

CARACTERÍSTICAS DA RESPOSTA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE AO PROBLEMA DA HANSENIASE: O CASO DO DISTRITO SANITÁRIO DO BUTANTÃ* .

Lúcia Maria Frazão Helene **
Maria Josefina Leuba Saturn ***

RESUMO - Trata-se de um estudo descritivo que caracterizou a situação e a resposta dos serviços de saúde (SS) a este problema no Distrito de Saúde (DS) do Butantã (SP). Teve como objeto de estudo a implantação do Programa de Controle da Hanseníase (PCHP). Os dados de prevalência e incidência da doença foram obtidos em registros oficiais do SUS-São Paulo. A resposta dos SS foi avaliada através de formulário aplicado nas Unidades de Saúde (US) do DS Butantã. Os dados obtidos evidenciam que, em 1995, esta região respondeu pela menor frequência de casos novos e pelo menor número de pacientes em registro ativo entre os 8 antigos Escritórios Regionais de Saúde do SUS-SP, a maioria submetida ao tratamento com PQT. Porém, respondeu pela maior proporção de pacientes com alta estatística, com o agravamento de que grupo clínico predominante era dos Multibacilares (MB). As US, em 1996, não tinham implantado o PCH ou o tinham desativado, o que explica a dispersão da demanda, em equipamentos de saúde fora do DS Butantã. Os autores discutem a necessidade de se repensar o controle da hanseníase na região, tomando como referência as implicações da implantação do modelo neo-liberal na política pública de saúde, advogando a primazia do setor público no controle da hanseníase.

Palavras chave: situação da hanseníase; resposta dos serviços de saúde; Programa de Controle da Hanseníase; epidemiologia.

1. INTRODUÇÃO

A realização deste estudo teve como eixo a preocupação com a sistematização da resposta dos serviços de saúde ao problema da hanseníase no Município de São Paulo. Diante do recrudescimento da doença em nosso país, a nossa inquietação advém do fato de que as transformações recentes no setor saúde, especificamente em nosso Estado e em nosso Município alteraram o quadro em que se circunscreve a intervenção em Saúde Coletiva e, por conseguinte, em hanseníase. Sem a

pretensão de esgotar o assunto, este é um estudo descritivo em que buscamos caracterizar a situação atual em que se desenvolve a intervenção em hanseníase num Distrito Sanitário do Município de São Paulo, o Distrito Sanitário do Butantã.

O declínio, nos últimos 20 anos, de doenças infecciosas preveníveis por imunização ou daquelas genericamente associadas ao saneamento básico em nosso país não se reproduziu em relação a outras doenças transmissíveis, entre elas a hanseníase (BUSS, 1995; SABROZA et al, 1995).

* Este trabalho contou com o apoio financeiro da Fundação Paulista Contra a Hanseníase. Apresentado no IX Congresso da Associação Brasileira de Hansenologia e IV Congresso do Colégio de Hansenologia dos Países Endêmicos, em Foz do Iguaçu, Paraná/SP, em junho de 1997.

** Prof^a Assistente do Dpto de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP

*** Prof^a Doutora do Depto de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP

Dados recentes do Ministério da Saúde, avaliados segundo os indicadores epidemiológicos estabelecidos pela Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária¹, permitem reconhecer que o coeficiente de detecção anual de casos novos ainda é considerado alto; o coeficiente anual de prevalência também é avaliado como alto e a percentagem de casos multibacilares curados entre os casos novos que iniciaram o esquema de Poliquimioterapia preconizado pela Organização Mundial de Saúde (PQT/OMS)² (Coorte de casos detectados em 1992), é estimada como precária (BRASIL, 1996).

A magnitude da hanseníase em nosso país pode ser avaliada pela diversidade dos dados epidemiológicos nas diferentes regiões: a título de ilustração, sabe-se que, na região Norte, o coeficiente de prevalência é 21,48/10.000 habitantes, considerado alto. Já na região Sul, mesmo com a introdução do esquema PQT/OMS a redução do coeficiente de prevalência chegou a um índice (3,75) avaliado como médio (BRASIL, 1996).

Os dados de hanseníase relacionados ao Estado de São Paulo, para o ano de 1995, retratam que o coeficiente de detecção anual de casos novos por 10.000 hab. estava em torno de 0,78, avaliado como médio; o coeficiente anual de prevalência por 10.000 hab. era cerca de 4,32, considerado médio; a percentagem de casos multibacilares curados com sequelas (Coorte de casos detectados em 1992, levando-se em conta que 20% destes casos não foram avaliados) estava ao redor de 16%, avaliada como média. Outro dado importante diz respeito à percentagem dos casos em registro ativo não atendidos no ano, considerados como aban-

dono, (em torno de 38%), avaliado como precário. Item como os casos multibacilares curados entre os casos novos que iniciaram o PQT/OMS, cuja percentagem encontrava-se ao redor de 75%, considerada como precária (BRASIL, 1996).

É de se considerar também a taxa de casos novos de hanseníase detectados no Município de São Paulo no ano de 1995. De acordo com os dados fornecidos pelo Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (ESTADO, 1996), a Direção Regional de Saúde-I (DIR 1)³ que abrange o Município de São Paulo, realizou 321 notificações (com uma taxa de detecção em torno de 0,32%), abrigou um total de 3.583 pacientes em registro ativo (cerca de 3,58%), dos quais, 1.887 foram atendidos durante o ano de 1995. A região do Distrito de Saúde do Butantã, local em que foi realizado este estudo, notificou 16 casos novos de hanseníase naquele mesmo ano, mantendo 208 pacientes em registro ativo, sendo que somente 87 foram atendidos em 1995.

Cabe aqui agora descrever com mais detalhe o que sucedeu com as práticas de saúde a partir da década de 60 para melhor compreender o processo de desenvolvimento do Programa de Controle da Hanseníase (PCH) instituído nas esferas federal, estadual e municipal.

