

Descentralização do diagnóstico e tratamento da hanseníase no Estado do Rio de Janeiro: Avanços e Problemas

Decentralization of the diagnosis and treatment of leprosy in Rio de Janeiro State: advances and problems

Maria Inês Fernandes Pimentel¹
Marilda Andrade²
Cláudia Lúcia Paiva e Valle³
Anna Guimarães Mendes Xavier³
Ana Luiza Parentoni Bittencourt⁴
Luiz Fernando Souza de Macedo⁵

Resumo

Como parte do compromisso da Aliança Global para Eliminação da Hanseníase, o Brasil, desde 1998, incluiu a hanseníase entre os agravos atendidos pela rede de atenção básica prestada à saúde da população. A Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro definiu como prioridade político-técnica a universalização do acesso ao diagnóstico, a avaliação do Grau de Incapacidade Física e tratamento da hanseníase, em todas as unidades básicas de saúde dos municípios. A descentralização do diagnóstico e tratamento da hanseníase passou a ser meta prioritária, e avançou de 308 (20,04%) unidades de saúde com ações voltadas ao atendimento de hanseníase implantadas em dezembro

de 2000 para 622 (40,79%) em julho de 2004. Os indicadores epidemiológicos não parecem ter sido significativamente influenciados por estas conquistas. Muitos são os obstáculos ao aumento da descentralização no Estado do Rio de Janeiro. Espera-se obter recursos junto a fontes governamentais e Organizações Não-Governamentais para dar prosseguimento As ações (treinamentos, supervisões, apoio aos gestores municipais na descentralização, difundir sinais e sintomas da enfermidade nos meios de comunicação) para que assim possamos alcançar a meta de eliminação da hanseníase no Estado do Rio de Janeiro.

Palavras-chave: hanseníase; prevenção e controle

Recebido: 12/01/04. Última correção: 10/11/04. Aceito: 16/11/2004

Correspondência: Dr^o Marilda Andrade Assessoria de Dermatologia Sanitária/Secretaria Estadual de Saúde-Rio de Janeiro. Rua México, n^o128, 4^o Andar, Sala 408. Centro. Rio de Janeiro - RJ. CEP: 20.031- 142 hansen_iase@saude.rj.gov.br

¹Médica do Programa de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro; Doutora em Dermatologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro; Professora Titular de Dermatologia da Escola de Ciências Médicas do Centro Universitário de Volta Redonda (UniFOA).

²Enfermeira; Assessora do Programa de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro; Doutora em Enfermagem - Hanseníase, pela Universidade Federal do Rio de Janeiro; Professora Adjunta de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense.

³Médicas do Programa de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.

⁴ Enfermeira do Programa de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.

⁵ Auxiliar administrativo do Programa de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.

Introdução

O Estado do Rio de Janeiro caminha para a descentralização das ações de controle da hanseníase, a partir do modelo anteriormente utilizado, especializado, de caráter vertical, geralmente associado a serviços de dermatologia geral. A estratégia de ação vertical proporciona um nível mais apurado de diagnóstico (maior precisão do diagnóstico diferencial com outras enfermidades cutâneas ou alterações neurológicas decorrentes de outras condições que não a hanseníase)¹. Entretanto, dificulta o diagnóstico precoce, já que o paciente demora a chegar ao nível de atendimento secundário ou terciário em que o atendimento vertical é exercido.

Também diminui a abrangência das ações de controle, pois o alcance fica muito restrito e o deslocamento de muitos pacientes a estes serviços é dificultado pela distância e pelos custos do transporte. Esta abordagem não garante, ainda, o acesso dos pacientes diária e permanentemente aos serviços de saúde, proporciona uso pouco eficaz dos recursos financeiros empregados, e facilita a manutenção do estigma relacionado à hanseníase².

Desde as décadas de 60 e 70, as atividades de tratamento e controle da hanseníase têm sido encorajadas a se integrar nas estruturas de atenção básica à saúde^{3,4}. Tantos anos se passaram, e ainda se encontram dificuldades na integração das ações de controle da hanseníase como parte da estratégia de atenção básica à saúde, no Brasil como em outros países⁵.

