

**PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL DO CONTROLE DA HANSENÍASE NO ÂMBITO DO PSF:
EXPERIÊNCIA DE BALNEÁRIO CAMBORIÚ - SC**

Situational Strategic Planning for Hansen's disease control conducted by the Family Health Program: the experience of Balneário Camboriú – SC.

Alessandro da Silva Scholze¹

Danuza Regina R. Silva²

Isabel Cristina dos Santos Oliveira³

Jerusa Cavalheiro Fontana⁴

Laila Henrique de Ávila⁵

Mário Francisco de Assis Neto⁶

Manuela Menezes da Silva⁷

Sabrina Grassi⁸

RESUMO

A hanseníase é considerada um problema de saúde pública passível de ser controlado com os métodos atualmente disponíveis. No Brasil, um dos países com maior prevalência no mundo, esse controle é uma das ações atribuídas ao Programa Saúde da Família (PSF).

¹ Médico do PSF de Balneário Camboriú– Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho. Endereço:Rua 2328, 281 – apto. 502. CEP 88330-446. Balneário Camboriú – SC.Fone: (47)3672054. E-mail: ascholze@zipmail.com.br ou alessandroscholze@univali.br

² Médica do PSF de Balneário Camboriú – Pediatra

³ Enfermeira do PSF de Balneário Camboriú – Mestre em Saúde Pública

⁴ Médica do PSF de Balneário Camboriú – Hemato-Oncologista

⁵ Médica do PSF de Balneário Camboriú - Pediatra

⁶ Médico do PSF de Balneário Camboriú

⁷ Enfermeira do PSF de Balneário Camboriú – Especialista em Saúde da Família

⁸ Enfermeira do PSF de Balneário Camboriú

Nosso objetivo foi desenvolver uma forma de avaliação da resolutividade das ações do Programa Saúde da Família para a eliminação da hanseníase em Balneário Camboriú – SC. O método de trabalho utilizado foi o Planejamento Estratégico Situacional (PES), visando à resolução da situação-problema identificada pelo grupo, nos contextos locais das equipes de PSF onde atuava, relacionando-os com a realidade ampla de eliminação da hanseníase no município do estudo. Analisamos os dados epidemiológicos relativos à hanseníase no município, seguindo-se um reconhecimento dos recursos nele disponíveis e limitações para o controle da doença. Com isso, elaboramos um planejamento para concretizar as ações de controle da hanseníase no PSF, com posterior avaliação desse processo. O PES contribuiu efetivamente para a abordagem do problema, abrindo a possibilidade de aplicar metodologias similares em relação a outros indicadores da Atenção Básica.

Palavras-chave: Hanseníase; Saúde da Família; Programa Saúde da Família; Planejamento em Saúde.

ABSTRACT

Hansen's disease is considered to be a public health problem that can be controlled using currently available methods. In Brazil, one of the countries with the highest prevalence levels of this disease on the planet, controlling this disease is one of the attributions of the Family Health Program (PSF). Our goal was to develop a process to evaluate the resolution of the PSF leprosy controlling actions in Balneário Camboriú, SC. We applied Situational Strategic Planning (SEP) in order to solve the problem-situation verified by our group in local settings of different PSF teams, keeping it linked to the wider context of elimination of leprosy in the city where the study was conducted. We analyzed epidemiological data on leprosy in our city and we identified its resources and limitations for controlling this disease.

Next, we elaborated a plan to realize these actions based on the PSF and to evaluate that process in the future. The SEP effectively contributed to dealing with the problem, suggesting the possibility of applying similar methodologies to other situations defined by the Primary Care indicators.

Key words: Leprosy; Family Health; Family Health Program; Health Planning.

Introdução

Os conceitos relacionados à hanseníase sofreram modificações significativas desde o Primeiro Congresso Internacional sobre a doença, ocorrido em Berlim, no ano de 1897, quando o consenso era defini-la como incurável, até a proposta da Organização Mundial da Saúde-OMS de eliminação da hanseníase no ano 2000, em 1986. Porém, esta proposta recebeu um adendo na Assembléia Mundial de Saúde, em 1991: “como problema de saúde pública” (NEIRA, 2005; LOCKWOOD, 2002).