No final da década de 60, a reforma administrativa em São Paulo construiu as condições institucionais necessárias para o desenvolvimento eficaz do terceiro modelo tecnológico da Saúde Pública que naturalmente se repercutiu na resposta do Estado ao problema de hanseníase. Esse novo modelo se

¹Os parâmetros tomados como base estão publicados no trabalho de FERREIRA (1990, p. 58). Os coeficientes de detecção anual de casos novos são considerados altos, médios ou baixos se constatados, respectivamente, coeficientes maiores ou iguais a 10,0/100.000, iguais a 2,0 e entre 2,0 e 10,0/100.000 e menores que 2,0/100.000. Os coeficientes de prevalência registrada no final do ano são considerados altos, médios ou baixos se constatados, respectivamente, coeficientes maiores ou iguais a 1,0/1000, iguais a 0,2 e entre 0,2 e 1,0/1000 e menores que 0,2/1000.

²"A poliquimioterapia, estratégia atual de controle para a hanseníase, foi adotada pelo Ministério da Saúde, no Brasil, a partir de 1986. Constitui-se na adoção de um esquema terapêutico tríplice, cuja eficácia possibilita a redução do tempo de tratamento para a obtenção da cura e numa nova filosofia assistencial." (PETOILHO et al, 1994)

As Direções Regionais de Saúde (DIR) da Coordenadoria de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo e da Coordenadoria de Saúde do Interior foram criadas pelo Decreto n° 40.083, de 15 de maio de 1995. A DIR I da Capital tem como área territorial de atuação o Município de São Paulo. Diário Oficial do Estado, Seção I, 16/05/95, p. 5-7.

caracterizou pela ampliação e diversificação da assistência médica individual prestada pela Secretaria da Saúde: a proposta que o gerou foi denominada de Programação (NEMES, 1989).

O Estado de São Paulo, a partir de 1980, reiniciou um projeto de reorientação à Saúde, com a proposta do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, o Prev-Saúde, em resposta às grandes tensões sociais existentes, tendo como cenário as curvas ascendentes apresentadas na incidência de várias enfermidades, entre elas a hanseníase (TEIXEIRA et al, 1989).

Já era um desdobramento do processo da "Reforma Sanitária Brasileira" iniciada na década de 70 que culminara com o projeto da VIII Conferência Nacional de Saúde cujas determinações foram implementadas a partir de 1987 com a reforma administrativa do Sistema de Saúde. Essa reforma administrativa objetivou através do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS, a descentralização operacional, administrativa e financeira dos serviços de saúde e a unificação de comando nas Secretarias Estaduais de Saúde (NEMES, 1989). Trazia no seu bojo encaminhamentos que distribuíam direitos e responsabilidades entre as três esferas, União, Estados e Municípios, sendo "de fato a primeira iniciativa federal no campo da saúde que avançou no caminho da descentralização e da unificação institucional" (SOARES, 1995, p.294).

Criava-se, por isso, um fato novo: os Municípios que, no início da década não acumulavam a responsabilidade pelo gerenciamento dos equipamentos, passaram a partir de 1987, com o SUDS, a responsabilizar-se pela gestão, coordenação, controle e avaliação do Sistema Municipal de Saúde; execução direta dos serviços de saúde de abrangência municipal, principalmente os de atenção básica, de vigilância epidemiológica, de saúde ocupacional e de controle de epidemias, assim como a elaboração e coordenação do Plano Municipal de Saúde, entre outras responsabilidades (TANAKA et al, 1991).

A implantação do SUDS veio a ocorrer, no entanto, quando estava instalada a crise financeira da Previdência Social com a falência do modelo privatista (TEIXEIRA et al, 1989).

No espaço da Assembléia Constituinte, as aspirações do movimento da Reforma

Sanitária se legitimaram na nova Carta Constitucional com a criação do Sistema Único de Saúde, o SUS. Apoiado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade e implementado de forma regionalizada, hierarquizada e descentralizada, o SUS tornou irreversível o processo de municipalização do setor público da saúde. O município, que no início da década de 80 era responsável apenas pelos atendimentos de urgência/emergência, chegou ao final da década como o grande responsável pela assistência à saúde da população (TANAKA et al, 1991).

Convivemos hoje, no entanto, com o embate entre a proposta encaminhada pelo SUS e aquela engendrada pelo projeto neo-liberal surgido no Brasil na década de 60 e que encontrou durante os anos de 70 condições propícias para o seu fortalecimento em todos os setores da nossa sociedade, num processo também mundial. (MENDES, 1993).

De 60 para cá, o que sucedeu com o programa vertical de controle da hanseníase incluído no conjunto de práticas sanitárias que, mudando o rumo da proposta da programação, consolidaram o modo de organizar a assistência centrada no atendimento médico, tipo pronto atendimento.

O Sub-Programa de Controle da Hanseníase em São Paulo foi implantado em 1977, as atividades do subprograma foram distribuídas hierarquicamente entre os Centros de Saúde do Estado em três níveis de complexidade, considerando-se como referência para os demais aquele que comportava atividades de nível de maior complexidade (ESTADO, 1989). O seu desempenho no ano de 1979 foi questionado por NEMES (1989). Segundo a autora, o número insuficiente de recursos e a insuficiente capacitação tanto de pessoal técnico quanto auxiliar para o trabalho com hanseníase comprometiam sua eficácia e, apesar da adoção de medidas visando o controle das endemias, a hanseníase expandiu-se.

Com a implantação do SUS, o Município reavaliou sua forma de atendimento e passou a implantar alguns dos programas verticais que até então eram exclusividade da Secretaria Estadual, e entre eles, o PCH. Porém, apesar de todas essas modificações e da responsabilidade que deveria assumir o Município na prestação à saúde, a assistência à

hanseníase no nosso Município parece ocorrer ainda de modo assistemático.

O que o PCH prioriza de fato é o controle da doença, tendo como meta a sua erradicação no nosso país até o ano 2.000, propondo-se a reduzir os coeficientes de prevalência aos níveis inferiores a 1/10.000 habitantes, conforme as metas da Organização Mundial da Saúde (OMS). Como se trata de uma doença infecto-contagiosa de evolução insidiosa e com grande potencial incapacitante, para que se consiga atingir esta meta, preconiza-se levar em consideração vários aspectos entre os quais destacamos: o diagnóstico precoce de casos, a realização dos exames complementares, controle dos comunicantes, tratamento dos doentes, acompanhamento dos casos reacionais e detecção das incapacidades físicas (BRASIL, 1994).