A Assembléia Mundial de Saúde estabeleceu, em 1991, a meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública até o ano de 2000, definindo eliminação como uma taxa de prevalência menor que um caso para 10.000 habitantes⁶. Este objetivo não foi atingido no Brasil no período previsto, sendo traçada uma nova meta para obter a eliminação da doença em todos os países até o ano de 2005⁷.

Como parte do compromisso da Aliança Global para Eliminação da Hanseníase, o Brasil incluiu a hanseníase entre os agravos cujo diagnóstico e tratamento deve ser prestado pela rede de atenção básica à população⁸.

A descentralização das ações de saúde direcionadas à hanseníase nos serviços de atenção básica pretende possibilitar melhoria no acesso da população ao atendimento, conseqüentemente aumentando a eficácia dos serviços e ações de saúde relacionadas com a hanseníase, melhorando a sustentabilidade destas ações em face ao declínio da prevalência da enfermidade².

Portanto, configura estratégia fundamental para obter a meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública^{8,9}, e constitui-se na melhor opção para a manutenção dos programas². O custo de tal descentralização é baixo, já que a estrutura dos serviços de atenção básica já existe². Entretanto, requer um treinamento continuado dos profissionais da rede básica de saúde¹⁰ sobre sinais e sintomas da enfermidade, tratamento poliquimioterápico, que é padronizado, e na identificação de intercorrências medicamentosas ou episódios reacionais para encaminhamento aos serviços de referência municipais e/ou regionais^{8,11}.

Este processo requer decisão política, e deve ser conduzido gradualmente, sendo requisitos básicos:

- treinamentos adequados, continuamente ministrados aos profissionais que atuam na rede de atenção básica, prestados por profissionais especializados e experientes em hanseníase^{2,10};
- disponibilidade de um serviço (ou de serviços) de referência na estrutura de saúde, que proporcione(m) capacitação, supervisão técnica, aconselhamento, e desenvolvimento de pesquisas operacionais, com necessidade de treinamento sistemático em gerência, supervisão, monitoração e avaliação da integração dos programas de hanseníase^{2,8};
- garantia de estratégias para se conseguir a detecção precoce dos casos, cobertura plena com poliquimioterapia e acompanhamento adequado dos pacientes, até o nível mais periférico

dos serviços de atenção básica de saúde², os quais devem funcionar adequadamente^{12,13}.

A Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro definiu como prioridade político-técnica a universalização do acesso ao diagnóstico, à avaliação de incapacidades e ao tratamento da hanseníase, em todas as unidades básicas de saúde dos municípios fluminenses. A descentralização do diagnóstico e tratamento da enfermidade passou a ser uma meta fundamental que vem evoluindo paulatinamente.

Em outros Estados da federação, o processo de descentralização vem obtendo bons resultados, como em Minas Gerais, com relato de um aumento do percentual de atendimento (diagnóstico e/ou tratamento) de hanseníase implantado nos serviços de saúde de 12% em 1991 para 65,8% em 2000¹⁴. Outros demonstram aumento de percentual de atendimento de hanseníase em nível local, como a experiência de descentralização utilizando o Programa de Saúde da Família em Sobral, no Ceará, passando de uma unidade atendendo portadores de hanseníase em 1999 para 26 unidades em 2001, com aumento no coeficiente de detecção e redução da taxa de abandono¹⁵.

O presente estudo tem como objetivo demonstrar a evolução temporal da descentralização das ações programáticas de hanseníase no Estado do Rio de Janeiro, através do aumento gradual do atendimento (diagnóstico e/ou tratamento) em hanseníase implantado nas unidades básicas de saúde, bem como discutir os entraves ao processo de descentralização e propor estratégias para superá-los.