Modificações como estas revelam a complexidade da hanseníase, uma doença cujo diagnóstico já era objeto do capítulo 13 do *Levítico*, no *Velho Testamento* (SCLIAR, 1996). A identificação da doença como um castigo divino reflete-se ainda hoje, já que o preconceito para com a hanseníase é um dos fatores contrários a sua erradicação (NEIRA, 2005). O elemento estigmatizante da doença no Brasil é reconhecido, inclusive, na determinação de não se utilizar o termo “lepra”, considerado discriminatório, mas sim “hanseníase”.

No Brasil foram registradas, em maio de 2005, 31.490 pessoas com hanseníase no Sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB (BRASIL, 2005), sendo considerado um dos países com maior número de casos, enquanto somavam-se 457.792 casos em todo o mundo, no ano de 2003 (WORD HEALTH ORGANIZATION-WHO, 2004).

Doença infecciosa crônica, a hanseníase é causada pelo *Mycobacterium leprae*, parasita intracelular obrigatório, de alta infectividade e baixa patogenicidade, que tem no homem sua única fonte de infecção, apesar de existirem animais naturalmente infectados. O contágio se dá de pessoa a pessoa, principalmente a partir de pacientes multibacilares, tendo nas vias aéreas superiores seu principal meio de eliminação e porta de entrada mais provável. O período de incubação varia de meses até 10 anos, com média de cinco anos. Assim, o ambiente domiciliar é especialmente favorável à transmissão da doença, considerando-se contatos intradomiciliares todos aqueles que residam ou tenham residido com uma pessoa infectada nos últimos cinco anos (BRASIL, 1998; 2002).

Apesar de ser uma doença infecciosa, suas características neurodegenerativas constituem o elemento progressivo que leva à incapacidade física e a estigmas de longo prazo da doença. Além das lesões cutâneas com diminuição ou ausência de sensibilidade, os

nervos periféricos são afetados, especialmente em mãos, pés e olhos. A evolução da hanseníase depende do grau de imunidade da pessoa infectada, podendo evoluir para a perda de força e sensibilidade pela neurite periférica. A partir disso, surgem deformidades como o “pé caído” e a “mão em garra”, além de cegueira e mutilações (LOCKWOOD, 2002; BRASIL, 2002; BERNARDI; MACHADO, 2004).

O tratamento visa prevenir tais complicações e interromper a cadeia de transmissão. O Ministério da Saúde brasileiro utiliza a poliquimioterapia padronizada pela OMS, objetivando evitar a resistência medicamentosa do patógeno. O esquema utilizado varia conforme a definição da doença como paucibacilar ou multibacilar. As cartelas com medicação suficiente são distribuídas mensalmente, com supervisão para tomada de rifampicina nessa ocasião. Variações nos esquemas básicos são necessárias para crianças, interrupções no tratamento ou evoluções lentas (BRASIL, 2002).

Essas ações de controle da hanseníase eram de responsabilidade da Área Técnica de Dermatologia Sanitária, que foi incorporada ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, em 2000. Isso foi feito para utilizar o Programa Saúde da Família-PSF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS no desenvolvimento das ações de controle da hanseníase, a partir das unidades da rede básica, com a finalidade de eliminar a doença até 2005 (BRASIL, 2000).

Neira (2005) discutiu as diferentes definições de “eliminação” de uma doença, considerando as possíveis confusões desse termo com “controle” e “erradicação”. Dessa forma, o conceito de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública se refere a reduzir a prevalência da doença a menos de um caso em cada 10.000 pessoas, objetivo considerado viável diante das características da doença. Porém, limitações locais impediram até agora que a eliminação fosse obtida. No caso do Brasil, as dificuldades envolveriam a alta especialização do programa de controle da hanseníase, os sistemas de informação complexos envolvidos e os grandes fluxos migratórios no país.

Em Balneário Camboriú – SC, em uma reunião dos profissionais de nível superior de seis equipes do PSF, representando quatro das seis Unidades Básicas de Saúde do município, nas quais está implantado esse programa, chegamos à constatação de não

terem sido realizados encaminhamentos para investigação ou tratamento de hanseníase por nenhum dos profissionais presentes. Tampouco foram reconhecidos quaisquer casos de pacientes em tratamento nas áreas adscritas a essas equipes.

A partir disso, nosso objetivo, neste trabalho, foi desenvolver o planejamento estratégico situacional das ações de controle da hanseníase no âmbito do Programa Saúde da Família visando à eliminação da hanseníase em Balneário Camboriú – SC.

