e cuidado em hanseníase no município.

Pode-se inferir que os profissionais e gestores têm uma visão crítica e construtiva limitada quanto à atenção em hanseníase no município. Há um direcionamento da gestão central sobre a organização das práticas, que é seguido sem contestações, apesar da baixa efetividade do cuidado e das insatisfações relatadas. Do mesmo modo, os profissionais e gestores não percebem o planejamento da atenção em hanseníase como objeto de trabalho das equipes, relegando as ações de planificação unicamente à gestão central.

Além disso, os principais desafios inerentes ao modelo de atenção em hanseníase vigente no município, na percepção dos gestores e profissionais, se traduzem na gestão do trabalho e na falta de capacitação profissional. À medida que a gestão do trabalho, da formação e das informações em saúde não é realizada com o objetivo de garantir uma atenção integral, o cuidado permanece fragmentado e ineficiente. Do mesmo modo, a não efetivação do trabalho interprofissional contribui para a conservação da atenção essencialmente clínica e pautada no modelo biomédico hegemônico. Acredita-se que, somente com a reorientação do processo de trabalho, a atenção e o cuidado em hanseníase no município possam ser qualificados, facilitando a integração dos serviços e dos profissionais, e refletindo-se de maneira positiva na melhora dos índices epidemiológicos da região.

Por meio deste estudo evidencia-se ainda a necessidade de analisar a atenção em hanseníase a partir da perspectiva dos usuários do serviço. Além disso, futuros estudos podem contemplar a correlação da situação epidemiológica dos territórios específicos com o modo de organização do cuidado em hanseníase na ESF do município estudado.

## REFERÊNCIAS

1. Zanardo TS, Santos SM, Oliveira VCC, Mota RM, Mendonça BOM, Nogueira DS. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase na atenção básica de saúde de São Luis de Montes Belos, no período de 2008 a 2014. *Rev Faculdade Montes Belos*. 2016;9(2):78-141.
2. Ministério da Saúde (BR), DATASUS/SAGE. Situação de saúde, indicadores de morbidade, hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
3. Ministério da Saúde (BR), DATASUS/SINANTE. TabNet: Hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
4. Governo do Estado do Ceará (BR), Secretaria da Saúde. Aspectos Epidemiológicos. Boletim epidemiológico hanseníase; 2016 Jan 27 [acesso em 2017 mar 20]. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/boletins?download=>
5. Savassi LCM, Modena CM. Hanseníase e a atenção primária: desafios educacionais e assistenciais na perspectiva de médicos residentes. *Hansen Int*. 2015;40(2):2-16.
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3125, de 7 de outubro de 2010. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. Diário Oficial da União, Brasília, 2010.



7. Lanza FM, Vieira NF, Oliveira MMC, Lana FCF. Avaliação das ações de hanseníase desenvolvidas na atenção primária: proposta de um instrumento para gestores. *REME Rev Min Enferm.* 2014;18(3):598-605.
8. Moreira ESM, Barbosa NB. Fisioterapia na atenção primária em saúde- o processo de implantação dos NASF em Anápolis-Goiás. *RESU.* 2016;4(1):26-34.
9. Queirós MI, Alencar CHM, Sena AL, Ramos Junior AN, Monteiro LD, Barbosa JC. Clinical and epidemiological profile of leprosy patients attended at Ceará, 2007-2011. *An Bras Dermatol.* 2016;91(3):311-7.
10. Brito AL, Monteiro LD, Ramos AN Junior, Heukelbach J, Alencar CHM. Tendência temporal da hanseníase em uma capital do Nordeste do Brasil: epidemiologia e análise por pontos de inflexão, 2001 a 2012. *Rev Bras Epidemiol.* 2016;19(1):194-204.
11. Matuda CG, Aguiar DML, Frazão P. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. *Saúde Soc.* 2013;22(1):173-86.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010.
13. Costa EMA, Carbone MH. Saúde da Família: uma abordagem multidisciplinar. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio; 2009.
14. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública.* 2011;27(2):389-94.
15. Conselho Nacional de Saúde (BR) Resolução CNS nº 44 de dezembro de 2012. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2012.
16. Mattos LB, Dahmer A, Magalhães CR. Contribuição do curso de especialização em Atenção Primária à Saúde à prática de profissionais da saúde. *ABCS Health Sci.* 2015;40(3):184-9.
17. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). Progestores. Nota técnica, 23/2013. Programa mais médicos. Atualizada em 22/07/2013, após a publicação da Portaria Interministerial 1493 e Editais 40 e 41, em 18 de julho de 2013. Brasília; 2013.
18. Lima RTS, Fernandes TG, Balieiro AAS, Costa FS, Schramm JMA, Schweickardt JC, et al. A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2016;21(9):2685-96.
19. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Eliminar a hanseníase é possível: um guia para os municípios, versão preliminar. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
20. Bassanezel B, Gonçalves A, Padovani CR. Características do processo de diagnóstico de hanseníase no atendimento primário e secundário. *Diagn Tratamento.* 2014;19(2):61-7.
21. Santos DAS, Silva LCVG, Spessatto LB, Melo LS, Cruz LR Neto. Educando para o diagnóstico precoce da hanseníase no município de Rondonópolis- Mato Grosso. *Rev Eletr Extensão.* 2016;13(23):45-61.
22. Lanza FM, Lana FCF. Descentralização das ações de controle da hanseníase na microrregião de Almenara, Minas Gerais. *Rev Latinoam Enferm.* 2011;19(1):187-94.
23. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Vigilância Epidemiológica Secretária de Vigilância em Saúde. Hanseníase e direitos humanos: direitos e deveres dos usuários do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
24. Lana FCF, Carvalho APM, Davi RFL. Perfil epidemiológico da hanseníase na microrregião de Araçuaí e sua relação com as ações de controle. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2011;15(1):62-7.
25. Aguiar PG, Almeida DA, Silva SDC, Paschoini J. Fatores de manutenção da endemia hanseníase e as ações da enfermagem no controle da hanseníase. *Libertas.* 2014;4(1):119-32.
26. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(2):399-407.
27. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
28. Gonçalves RMA, Lancman S, Sznalwar LI, Cordone NG, Barros JO. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. *Rev Bras Saúde Ocup.* 2015;40(131):59-74.