Estratégias desenvolvidas

A Assessoria de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro ministrou treinamentos a todos os noventa e dois municípios do Estado, dirigidos aos profissionais das unidades básicas de saúde e das unidades municipais de referência, desde o ano de 1998. Estes treinamentos foram realizados em todos os anos até 2001. Entretanto, dificuldades operacionais e de financiamento levaram a uma interrupção destes cursos nos anos de 2002 e 2003, tendo sido retomados em 2004. Também foram realizadas supervisões em serviço e visitas aos gestores municipais dos programas de hanseníase, em todos os municípios do Estado, até o início do ano de 2003, tendo sido retomadas em 2004. Nestas supervisões e visitas foram questionados os profissionais de saúde, bem como os gestores, quanto ao desenrolar das ações programáticas de hanseníase (diagnóstico, tratamento, avaliação de incapacidades, vigilância de contatos e educação em saúde), nas unidades supervisionadas e no município em geral. As informações aqui relatadas foram compiladas a partir de relatórios realizados em cada visita e supervisão em serviço.

Esta Assessoria vem acompanhando, ao longo dos anos, o aumento do atendimento (diagnóstico e/ou tratamento) de hanseníase implantado nas unidades de saúde. Os municípios são instados, através de questionamento periódico aos gestores dos programas de hanseníase, a atualizar continuamente a lista das unidades de saúde que realizam diagnóstico e/ou tratamento de hanseníase; enviando seu nome, endereço e telefone à Assessoria de Dermatologia Sanitária. Estes dados são armazenados na Assessoria, possibilitando conseguir uma avaliação temporal da evolução da descentralização do atendimento ao paciente portador de hanseníase.

Os dados do Sistema de Informações de Agravos de Notificação - Hanseníase (SINAN/Hansen) são mensalmente enviados pelos municípios à Secretaria de Estado de Saúde, sendo analisados pela equipe da Assessoria de Dermatologia Sanitária, responsável pela construção dos indicadores epidemiológicos do Estado.

Finalmente, durante a realização das visitas, supervisões, treinamentos e no desenvolvimento do trabalho diário da Assessoria, são continuamente identificados problemas e obstáculos à evolução da descentralização.

Resultados

Foram treinados 1815 profissionais de diferentes categorias no ano de 1998, 1015 no ano de 1999, 357 no ano 2000 e 1603 no ano de 2001 (vide na Tabela 1 os tipos de cursos administrados e número de profissionais treinados).

Tabela 1. Profissionais de saúde treinados no Estado do Rio de Janeiro, segundo o curso ministrado e ano de treinamento. Total: 4.790 profissionais treinados.

CURSOS	ANO			
	1998	1999	2000*	2001
Ações de controle para enfermeiros	45	50		
Ações de controle para nível médio	116	121	-	70
Hanseníase na Atenção Básica	1493	704	317*	893
Gerência	8	8		
Prevenção de Incapacidades e Reabilitação	18	43	-	-
Hanseníase nas referências municipais	135	89	40*	533
Supervisor — Instrutor em hanseníase	-	-	-	107
Total	1815	1015	357*	1603

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde - Assessoria de Dermatologia Sanitária. *Dados do ano 2000 estão incompletos.

Foram feitas supervisões em serviço no total de 280 supervisões por ano nos anos de 1998 e 1999, sendo os municípios das regiões metropolitanas I e II, localizados no entorno da capital (alguns concentrando as maiores taxas de prevalência da hanseníase no Estado do Rio de Janeiro) supervisionados mensalmente, neste período. Os dados de supervisão relativos ao ano de 2000 não estão disponíveis. Em 2001, nenhuma supervisão em serviço foi realizada, entretanto foram realizadas visitas aos gestores municipais dos programas de hanseníase e secretários municipais de saúde nos 92 municípios do Estado, uma visita a cada município. As visitas aos gestores, muitas incluindo os secretários municipais de saúde, visaram especialmente estimular o esforço de descentralização do atendimento aos portadores de hanseníase para as unidades básicas e unidades de saúde da família.

No ano de 2001, todos os 92 municípios do Rio de Janeiro passaram a ter ações programáticas de hanseníase implantadas.

Na tabela 2, observamos a evolução de alguns dos indicadores epidemiológicos da endemia no Estado do Rio de Janeiro entre 2000 e 2003. Os indicadores se mantiveram relativamente estáveis, com discreta diminuição do coeficiente de prevalência, e com ligeiro aumento da detecção de casos novos em menores de 15 anos. Houve diminuição da porcentagem de casos novos com incapacidade física devida à hanseníase, entre os avaliados em cada ano. A dispensação dos "blisters" de medicamentos da poliquimioterapia sofreu aumento entre 2001 e 2003 em relação aos multibacilares, entretanto houve decréscimo na dispensação de "blisters" paucibacilares no mesmo período (dados não mostrados).