Metodologia

A proposta de atividade prática no Curso de Capacitação para o PSF do qual participamos era direcionada pelo questionamento quanto à resolutividade das equipes do PSF nas ações mínimas da Atenção Básica em Saúde incluídas na NOAS/SUS.01/200. O grupo partiu da análise das metas que constavam no Pacto de Indicadores de Atenção Básica de Balneário Camboriú para 2005, a fim de decidir qual ação seria tema do projeto. Dentre os indicadores contidos no pacto, buscamos aqueles cujas metas apresentassem maior discrepância em relação aos valores obtidos no município no ano de 2004, ou em relação aos valores descritos para o estado de Santa Catarina nesse mesmo ano. Verificando os conjuntos de indicadores de saúde selecionados dessa forma, aqueles relacionados à eliminação da hanseníase foram escolhidos como tema do projeto.

O método de trabalho utilizado foi o Planejamento Estratégico Situacional-PES, visando à resolução da situação-problema identificada pelo grupo nos contextos locais das equipes de PSF onde atuava, relacionando-os com a realidade ampla da eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no nível global (De TONI, 2001).

Na implementação do PES, utilizamo-nos de dados secundários, provenientes de documentos do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde de Balneário Camboriú, de entrevista aberta com a enfermeira responsável pelo Programa de Controle de Hanseníase (PCH), que atua no Posto de Saúde Central do município, além de revisão da literatura relacionada com o tema.

Resultados e Discussão

Seguindo a divisão didática em momentos diferentes, mas não estanques, do PES, nosso grupo desenvolveu um **momento explicativo** inicial, no qual discutiu os indicadores relativos à eliminação da hanseníase contidos no Pacto de Indicadores de Atenção Básica de Balneário Camboriú para 2005 (SANTA CATARINA, 2005), relacionando-os com a experiência de cada um em suas respectivas áreas de atuação no PSF e às informações obtidas junto ao PCH.

A taxa de detecção de casos novos no município foi de 0,12:10.000 em 2004, pactuando-se 0,1:10.000 para 2005, abaixo dos 0,44:10.000, em Santa Catarina em 2004. Essa taxa serve como aproximação da incidência de hanseníase, porém é influenciada pela capacidade do sistema de vigilância local e não permite detectar variações de tendência, pois o diagnóstico geralmente é tardio. Em 2004, a porcentagem de cura dos casos novos diagnosticados em Balneário Camboriú foi de 25%, contra 60% no nível estadual, pactuando-se 30% de cura para o município em 2005. A prevalência de hanseníase foi de 0,92:10.000 no município, em 2004, pactuando-se 0,9:10.000 para 2005. A redução também era esperada em Santa Catarina, onde se contavam 0,64 casos em 10.000 pessoas, no ano de 2004. Em Balneário Camboriú, o grau de incapacidade I e II no momento do diagnóstico em 2004 era relacionado como 200% (*sic*), pactuando-se 100% em 2005, enquanto no estado, em 2004, essa proporção era de 64%, indicando a falta de detecção precoce nos casos registrados no município.

Os cadastros do Sistema de Informação de Atenção Básica-SIAB, cujos dados são provenientes das equipes de PSF em Balneário Camboriú, incluíam, em agosto de 2005, dois casos de hanseníase numa população coberta de 37.479 pessoas (BALNEÁRIO CAMBORIÚ, 2005). Segundo a enfermeira do PCH, nesse mesmo mês eram cinco as pessoas em tratamento no município, sendo outras duas moradoras do bairro Centro, não coberto pelo PSF, e uma proveniente do município vizinho a Camboriú.

Diante desses indicadores, a ausência de relatos de hanseníase nas equipes dos membros do grupo poderia confirmar a baixa prevalência da doença e sua conseqüente eliminação. No entanto, isso também conduziria à possibilidade de subdiagnóstico no nível da Atenção Primária à Saúde-APS.

Lockwood (2002) sugeriu que a segunda possibilidade é mais provável na situação de integração do programas de controle da hanseníase na APS, pois o diagnóstico da doença pode ser difícil, reduzindo aparentemente a incidência dela. Outro fator que contribui para uma aparente eliminação da hanseníase é a definição de caso que leva em conta apenas pacientes recebendo tratamento medicamentoso, excluindo aqueles com complicações e incapacidades.

Além disso, se utilizarmos as orientações diagnósticas da OMS, limitando o enfoque a lesões cutâneas com alteração de sensibilidade, serão diagnosticados 70% dos casos, porém, restariam 30% de pacientes sem esse sinal, incluindo multibacilares, que só apresentam comprometimento de nervos periféricos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000; INTERNATIONAL LEPROSY ASSOCIATION, 2002).