Atualmente, a resposta ao problema da hanseníase está estruturada em torno de tratamento dos pacientes em todas as suas formas clínicas, em regime ambulatorial, nas Unidades da Rede Básica de Saúde de acordo com os esquemas de Poliquimioterapia, propostos pela Organização Mundial de Saúde (PQT/OMS) (BRASIL, 1994). Tratam-se de esquemas nos quais são utilizadas duas ou mais drogas de acordo com as formas clínicas da doença, utilizadas em períodos de duração fixa de 6 e 24 doses (BRASIL, 1994).

No Município de São Paulo, com a implantação do programa especial de saúde denominado Plano de Atendimento à Saúde (PAS), (Lei nº 11.866 de 13 de setembro de 1995, na Prefeitura do Município de São Paulo, D.O., (SAO PAULO, Cidade, 1995 a)⁴, de forma gradativa, por meio da criação de módulos de atendimento, constituídos a partir das Unidades da Secretaria Municipal da Saúde. O PAS, além de ser um ato que contraria os preceitos constitucionais, com a anuência dos Governos Federal e Estadual, trouxe um agravamento da situação de abandono dos Serviços de Saúde no Município de São Paulo; após sua implantação, o PCH foi totalmente desarticulado, resultando no abandono de cerca de 1.800 pacientes que vinham fazendo o tratamento (PAS, 1996).

NOGUEIRA (1996) menciona que muitas Unidades de Saúde desativaram o PCH, especialmente em função do remanejamento dos técnicos habilitados que aderiram às cooperativas, ocasionando, assim, a redução no número de pacientes que vinham fazendo parte do Programa (eram cerca de 3.000).

2.0 PROBLEMA, A FINALIDADE E O OBJETO DESTA ESTUDO

Diante do exposto, não se pode negar que, a despeito de haver hoje um programa vertical para o controle da hanseníase, o PCH, sua implantação em nosso Município vem sofrendo o impacto das transformações estruturais da forma de organização da sociedade brasileira sob o modelo neo-liberal. A Municipalização em São Paulo atropelada pela implantação do PAS, as transformações burocrático-administrativas no âmbito da Secretaria do Estado da Saúde, somados ao recrudescimento na ênfase terapêutica centrada no agente etiológico (PQT/OMS) vêm se refletindo na resposta do setor público ao problema da hanseníase.

Carecemos assim de informações consistentes que nos levem a caracterizar as atuais condições de desenvolvimento do PCH em nosso Município, o que nos levou a realizar este projeto cuja finalidade é a de contribuir para o redimensionamento da resposta do setor público ao problema da hanseníase no sentido de subsidiar a implantação definitiva do Programa de Controle da Hanseníase em nosso Município.

3. METODOLOGIA

3.1. Cenário de Estudo - Caracterização do Distrito Sanitário do Butantã

Este é o produto de um sub-projeto de investigação que está articulado à um Projeto-matriz de autoria de QUEIROZ e SALUM (1996), que tem como " objetivo central evidenciar as formas específicas de produção de serviços de

⁴ Este Plano (o PAS) fundamenta-se no estabelecimento de convênios com Cooperativas de Trabalho constituídas exclusivamente pelos funcionários da Prefeitura Municipal de São Paulo que passam a administrar e prestar serviços nas Unidades de Saúde do Município, com subvenção financeira da prefeitura por cidadão cadastrado.

saúde nos Sistemas Locais de Saúde que compõem um Distrito Sanitário, de forma a subsidiar a rearticulação das práticas sociais de saúde, face à implantação do modelo epidemiológico de Vigilância à Saúde do Coletivo" (QUEIROZ e SALUM, 1996, p.1).

A seguir para que se possa caracterizar o DS Butantã será feita uma breve descrição fundamentada no projeto-matriz e que tomou como referência os seguintes documentos: Plano de Ação: documento preliminar da ARS-2, São Paulo, (CIDADE, 1993 c) e Equipamentos e recursos das micro-regiões da ARS-2, Secretaria de Administração Regional, São Paulo (CIDADE, 1996 b).

Em relação aos indicadores de saúde/doença podemos observar que:

- a mortalidade geral está em torno de 4,8/1000 habitantes e que as principais causas de óbito da região são: doenças do aparelho circulatório, neoplasmas, causa externas e doenças do aparelho respiratório. Em relação às causas externas caracterizam-se os homicídios, os acidentes de trânsito e as quedas acidentais;

- entre as doenças de notificação compulsória encontramos a hepatite (tipo A) com uma incidência alta, em torno de 48,3/100.000 habitantes, seguida do sarampo com uma incidência à cerca de 12,45/100.000 hab., bem como a hanseníase com o coeficiente de incidência em torno de 9,6 por 100.000 hab., muito próximo do limite de tolerância que leva a classificar a incidência como média. Diga-se de passagem que o relatório do Distrito destacava estar havendo um aumento da prevalência da doença na região.

3.2. Procedimentos para a Coleta de Dados

3.2.1. Relativos à situação da hanseníase no DS Butantã:

Buscamos caracterizar a situação da hanseníase através dos dados de prevalência e de incidência da doença no DS Butantã nos anos de 1995 e 96, dados estes obtidos nos registros oficiais dos seguintes órgãos das Secretarias Estadual e Municipal do Estado de São Paulo:

- Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) da Secretaria de Estado de São Paulo.

- Núcleo de Epidemiologia Pesquisa e Informação (NEPI) do Distrito Sanitário de Butantã, em que acoosamos as informações sobre a situação da hanseníase contidas nas fichas de Vigilância Epidemiológica emitidas pelas Unidades Básicas de Saúde Municipais pertencentes à região.

3.2.2. Relativos à resposta dos serviços de saúde ao problema da hanseníase:

Buscamos caracterizar a resposta dos serviços de saúde ao problema da hanseníase junto às Unidades Básicas de Saúde (UBS) da região do DS Butantã, pois são elas os locais em que se desenvolvem as atividades previstas no PCH.