Tabela 2. Evolução de indicadores epidemiológicos da endemia hanseníase no Estado do Rio de Janeiro.

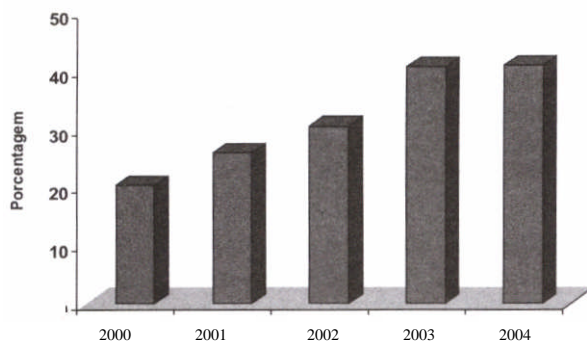
Indicador Epidemiológico	2000	2001	2002	2003
Taxa de detecção de casos novos	2,08	2,01	1,99	2,14
Taxa de detecção de casos novos abaixo de 15 anos	0,54	0,47	0,43	0,57
Taxa de prevalência	4,09	4,66	3,74	3,82
Porcentagem de casos novos com grau de incapacidade avaliado	88,26 %	83,51 %	84,83 %	86,9 %
Porcentagem de casos novos com grau de incapacidade 0 entre os avaliados	9,19 %	7,91 %	7,09 %	6,26 %

(Fonte: dados obtidos no SINAH/Hanseníase)

A avaliação do aumento do atendimento (diagnóstico e/ou tratamento) de hanseníase implantado nas unidades de saúde foi realizada levando-se em conta as informações prestadas pelos municípios, sendo calculada a cobertura para cada região geográfica e para o Estado do Rio de Janeiro, como um todo.

Em Dezembro de 2000, 308 unidades de saúde já desenvolviam atividades de diagnóstico e/ou tratamento de hanseníase, perfazendo 20,04% do total. Em Dezembro de 2001, havia 392 unidades de saúde com atividade de diagnóstico e/ou tratamento de hanseníase em todo o Estado, o que equivalia a 25,05% das unidades básicas de saúde oferecendo atendimento de hanseníase a seus habitantes. Ao final de 2002, 460 unidades de saúde desenvolviam ações programáticas de hanseníase, perfazendo 30,12% do total. Em Agosto de 2003, foram 617 unidades, representando 40,14% do total de unidades básicas de saúde do Estado. Em Julho de 2004, foram 622 unidades, com 40,79% do total (figura 1).

Figura 1. Evolução da porcentagem de atendimento de hanseníase nas unidades de saúde, Rio de Janeiro, 2000 a 2004.*