A International Leprosy Association (2002) identificou a deficiência de informações quanto à recorrência de hanseníase em pacientes multibacilares que receberam tratamento por 12 meses. Menos ainda é sabido quanto ao uso de um único esquema de tratamento para pacientes pauci ou multibacilares, como já proposto pela OMS (LOCKWOOD, 2002). Desse modo, a eliminação de casos registrados com esquemas de tratamento de curto prazo não necessariamente implica redução na incidência da hanseníase, além do que, não há evidências nem mesmo de que a transmissão seja realmente reduzida com prevalência da doença menor que 1:10.000.

Na nossa realidade local, tais limitações intrínsecas das ações de controle da hanseníase somam-se à falta de integração da rede básica ao PCH, traduzida pelo desconhecimento quanto ao PIAB envolvendo a eliminação da doença, pela ausência de busca ativa de casos nas populações adscritas ao PSF e mesmo na falta de comunicação das equipes do PSF com o PCH implantado no município.

Portanto, as dificuldades encontradas no momento explicativo do planejamento puderam ser resumidas como:

- segregação dos doentes na comunidade, levando-os a não referirem sua condição;

- falta de capacitação dos profissionais das equipes de Saúde da Família para o diagnóstico de hanseníase;
- características clínicas da doença que limitam a abordagem diagnóstica e terapêutica precoces;
- ausência de contra-referência por parte do PCH;
- falta de divulgação do PIAB para as equipes de Saúde da Família.

A seguir, a definição da situação-objetivo no **momento normativo**, levou-nos a tratar os *Nós Críticos* identificados, de um ponto de vista que permitisse esclarecer o dilema em torno da possibilidade de eliminação da hanseníase no município ou de seu subdiagnóstico na APS.

Desse modo, as propostas de ação definidas pelo grupo incluíram:

- estabelecimento de vínculo entre as equipes do PSF e o Programa de Controle de Hanseníase no município;
- capacitação das equipes do PSF para a abordagem da hanseníase na APS;
- divulgação de informações sobre hanseníase para as comunidades atendidas pelo PSF;
- participação dos profissionais de Saúde da Família na pactuação da Atenção Básica.

A implementação de uma melhor comunicação entre a Saúde da Família e o PCH, já se iniciou no próprio contato com a enfermeira responsável, quando três membros do grupo de trabalho encontraram-se com ela para conhecer o funcionamento do programa. Além de esclarecer que ela mesma realizava o acompanhamento dos pacientes cadastrados, a busca de contatos domiciliares e a contra-referência para o PSF nos casos diagnosticados, essa enfermeira também se prontificou a implementar a capacitação sobre hanseníase para os profissionais da Saúde da Família, juntamente com o médico que atua com ela.

Concomitantemente, desencadeamos o **momento estratégico** do PES, envolvendo outro agente social, no caso, o PCH, como forma de viabilizar nossas propostas. Para dar continuidade a esse momento, o grupo definiu que entrará em contato com a Coordenadora do PSF, a fim de marcar essa capacitação como parte das reuniões de Educação Continuada, agendadas com frequência quinzenal, das quais participam os médicos e enfermeiras das equipes do PSF.

Uma vez capacitados, esses profissionais estabelecerão uma continuidade do processo em cada unidade de saúde, contando com a participação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e auxiliares de enfermagem das equipes para trabalharem conjuntamente na divulgação de informações para a população e na busca ativa de casos. Esses membros das equipes também têm uma função essencial na garantia da cobertura vacinal por BCG, que se constitui num dos elementos para o controle da transmissão da hanseníase (BRASIL, 1998).

Nosso último Nó Crítico, a falta de divulgação do PIAB, foi igualmente abordado nesse momento, quando obtivemos as informações junto à Coordenação do PSF. A pactuação vigente foi desenvolvida por uma profissional da Secretaria Municipal de Saúde, sendo proposto pelo grupo que se negocie, junto à Coordenação do PSF e à Secretaria Municipal de Saúde, a participação de membros das equipes do PSF nas propostas para o PIAB no próximo ano.