Para a coleta de dados utilizamos um formulário subdividido em duas partes: da primeira, constaram perguntas abertas e fechadas e da segunda parte somente perguntas fechadas, tipo "check list". Na primeira parte, foram arroladas informações gerais sobre as UBS, tais como: endereço, vínculo administrativo, tipo de serviço informações sobre a natureza do atendimento a pacientes com hanseníase, bem como sobre a implantação ou não do PCH. Caso o Programa não estivesse implantado solicitou-se ao entrevistado que discorresse sobre os motivos de sua não implantação. A segunda parte do instrumento foi construída de modo a levantar informações específicas sobre o PCH destinava-se às UBS que tivessem implantado o referido Programa e por isso esta parte do instrumento se estruturou em torno de todas as atividades previstas no programa e os responsáveis pela sua execução. Após o pré-teste em uma Unidade de Saúde onde está implantado o Programa de Controle da Hanseníase (não pertencente à região onde se desenvolveu este trabalho) e comprovada a sua validade e confiabilidade, ele foi redimensionado e sua forma final está apresentada no anexo 1. Para a sua aplicação solicitamos permissão aos órgãos competentes da Secretaria Municipal e Estadual da Saúde e procedemos à fase de coleta de dados no decorrer do 22 semestre de 1996.

Recebemos a permissão da Secretaria de Estado da Saúde e agendamos uma entrevista com o responsável de cada Unidade de Saúde, confirmando a sua concordância em colaborar

neste estudo. No dia e hora agendado, antes da entrevista, explicamos com detalhes no que ele consistia. A resposta às perguntas abertas foi registrada pela pesquisadora e, concluída a entrevista, procedemos a leitura de seu conteúdo para que o entrevistado o referendasse. Este procedimento foi realizado em todas as UBSs pertencentes à Secretaria de Estado da Saúde na região do DS Butantã pois, não tivemos acesso às UBSs vinculadas ao Município a despeito dos subsequentes contatos com o módulo da Cooperativa dos Profissionais da Saúde - COOPERPAS-2 - que atua na região do DS Butantã.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 A situação da hanseníase no DS Butantã

Dada a atual desarticulação dos equipamentos do setor público de saúde municipal, em virtude da implantação do PAS, tivemos que optar por realizar a caracterização da situação da hanseníase em nosso trabalho a partir das informações prestadas unicamente pelo CVE.

A tabela 1, elaborada então com base na planilha anual do CVE, concentra os dados epidemiológicos relativos à situação de hanseníase no Estado de São Paulo no ano de 1995. Nela estão representadas as 24 Direções Regionais de Saúde (DIRs). A DIR1 abarca todos os escritórios de saúde do Município de São Paulo, como já mencionamos anteriormente, entre eles o do DS Butantã. Foi a DIR1 que respondeu pelo maior número de casos novos de hanseníase (12,2%), pelo maior número de pacientes em registro ativo (24,7%) e de pacientes atendidos (20,7%) no Estado de São Paulo, no ano de 1995, cifra última que leva a considerar precária a resposta do serviço de saúde, segundo as disposições avaliativas dos sistemas padronizados de informações em hanseníase (FERREIRA, 1990).

Estes são dados relevantes do ponto de vista epidemiológico no que toca ao nosso Estado e ao nosso Município uma vez que, de acordo com os dados epidemiológicos preliminares do Ministério da Saúde para 1995, é o Estado de São Paulo que responde pelo maior número de casos novos de hanseníase na região Sudeste. Mas não

só isso: o número de casos novos em nosso Estado só é superado pelo apresentado no Estado do Pará (BRASIL, 1996). Equivale dizer que, ao analisar a situação da hanseníase no Município de São Paulo, não se pode desprezar o significado que tem a contribuição deste espaço territorial no dimensionamento do problema da hanseníase em nosso país.

Foi também o Município de São Paulo que apresentou um dos maiores índices de alta estatística, sendo só superado pelos municípios que compõem as DIRs III, IV e V (tabela 1). Isso se evidencia se observarmos que, em 1995, de um total de 3583 pacientes em registro ativo, 78,8% permaneceram em tratamento. A alta estatística preconizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1994), prevista para os pacientes pauci e multibacilares que não tenham completado o esquema terapêutico, é uma medida em princípio discutível, uma vez que a realidade em que se assenta - o abandono do tratamento - pode significar uma perda do controle da disseminação da doença.

A Tabela 1 nos mostra que, ao lado da DIR X e da DIR XXII, ainda foi na DIR I que a porcentagem de pacientes sob tratamento monoterápico ou DNDS (51,7%) se equiparou àquela que se refere aos pacientes tratados com o esquema PQT (48,3%), no ano de 1995. Nossos dados são insuficientes para avaliar esta questão. De outra parte, implantado a partir de 1991, o PQT/OMS ainda não foi objeto de estudos mais definitivos de avaliação que pudessem subsidiar a análise. Porém, discussões recentes no interior dos serviços têm trazido à tona uma preocupação com o número de recidivas de pacientes tratados sob este esquema. Assim, da mesma forma que a alta estatística, a expansão do uso do esquema PQT/OMS em nosso município e das determinações normativas por ele previstas para o controle da hanseníase, podem estar representando uma progressiva perda de controle da disseminação da doença. Vale lembrar que FERREIRA (1990) já considerava que algumas características específicas da hanseníase de extrema importância para a organização de um sistema de registro da doença, criavam a necessidade de acompanhar e manter em registro ativo, por vários anos, uma grande quantidade de pacientes, após haverem estes completado o seu período de tratamento, uma vez que certo percentual fatalmente recidivará.

Tabela 1. Dados epidemiológicos relativos à situação de hanseníase, segundo as Direções Regionais de Saúde (DIRs) - São Paulo - 1995