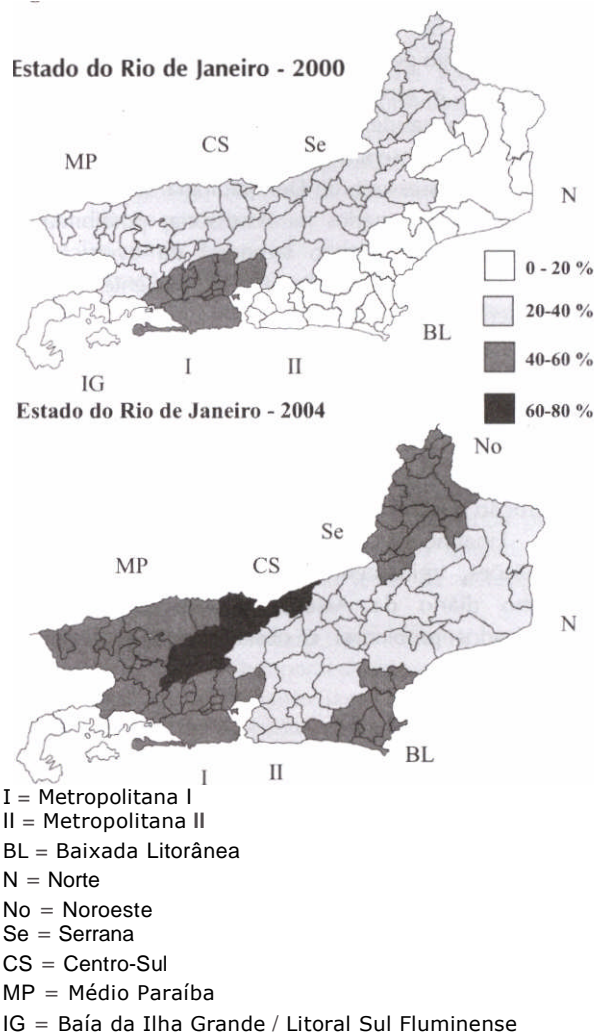


* Fonte: Secretarias Municipais de Saúde.

A figura 2 apresenta a evolução temporal do atendimento em hanseníase nas unidades básicas de saúde nas diferentes regiões geográficas do Estado, entre os anos 2000 e 2004. Nota-se que quase todas as regiões apresentaram aumento da descentralização nos últimos anos (regiões Metropolitana II, Baixada Litorânea, Norte, Noroeste, Centro-Sul Fluminense e Médio Paraíba). Mantiveram-se relativamente estáveis as regiões Serrana e Metropolitana I, embora, mesmo nestas, observemos melhora nos percentuais de descentralização, que não foram suficientes para mudança de categoria (dados não mostrados). A região Litoral Sul Fluminense manteve a implantação do atendimento em hanseníase em níveis estáveis baixos (7,5%) entre 2000 e 2004. No outro extremo, a região Centro-Sul Fluminense apresentou os maiores níveis de descentralização, passando de 36,72% de unidades de saúde com diagnóstico e/ou tratamento de hanseníase implantados no ano de 2000 para 67,97% no ano de 2004.

Figura 2. Implantação do atendimento de hanseníase

nas unidades de saúde do Estado do Rio de Janeiro - 2000 a 2004.



Os problemas detectados por esta Assessoria para se conseguir a efetiva descentralização das ações programáticas de hanseníase no Estado do Rio de Janeiro, ao longo do trabalho desenvolvido nos últimos anos, são:

- alta rotatividade dos profissionais treinados nas unidades básicas de saúde, restando um número pequeno de profissionais com efetivo conhecimento da enfermidade;
- alta rotatividade dos gestores dos programas, conforme as mudanças políticas nas prefeituras;
- baixo compromisso dos gestores municipais dos programas com o processo de descentralização;
- dificuldades na obtenção de recursos financeiros e logísticos para os treinamentos. Estes recursos podem ser provenientes de Organizações Não-Governamentais (ONGs), ou de fontes governa-

- mentais, e estes últimos estão submetidos a trâmites burocráticos que dificultam e retardam a liberação das verbas;
- dificuldade na obtenção de recursos para as supervisões locais. Nos anos de 1999 até 2003 não foram realizadas supervisões locais em serviço no Rio de Janeiro, e desde 2003 não são realizadas visitas aos gestores municipais para estimular a descentralização dos programas;
 - funcionamento inadequado das unidades básicas de saúde, com profissionais despreparados para o manejo da enfermidade e falta de recursos locais mínimos, na dependência do nível de comprometimento das autoridades locais com a saúde pública;
 - descentralização feita de modo incompleto: em algumas unidades básicas de saúde, somente o diagnóstico da enfermidade é feito, mas o tratamento fica a cargo da unidade de referência municipal. Em outras unidades, os casos suspeitos são encaminhados para diagnóstico nas unidades de referência, e só então o paciente retorna à unidade de origem para prosseguir o tratamento poliquimioterápico;
 - planejamento inadequado dos responsáveis nos municípios com relação ao estoque de medicamentos, apesar de disponíveis na estrutura do Estado em quantidade suficiente, gerando ocasionais faltas de medicação nas unidades;
 - o tratamento PQT é feito nas unidades básicas de saúde, e quaisquer pacientes com incapacidades, intercorrências medicamentosas ou reações, são necessariamente acompanhados nos centros de referência municipais.