O **momento tático-operacional** somente será efetivado a partir da capacitação dos profissionais. As ações sobre a realidade deverão ser monitoradas nas próprias equipes do PSF e na melhora das relações intrainstitucionais com o PCH, da seguinte forma:

- criação de um instrumento de registro dos casos suspeitos encaminhados ao PCH nas unidades de saúde;
- contra-referência dos casos encaminhados, sejam eles diagnosticados positiva ou negativamente pelo PCH, a ser retornada diretamente às unidades pela Coordenação do PSF.

Considerações Finais

Nosso trabalho, até aqui, concentrou-se nos momentos explicativo e normativo do PES, limitando-se ao início de sua aplicação prática. O seguimento das ações propostas, previsto em um primeiro momento para um prazo de seis meses, através da verificação do número de encaminhamentos do PSF para o PCH e das contra-referências deste, permitirá avaliar a efetividade das ações de controle da hanseníase desenvolvidas pela Saúde da Família em Balneário Camboriú. Se o número de diagnósticos positivos aumentar, com um aumento da taxa de detecção de casos novos de hanseníase não previstos pelo PIAB, a hipótese de subdiagnóstico da doença na APS, até então, será favorecida. Do contrário, seria fortalecida a possibilidade de eliminação da hanseníase, pois mesmo a realização de busca ativa com profissionais capacitados nas equipes do PSF, que atendem cerca de um terço da população do município, não resultaria em acréscimo na taxa de prevalência da doença.

Poderíamos, no entanto, levantar outra possibilidade, uma na qual a taxa de casos novos não aumente, apesar da capacitação dos profissionais da APS. Isso é plausível diante da permanência do subdiagnóstico, devido às peculiaridades da hanseníase, seu caráter indolente e à falta de resposta por parte da população, em razão do estigma da doença. Mas, se os indicadores relativos à prevalência e incidência se mantiverem, devido ao insucesso na abordagem dessas dificuldades, o que se deve observar é a concomitante persistência dos diagnósticos de casos novos já com incapacidade I e II, mantendo a alta proporção hoje existente.

Independentemente do cenário contemplado ao final deste projeto em relação à hanseníase, a implementação do mesmo já terá implicado benefícios na forma de atuação das equipes do PSF, a partir do momento em que estas introduzirem o PES no trabalho em saúde, abrindo a possibilidade de aplicar metodologias similares na abordagem de outros indicadores do Pacto de Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

BALNEÁRIO CAMBORIÚ. Secretaria Municipal de Saúde. **Condensados do Sistema de Informação em Atenção Básica**. Camboriú; 2005.

BERNARDI, C.; MACHADO, A. R. L. Hanseníase. In: DUNCAN, B. et. al. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3^a ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.1520-1525.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Hanseníase. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias**: aspectos clínicos de Vigilância epidemiológica e de controle – guia de bolso. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Investigação. Hanseníase. **Informe de Atenção Básica**, Brasília, v. 1, ago., 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o controle da Hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação em Atenção Básica. Hanseníase cadastrada segundo município. 2005. Disponível em:< www.datasus.gov.br/siab/siab.htm.> Acesso em: 25/08/2005.

De TONI, J. O Planejamento Estratégico e Situacional – PES. In: BROSE, M. (Org.) **Metodologia participativa**: uma introdução a 29 instrumentos. Porto Alegre: Tomo, 2001. p. 141-152.

INTERNATIONAL LEPROSY ASSOCIATION. Report of the International Leprosy Association Technical Forum 2002. Disponível em: <www.lepra.org.uk> Acesso em: 25/08/2005.

LOCKWOOD, D. N. J. Leprosy elimination – a virtual phenomenon or a reality? **British Medical Journal**, v. 324, n. 7352, p. 1516-1518, 2002.

NEIRA, M. **Disease elimination and eradication**. Lessons learnt from leprosy - State of the Art Lecture. World Health Organization. Disponível em: <http://www.who.int/lep/lessons.htm>.. Acesso em: 25/08/2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guia para eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública**. Suíça, 2000. Disponível em: <<http://www.who.int/lep>> Acesso em: 25/08/2005.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Pacto dos indicadores de atenção básica**: Série Histórica por Município. Disponível em:< www.saude.sc.gov.br > Acesso em: 25/08/2005.

SCLIAR, M. **A paixão transformada**: história da medicina na literatura. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Leprosy Situation in 2004. Disponível em: www.who.int/lep/stat2002/global02.htm. Acesso em: 25/08/2005.

Submissão: novembro de 2005 Aprovação: fevereiro 2006
--