Dado epidemiológico DIR	Casos novos		Pacientes em registro ativo (1)				Pacientes atendidos					
	nº	%	Total		Após alta estatística(2)		Trat. Convencional(3)		Esquema PQT(4)		Total	
			nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
I	321	12,2	3583	24,7	2822	78,8	975	51,7	912	48,3	1887	20,7
II	88	3,3	521	3,6	438	84,1	117	34,8	219	65,2	336	3,7
III	88	3,3	1058	7,3	805	76,1	91	23,1	302	76,8	393	4,3
IV	11	0,4	110	0,7	76	69,1	9	19,1	38	80,8	47	0,5
V	12	4,7	709	4,9	551	77,7	122	31,8	261	68,1	383	4,2
VI	99	3,8	287	2,0	252	87,8	14	6,8	193	93,2	207	2,3
VII	61	2,3	204	1,4	175	85,8	27	18,1	122	81,9	149	1,6
VIII	58	2,3	151	1,0	134	88,7	10	8,3	110	91,7	120	1,3
IX	71	2,7	250	1,7	227	90,8	28	14,5	165	85,5	193	2,1
X	52	2,0	529	3,6	490	92,6	228	59,5	155	40,5	383	4,2
XI	36	1,4	115	0,8	99	86,1	13	15,5	71	84,5	84	0,9
XII	241	9,2	1160	8,0	969	83,5	202	27,9	522	72,1	724	7,9
XIII	66	2,5	214	1,5	194	90,6	19	11,8	142	88,2	161	1,8
XIV	86	3,3	213	1,5	190	89,2	20	12,6	138	87,3	158	1,7
XV	133	5,1	692	4,8	557	80,5	78	19,0	332	81,0	410	4,5
XVI	176	6,7	372	2,6	336	90,3	33	11,8	246	88,2	279	3,0
XVII	35	1,3	117	0,8	95	81,2	5	7,9	58	92,1	63	0,7
XVIII	149	5,7	840	5,8	788	93,8	311	44,7	384	55,2	695	7,6
XIX	122	4,6	528	3,6	427	80,9	33	10,2	290	89,8	323	3,5
XX	62	2,4	179	1,2	162	90,5	14	9,6	132	90,4	146	1,6
XXI	99	3,8	376	2,6	329	87,5	41	16,1	214	83,9	255	2,8
XXII	209	8,0	577	4,0	530	91,8	209	49,4	345	81,6	423	4,6
XXIII	136	5,2	1391	9,6	1283	92,2	409	37,8	674	62,2	1083	11,8
XXIV	98	3,7	346	2,4	316	91,3	16	6,9	215	93,1	231	2,5
TOTAL	2620	100,0	14522	100,0	12245	84,3	2893	31,7	6240	68,3	9133	100,0

Fonte: Centro de Vigilânc. Epidemiológ. da Secretaria de Estado da Saúde - São Paulo. Dados brutos.

Nota: Os totais das colunas foram recalculados e corrigidos pelas pesquisadoras, tomando-se como base os dados brutos por DIR.

(1) Pacientes matriculados

(2) Pacientes matriculados e em tratamento excluídos os pacientes que não compareceram às UBS por 2 anos (PB) ou 5 anos (MB) As porcentagens foram calculadas em relação ao total de pacientes em registro ativo por DIR.

(3) Pacientes em tratamento com DDS. As porcentagens foram calculadas em relação ao total de pacientes atendidos por DIR.

(4) Pacientes em tratamento com a poliquimioterapia preconizada pela OMS. As porcentagens foram calculadas em relação ao total de pacientes atendidos por DIR.

Se, de um lado, a poliquimioterapia enfatiza o tratamento voltado contra o agente etiológico e esta poderia ser uma crítica a esse esquema, por outro não há como atacar terapêuticamente os casos em que a hanseníase já está instalada senão com uma droga específica. Assim, estudos recentes de COSTA et al (1993); OPROMOLA et al (1993), alertam para a necessidade da implantação definitiva da poliquimioterapia em nosso país em

função da resistência medicamentosa ao tratamento convencional.

Se focarmos agora a nossa análise sobre o comportamento do DS Butantã, atual Escritório SUS 2 da DIR I (tabela 2), observaremos que foi ele que, em 1995, respondeu pela menor frequência de casos novos de hanseníase (5,0%) e pelo menor número de pacientes em registro ativo (5,8%), entre os 8 escritórios do SUS do Município de São Paulo.

Tabela 2 - Dados epidemiológicos relativos à situação de hanseníase, segundo os antigos Escritórios Regionais de Saúde do SUS São Paulo (ERSASUS) - DIR I - São Paulo - 1995

Dado epidemiológico ERSA SUS	Casos novos		Pacientes em registro ativo (1)				Pacientes atendidos					
	nº	%	Total		Após alta estatística(2)		Trat. Convencional(3)		Esquema PQT(4)		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
01	24	7,5	305	8,5	217	71,1	81	59,5	55	40,4	136	7,2
02	16	5,0	209	5,8	127	60,8	40	46,0	47	54,0	87	4,6
03	50	15,6	836	23,3	710	84,9	401	72,9	149	27,1	550	29,1
04	19	5,9	300	8,4	229	76,3	70	56,0	55	44,0	125	6,6
05	60	18,7	314	17,1	433	70,5	67	30,0	157	70,0	224	11,9
06	35	10,9	269	7,5	222	82,5	42	28,4	106	71,6	148	7,8
07	33	10,3	299	8,3	219	73,2	25	21,2	93	78,8	118	6,2
08	84	26,2	751	21,0	665	88,5	249	50,0	250	50,0	499	26,4
TOTAL	321	100,0	3583	100,0	2822	78,8	975	51,7	912	48,3	1887	100,0

Fonte: Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo - Dados brutos.

(1) Pacientes matriculados

(2) Pacientes matriculados e em tratamento excluídos os pacientes que não compareceram à Unidade de Saúde por 2 anos (Paucibacilares) ou 5 anos (Multibacilares). As porcentagens foram calculadas em relação ao total de pacientes em registro ativo por ERSASUS

(3) Pacientes em tratamento com DDS. As porcentagens foram calculadas em relação ao total de pacientes atendidos por ERSASUS

(4) Pacientes em tratamento com a poliquimioterapia preconizada pela OMS. As porcentagens foram calculadas em relação ao total de pacientes atendidos por ERSASUS

Foi porém o DS Butantã que respondeu pela maior proporção de pacientes em registro ativo com alta estatística: em 1995, dos 209 pacientes em registro ativo, permaneceram somente 127, ou seja, 60,8% do total. Implica dizer que 40% ficaram no meio do percurso por abandono de tratamento. Como destacamos anteriormente, LANA(1993), ao analisar a organização tecnológica do trabalho em hanseníase após a introdução do PQT/OMS numa unidade-piloto do Estado de São Paulo, chama a atenção para a situação crítica do controle da hanseníase, em que o número de

abandonos é elevado, seja entre aqueles pacientes tratados com o esquema tradicional, seja entre os submetidos à poliquimioterapia.

Se foi o DS Butantã que respondeu pela menor porcentagem de casos novos, foi ele também responsável pela menor porcentagem de pacientes atendidos no ano de 1995 (4,6%, que corresponde a um total de 87 pacientes), sendo que a maioria (54%) era submetida ao tratamento com o esquema POT.