Discussão

O ano de 2001 constituiu um marco para a efetivação da descentralização das ações de hanseníase no Estado do Rio de Janeiro, quando se obteve a implantação das ações programáticas em todos os noventa e dois municípios do Estado. Os programas de hanseníase dos municípios, entretanto, são mais ou menos efetivos nas suas ações, dependendo do nível de comprometimento dos gestores, de sua autonomia na estrutura política de saúde de cada município, e até do conhecimento acerca da enfermidade pelos profissionais responsáveis. Com a integração do atendimento à hanseníase nas unidades básicas de saúde garante-se o acesso universal dos habitantes ao diagnóstico e tratamento, e possibilita-se ao paciente das áreas periféricas dos municípios que o tratamento seja feito próximo à sua residência. A implantação da poliquimioterapia facilitou muito esta abordagem, pois o tratamento é padronizado. Deste modo, médicos generalistas ou de quaisquer especialidades podem ser facilmente treinados na prescrição do tratamento e no acompanhamento dos pacientes sem

Complicações².

O esforço da Assessoria de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro junto aos gestores municipais tem sido importante no processo de descentralização. Visitas aos gestores municipais foram realizadas periodicamente, no intuito de apoiar as ações descentralizadoras, num trabalho de convencimento das autoridades de saúde municipais da importância de garantir o acesso ao diagnóstico e tratamento da hanseníase nas unidades básicas de saúde e nas unidades de saúde da família, conforme as diretrizes nacionais que regem o controle da enfermidade^{8,9}.

Outra estratégia importante tem sido o desenvolvimento de treinamentos periódicos para os profissionais de saúde das unidades básicas de saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, profissionais de nível médio), compreendendo diagnóstico, tratamento poliquimioterápico (PQT), avaliação de incapacidades e notificação, capacitando os profissionais de diversas áreas para o manejo dos casos não complicados da enfermidade¹⁰ (Tabela 1). O treinamento teórico e prático dos profissionais médicos e paramédicos constitui pré-requisito para a integração satisfatória do controle da hanseníase nos serviços básicos de saúde^{15,18}.

Para que se possa medir o percentual de atendimento institucional em hanseníase, é importante determinar o percentual de unidades de saúde da rede básica que desenvolvem as ações de controle da enfermidade⁸.

Desde Agosto de 2003 obtivemos uma implantação do atendimento (diagnóstico e/ou tratamento) de hanseníase em aproximadamente 40% das unidades de saúde do Estado do Rio de Janeiro, quando em Dezembro de 2000 esta implantação ocorria em apenas cerca de 20%. Entretanto, ainda há muito trabalho a ser desenvolvido, já que o atendimento em hanseníase em 40% das unidades básicas é ainda insatisfatório. Outros Estados com número maior de municípios relataram ter obtido aumento mais efetivo do atendimento em hanseníase, embora num período de tempo mais longo¹⁴.

Uma estratégia muito eficaz é o treinamento das equipes dos Programas de Saúde da Família no diagnóstico e tratamento com poliquimioterapia¹⁵, que possibilita abranger uma população maior, inclusive em áreas rurais anteriormente atendidas precariamente.

Observamos, entretanto, que o aumento do atendimento de hanseníase nas unidades de saúde, conforme demonstrado nas figuras 1 e 2, não se refletiu numa mudança significativa dos indicadores epidemiológicos da endemia (Tabela 2). O coeficiente de detecção de casos novos, a prevalência, a detecção em menores de 15 anos e a porcentagem de casos novos com grau de incapacidade avaliado mantiveram-se relativamente estáveis entre 2000 e 2003. A porcentagem de casos com incapacidades físicas entre os casos novos detectados e avaliados no ano caiu (embora se mantenha em níveis médios), o que indica uma melhoria, com diagnóstico mais precoce da infecção. Houve um aumento na dispensação de "blisters" multibacilares, bem como diminuição na de "blisters" paucibacilares no

período, entretanto estes parâmetros são muito influenciados pela disponibilização da medicação pelo Ministério da Saúde, não se prestando a análise epidemiológica apurada num período de tempo tão curto.