29. Alencar ANA, Xavier SPL, Laurentino PAS, Lira PF, Nascimento VB, Carneiro N, Fonseca A. et al. Impacto do programa mais médicos na atenção básica de um município do sertão central nordestino. *Rev Eletrônica Gestão Sociedade*. 2016;10(26):1290-301.
30. Duarte MTC, Ayres JA, Simonetti JP. Consulta de enfermagem: estratégia de cuidado ao portador de hanseníase em atenção primária. *Texto & Contexto Enferm*. 2009;18(1):100-7.
31. Silveira MGB, Coelho AR, Rodrigues SM, Soares MM, Camillo GC. Portador de hanseníase: impacto psicológico do diagnóstico. *Psicol Soc*. 2014;26(2):517-27.
32. Canário DDRC, Silva SPC, Costa FM. Saberes e práticas de agentes comunitários de saúde acerca da hanseníase. *Rev Enferm UFPE on line*. 2014;8(1):1-7.
33. Lanza FM. Avaliação da atenção primária no controle da hanseníase: validação de instrumentos e análise do desempenho de municípios endêmicos do Estado de Minas Gerais [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2014.
34. Grossi MAF. Vigilância da hanseníase no estado de Minas Gerais. *Rev Bras Enferm*. 2008;61(Esp): 781.
35. Penha AAG, Oliveira JL, Soares JL, Rufino NF, Rocha RPB, Viana MCA. Desafios na adesão ao tratamento da hanseníase segundo enfermeiros da atenção primária à saúde. *Cad Cult Ciênc*. 2015;14(2):75-82.
36. Lobo FS, Lima, IFS, Oliveira KLB. Pacto pela Saúde. In: Aguiar ZN. SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 2ª ed. São Paulo: Martinari; 2015. p. 99-116.
37. Alencar OM. Monitoramento e avaliação em Hanseníase: desafios e perspectivas para gestão de qualidade. In: Alves, ED, Ferreira, TL, Ferreira, IN. Hanseníase avanços e desafios. Brasília: Coronário Gráfica e Editora; 2014. p. 171-87.
38. Teasser CD, Sousa IMCS. Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. *Saúde Soc*. 2012;21(2):336-50.
39. Silva TR, Motta RF. A percepção dos usuários sobre a política de saúde na atenção básica. *Mudanças*. 2015;23(2):17-24.

**Endereço do primeiro autor:**

Odete Andrade Girão Neta  
Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP - CE  
Av. Antônio Justa, 3161  
Bairro: Meireles.  
CEP: 60.165-090 - Fortaleza - CE - Brasil  
E-mail: odetegirao@hotmail.com

**Endereço para correspondência:**

Gisele Maria Melo Soares Arruda  
Universidade Estadual do Ceará - UECE  
Av. Silas Munguba, 1700  
Bairro: Campus do Itaperi,  
CEP: 60741-000 Fortaleza - CE - Brasil.  
E-mail: giselemelosoares@gmail.com