Ao analisar a listagem fornecida pelo CVE, constatamos que deste total de 87 pacientes, 79 (91%) de fato residiam na área de

abrangência do DS Butantã. Entre os 79 residentes, a maioria foi notificada na década de 90 (61%); em 24% dos casos não consta data de notificação, havendo casos que já haviam sido notificados nas décadas de 40 (2 casos), 50 (2 casos), 60 (1 caso), 70 (3 casos) e 80 (4 casos). Segundo os registros do CVE, a forma clínica predominante é a Virchowiana (acometendo 56% dos casos), seguida da Dimorfa (20% dos casos), da Tuberculóide (10% dos casos) e Indeterminada (7,6% dos casos).

KANEKO et al (1990), quando analisaram os casos novos de hanseníase na Região de São Carlos, no período de 1983 a 1988, verificaram entre eles um predomínio das formas multibacilares e, o que é mais grave, que o lapso de tempo entre o início do aparecimento dos sintomas e o diagnóstico do caso era de até 1 ano em 33,8% dos casos, porém de 1 a 5 anos em 42,2% dos casos, o que poderia estar contribuindo para a alta prevalência das formas polarizadas. Os dados do estudo de LANA (1993) revelam, da mesma forma, predomínio das formas contagiantes.

É preciso destacar assim que os dados por nós sistematizados representam uma demanda reprimida e podem estar somente evidenciando a "ponta de um iceberg" de dimensões imprevisíveis. Se quantitativamente a prevalência da hanseníase no DS Butantã tem um significado menor que nas outras regiões do Município, o fato de predominarem as formas contagiantes (76% dos casos) é alarmante especialmente numa sociedade que hoje apresenta um progressivo número de excluídos sociais expulsos do processo produtivo, o que implica em desgaste para o corpo bio-psíquico.

4.2 A resposta dos serviços de saúde ao problema da hanseníase no DS Butantã

Com base nas informações contidas na planilha anual dos pacientes com hanseníase em registro ativo na DIR I e residentes na região do DS Butantã, podemos verificar que os 79 hansenianos residentes no DS Butantã, em 1995, foram de fato atendidos em equipamentos de saúde dispersos pelo Município de São Paulo e não por aqueles circunscritos ao DS Butantã. Entre eles figurava apenas um dos Centros de Saúde da região, o Centro de Saúde Vila Borges - mas que dava conta do seguimento de apenas

4 pacientes. Mesmo assim, como veremos adiante, neste Centro de Saúde o PCH está desativado desde junho de 1996. Além dele, figura o Hospital Universitário, hospital de referência da região, mas que só realiza o diagnóstico da hanseníase: mesmo assim só deu conta do atendimento de 2 dos 79 pacientes.

Diante dessa realidade, é possível afirmar que, em 1995, o DS Butantã foi capaz de atender apenas 10% da demanda dos casos de hanseníase, o que leva-nos a considerar como precária a resposta do setor público de saúde, segundo as disposições avaliativas dos sistemas padronizados de informação em hanseníase (FERREIRA, 1990). Deve-se destacar que estes 79 pacientes residentes no DS Butantã representam apenas 38,5% dos pacientes em registro ativo no ano de 1995 (79 num total de 209, segundo a tabela 2). Mas esta realidade não é uma particularidade do DS Butantã: estudo desenvolvido por ZAMBON et al (1990), que avaliou a situação da hanseníase na região de São Carlos no período de 1983 a 1988, através dos indicadores epidemiológicos e operacionais comumente utilizados no PCH, chegou-se à conclusão que a hanseníase não encontrava-se sob controle na região. Na época, estava em estudo a implantação do esquema poliquimioterápico para a hanseníase na rede de saúde.

De outro lado, estes dados não podem ser analisados de modo desarticulado da análise que encaminha a reconhecer o progressivo sucateamento dos serviços públicos em nosso país, entre eles o de saúde, e que se faz sentir na falta de equipamentos e de medicamentos, na escassez de pessoal técnico, nos hospitais lotados, entre outras manifestações concretas da produção de serviços de saúde (COHN et al, 1996).

Em vista de não termos obtido informações junto às Unidades de Saúde Municipais sobre a resposta ao problema da hanseníase no DS Butantã, as informações relativas aos equipamentos de saúde, neste estudo, se restringem ao que nos foi informado pelos sete (7) Centros de Saúde (CS) pertencentes à Secretaria Estadual. Estão, portanto, omitidas aqui as informações referentes às Unidades pertencentes à Secretaria do Município da Saúde de São Paulo.

As informações obtidas explicitam que:

1º o PCH não está atualmente implantado em qualquer um dos CS do Estado na região do DS Butantã;

2º além de um CS - o Centro de Saúde de Vila Borges - havia um Centro de Saúde - o Paraisópolis, desativado para reforma há 4 anos - que, em articulação com um hospital de referência para a hanseníase, realizava o atendimento de 3 pacientes. Também o Centro de Saúde II Butantã Vila São Luiz, há 5 anos desativou o programa vertical para o controle da hanseníase pelo qual se responsabilizava, em virtude de remanejamento da dermatologista responsável pelo atendimento;

3º em 4 Centros de Saúde - o Centro de Saúde Escola do Butantã, o Centro de Saúde II Butantã Jardim São Luiz, o Centro de Saúde Real Parque e o Centro de Saúde do Caxingui - o clínico é responsável pelo atendimento de casos suspeitos e pelo seu encaminhamento a uma unidade em que esteja implantado o PCH, sendo citados pelos informantes o Centro de Saúde de Pinheiros e o Centro de Saúde Geraldo Paula Souza Também o Centro de Saúde do Rio Pequeno encaminha pacientes com hanseníase a essas unidades, porém, como não conta com um clínico na sua equipe, os pacientes só são encaminhados se declaram ser portadores da doença. Neste Centro de Saúde e no Centro de Saúde do Caxingui, são ainda realizadas Visitas Domiciliárias aos casos de hanseníase notificados no Distrito de Saúde.

Entre os motivos alegados pelos informantes que justificam a não adoção do PCH foram mencionados:

1ª não há demanda, é pequena a quantidade de pacientes com hanseníase, o que "não justifica ter um atendimento" (motivo alegado pelo informante de um dos Centros de Saúde);

2º o Centro de Saúde não conta com dermatologista, pessoal em quantidade ou especialmente capacitado (motivo alegado pelos informantes de 5 dos Centros de Saúde);

3º o Centro de Saúde deve prestar o atendimento básico, (e básico, para o informante de um dos Centros de Saúde diz respeito ao atendimento de crianças, gestantes e idosos) (motivo alegado pelos informantes de 2 Centros de Saúde);

4º a resposta ao problema da hanse-

níase deve ser responsabilidade dos "Centros de Especialidades" (motivo alegado pelo informante de 1 dos Centros de Saúde).

Os dados acima expostos, evidenciam que, na resposta dos serviços de saúde do DS Butantã, não se estão incluindo, nem ações individuais, nem coletivas, muito menos aquelas previstas no PCH que, a despeito de suas limitações, ainda é o único projeto público para o controle de uma doença de proporções tão graves e que vem apresentando uma curva ascendente em nosso país. Não estão portanto contemplados os objetivos fundamentais do PCH que visam: *"reduzir a morbidade, expressa pela incidência e prevalência da doença, e de reduzir os danos causados pela doença, expressos pela gravidade das incapacidades físicas e psicossociais. (...) tem no diagnóstico precoce uma das bases para o seu controle. Quanto mais cedo for diagnosticado e tratado um caso de hanseníase menor será(o) os riscos de seqüelas e o período de contágio se reduz, interrompendo a cadeia epidemiológica"* (BRASIL, 1994, p.113).

Diante da realidade de saúde na região, especialmente no que toca aos dados epidemiológicos aqui apresentados, mesmo sem estar equipadas, as unidades de saúde, preocupam-se em atender os suspeitos para então encaminhá-los a unidades em que o PCH está implantado, "sintoma" de um retorno à centralização do atendimento à hanseníase, o que contraria os pressupostos da implantação do PCH.

Vivemos hoje em nosso país um modelo de organização de serviços de saúde em que *"a atuação do Estado no setor passa a ser cada vez mais regida pela lógica que define sua competência como sendo por excelência medidas de caráter coletivo, na esfera da Saúde Pública (...) [em que] o setor público vai assumindo um caráter suplementar, tendo de suprir a ausência do setor privado onde este não tem interesse por inviabilidade do retorno econômico"*. (COHN, 1996, p.42). Seria o caso do atendimento à hanseníase.

BONILHA et al (1994), ao avaliar o primeiro ano de implantação de um projeto experimental de controle da hanseníase na cidade de Bauru, encaminham à necessidade de após articuladas e intrasetoriais compostas num reordenamento institucional para viabilizar o

controle da hanseníase na direção da regionalização e hierarquização dos serviços públicos de saúde.

Os nossos dados, ainda que limitados na sua abrangência, evidenciam o desaparecimento progressivo das unidades de saúde até para o atendimento de caráter suplementar, aquele pelo qual o serviço privado não tem interesse, resultado da substituição de um "sistema público de saúde não só sucateado (...) como com baixíssimo nível de resolutividade" (COHN, 1996, p.46). "Reverter a atual situação

da área da saúde - tanto em termos do quadro nosológico quanto do funcionamento do aparato institucional - demanda que seja urgentemente resgatada para a esfera pública da política (...) E é nesse sentido que acreditamos que os dados revelados neste estudo encaminham à necessidade de se repensar a resposta dos serviços de saúde do DS Butantã no que toca ao problema da hanseníase sob pena de perder o controle sobre a sua disseminação no território, mas, mais do que isso, de desresponsabilizar o setor público pelo seu controle na região.

ABSTRACT - *It is a descriptive study that characterized the situation and the answer of the services of health (SS) to this problem in the District of Health (DS) of Butantã (SP). He had as study object the implantação of the Program of Control of Hanseníase (PCHP). The prevalência data and incidence of the disease were obtained in official registrations of SUS-São Paulo. The answer of SS was evaluated through form applied in the Units of Health (US) of DS Butantã. The obtained data evidence that, in 1995, this area answered for the smallest frequency of new cases and for the smallest number of patients in active registration among the 8 old Regional Offices of Health of SUS- SR most submitted to the treatment with PQT. Even so, he answered for the largest proportion of patients with statistical discharge, with I worsen it that the predominant clinical form was Virchowiana. US, in 1996, had not implanted PCH or they had disabled it, what explains the dispersion of the demand, in equipments of health out of DS Butantã. The authors discuss the need to rethink the control of the hanseníase in the area, taking as reference the implications of the implantação of the neo-liberal model in the public politics of health, pleading the primacy of the public section in the control of the hanseníase.*

Key words: *situation of the hanseníase; answer of the services of health; Program of Control of Hanseníase*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BONILHA, V. F. et al.** Projeto experimental de controle da hanseníase na cidade de Bauru-SP: avaliação do primeiro ano de implementação. *Hansen. Int.*, v.19, n.2, p. 11-8, 1994.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. *Controle da Hanseníase: uma proposta de integração ensino-serviço*. Brasília, 1989.
- BRASIL Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. *Guia de controle da hanseníase*, Brasília, 1994.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Avaliação Nacional do programa de controle e eliminação da hanseníase. Indicadores Epidemiológicos e operacionais segundo macrorregiões e unidades federadas do ano de 1995. 1996/mimeografado.
- BUSS, P.M.** (org.) *Sistemas de Saúde: continuidade e mudanças*. São Paulo, Hucitec, 1995, p.61-101.
- COHN, A.** *Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil*. IN: LAURELL, A.C.(org.) Estado e políticas sociais no neoliberalismo. São Paulo, Cortez, p.225-44, 1995.

HELENE, L.M.F. Características da resposta dos serviços de saúde ao problema da Hanseníase: o caso do Distrito Sanitário do Butantã.

- COHN, A.; ELIAS, P.E.** *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços.* São Paulo, Cortez, 1996.
- COSTA, H. C. et al.** Prevalência de sulfono resistência em pacientes hansenianos do Município de Bauru, Estado de São Paulo. *Hansen. Int.*, v.18, n.1/2, p. 05-10, 1993.
- ESCRIVÃO Junior, A.** As práticas de controle das doenças transmissíveis: a questão da hepatite por vírus no Estado de São Paulo. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 241p., 1985.
- FERREIRA, J.** Vigilância Epidemiológica em Hanseníase. IN: LOMBARDI, C. et al Hanseníase: epidemiologia e controle. São Paulo, Imprensa Oficial do Estado, p.33-62, 1990.
- GONÇALVES, R.B.M.** Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo, Global, 1983, p.135-57.
- KANEKO, K.A. et al.** Casos novos de hanseníase na região de São Carlos, SP, de 1983 a 1988. *Hansen. Int.*, v.15, n.1-2, p.05-15, 1990.
- LANA, F.C.F.** Organização tecnológica do trabalho em hanseníase com a introdução da poliquimioterapia Ribeirão Preto, 1992, 217p. *Dissertação (Mestrado)* - Faculdade de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- LAURELL, A.C.** (Org.) Estado e políticas sociais no neoliberalismo. São Paulo, Cortez, 1995.
- LOMBARDI, C. et al.** Hanseníase: epidemiologia e controle. São Paulo, Imprensa Oficial do Estado, 1990.
- MAURANO, F.** História da lepra em São Paulo. São Paulo, Serviço de Profilaxia da Lepra, 1939.
- MENDES, E.V.** (org.) Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo, Hucitec/Abrasco, 1993.
- MENDES, E.V.** A construção social da vigilância à saúde no distrito sanitário. IN: MENDES, E.V. (org.) A vigilância à saúde no distrito Sanitário. Brasília, OPAS/OMS, 1994
- MERHY, E. E.** O capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no estado de São Paulo. Campinas - SP, Papyrus, 1987.
- MONTEIRO, Y.N.** Hanseníase: histórico e poder no Estado de São Paulo. *Hansen. Int.*, v.12, n.1, p.1-7, 1987.
- NEMES, M.I.B.** A Hanseníase e as práticas sanitárias em São Paulo: 10 anos de Sub-Programa de Controle da Hanseníase na Secretaria de Estado da Saúde (1977-87). São Paulo, 1989. 194p. *Dissertação (Mestrado)*- Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo
- NOGUEIRA, W.** Perspectivas de eliminação da hanseníase. *Hansen. Int.*, v.20, n.1, p.19-28, 1995.
- NOGUEIRA, W.** Abandono ameaça controle de hanseníase na Capital. DEBATE SAÚDE Associação Paulista de Medicina, Conselho Regional de Medicina, Sindicato dos Médicos de São Paulo, Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de São Paulo e Federação Nacional dos Médicos. São Paulo, n.10, julho/1996.
- OLIVEIRA, M.L.W. de** Controle da hanseníase. IN: LOMBARDI, C. et al Hanseníase: epidemiologia e controle. São Paulo. Imprensa Oficial do Estado, p. 71-82, 1990.
- OPROMOLA, D.V.A. et al** Resistência medicamentosa múltipla secundária na hanseníase. *Hansen. Int.*, v.18, n.1/2, p.11-6, 1993.
- PAS** O PAS não investe em pacientes caros. Prevenção de doenças está fora do Plano

- DEBATE SAÚDE Associação Paulista de Medicina, Conselho Regional de Medicina, Sindicato dos Médicos de São Paulo, Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de São Paulo e Federação Nacional dos Médicos. São Paulo, n.6, abr/V1996.
- PENTOILHO, E.C. et al** Poliquimioterapia da hanseníase: a implantação na unidade de saúde de São Carlos -SR. Brasília, *R. Bras. Enferm.*, v.47, n.2, p.124-33, abr./jun. 1994.
- QUEIROZ, V.M. de et al.** Contribuição para intervenção em perfis epidemiológicos de grupos homogêneos que ocupam a área de abrangência do Hospital Universitário: morbidade referida nas famílias do Distrito de Saúde do Butantã e da UBS Vila Nova Jaguaré e a relação com suas formas de trabalhar e de viver. São Paulo, 1996/ mimeografado/
- QUEIROZ, V.M. de; SALUM, M.J.L.** O Processo de Produção de Serviços de Saúde num Sistema Local de Saúde. São Paulo, s/d /mimeografado.
- ROTBERG, A.** Noções de hansenologia. São Paulo, Fundação Paulista contra a hanseníase, 1977.
- SABROZA, P. et al** Doenças transmissíveis: ainda um desafio. IN: MINAYO, M.C.S. (org) Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80. Rio de Janeiro, ABRASCO, 1995, p.177-244.
- SÃO PAULO (Cidade)** Leis etc. Lei nº11.866, de 13 de setembro de 1996. Instituiu o "Plano de Atendimento à Saúde- PAS", e dá outras providências. Diário Oficial do Município, São Paulo, 14 set., 1995, p.1 (a).
- SÃO PAULO (Cidade)** Secretaria de Administração Regional. Equipamentos e recursos das micro-regiões: Butantã, Morumbi, Raposo Tavares, Rio Pequeno, Vila Sonia. São Paulo, 1993 (c).
- SÃO PAULO (Cidade)** Secretaria Municipal da Saúde Administração Regional de Saúde (ARS-2). Plano de ação: documento preliminar. São Paulo, 1993 (b).
- SÃO PAULO (ESTADO)** Secretaria de Estado da Saúde Programa de Controle da Hanseníase. Instruções normativas para as ações de controle da hanseníase. São Paulo, CADAIS, 1989.
- SÃO PAULO (ESTADO).** Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. Planilha dos pacientes com hanseníase. São Paulo, 1996.
- SOARES, L.T.R.** Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina. Campinas -S.P., 1995. 446p. Tese (Doutorado)- Universidade Estadual de Campinas.
- TANAKA, O.Y. et al.** A Municipalização dos serviços de saúde no Estado de São Paulo. Saúde Deb., n.33, p.73-9, 1991.
- TEIXEIRA, S.F. et al** Reforma sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo, Cortez, 1989.
- VIRMOND, M.** A hanseníase como doença de baixa prevalência. *Hansen. int.*, v.20, n.2, p.27-35, 1995
- ZAMBON, V.D. et al** Avaliação epidemiológica e operacional do programa de controle da hanseníase na região de São Carlos - SP. no período de 1983/1988. Brasília, *R. Bras. Enferm.*, v.43, n. 1,2,3/4, p. 88-95, 1990.

Agradecimentos:

Agradecemos à Tanya Eloise Lafratta e a Dra. Mitie Tada L. R F. do Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo pela atenção e fornecimento dos dados dos pacientes de hanseníase em registro ativo no ano de 1995.