A relativa estabilidade dos indicadores epidemiológicos pode refletir uma baixa endemia oculta no Estado do Rio de Janeiro, ao contrário do que parece ocorrer em outras unidades da federação, por exemplo, na Bahia, que experimentou aumento significativo nos coeficientes de detecção de casos novos e em menores de 15 anos nas últimas décadas²¹.

Com relação aos problemas detectados no processo de descentralização das ações de hanseníase nos municípios, surgem como de maior importância:

- a alta rotatividade dos profissionais de saúde, gerando necessidade contínua de treinamentos¹³;
- gestores descomprometidos com as metas de descentralização. E o problema que se identifica, por exemplo, nos municípios da região Litoral Sul Fluminense (Baía da Ilha Grande), que mantêm os serviços centralizados nas unidades de referência, sem qualquer esforço para implantar o atendimento dos portadores de hanseníase nas unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família. Já nas regiões Metropolitana II, Baixada Litorânea, Norte, Noroeste, Centro-sul Fluminense e Médio Paraíba, gestores mais afinados com o processo de descentralização impulsionaram o aumento do percentual de unidades de saúde com atendimento em hanseníase, atingindo níveis bem mais satisfatórios na região Centro-Sul Fluminense. Este aumento do percentual de unidades com atendimento à hanseníase em tais regiões refletiu-se na melhoria do percentual para o Estado como um todo (Figura 2);
- descentralização feita de modo incompleto, gerando despesas adicionais para o paciente e retardo no tratamento, dificuldade que também ocorre devido à necessidade de encaminhar pacientes com reações hansênicas, intercorrências medicamentosas ou incapacidades para os centros de referência municipais ou regionais (tornando o deslocamento dos pacientes afetados difícil e dispendioso). Entretanto, não há, no momento, como garantir treinamento específico no manejo de intercorrências e reações para os profissionais das equipes das unidades básicas, assim como não é possível prover medicações anti-reacionais e medicamentos alternativos a PQT para cada unidade básica de saúde. Grande parte dos municípios sequer possui fisioterapeutas adequadamente treinados em hanseníase, e vários municípios apenas os mantêm no centro de referência municipal. Com relação aos medicamentos anti-reacionais, a dificuldade maior está no controle da dispensação aos pacientes portadores de hanseníase, pois existe considerável demanda para portadores de outras enfermidades que poderiam utilizar em especial prednisona e talidomida, o que acabaria por gerar falta

destas medicações para os programas de hanseníase;

- dificuldade na obtenção de recursos (governamentais e de ONGs) para treinamentos e supervisões em serviço;
- planejamento inadequado com relação ao estoque de medicações (este problema atinge especialmente as medicações anti-reacionais e os medicamentos alternativos para os casos que necessitem de troca da medicação da poliquimioterapia por motivos de intercorrências medicamentosas).

Tais questões deverão ser enfrentadas com estratégias especiais. A ação da Assessoria de Dermatologia Sanitária do Estado do Rio de Janeiro para os próximos anos deverá incluir:

- esforço junto a fontes governamentais e a ONGs no sentido de buscar financiamento para treinamentos, supervisões e ações educativas à população em geral. As ONGs estabelecem relações importantes de parceria, responsáveis pelo êxito do processo de eliminação da hanseníase em várias partes do mundo^{5,13,19}. Tal parceria, em especial com a American Leprosy Missions (ALM), tem tido êxito no Estado do Rio de Janeiro ao longo da última década;
- treinamentos continuados dos profissionais de saúde das unidades básicas e de saúde da família^{10,15}, compreendendo diagnóstico, tratamento poliquimioterápico (PQT), avaliação de incapacidades e notificação, bem como identificação das intercorrências medicamentosas ou reacionais para encaminhamento às unidades de referência municipais¹⁰;
- treinamentos dos profissionais das unidades de referência dos municípios, para o adequado manejo das intercorrências medicamentosas e dos episódios reacionais¹³, bem como do diagnóstico diferencial do acometimento cutâneo e/ou neurológico em relação a outras enfermidades¹⁸ para o diagnóstico correto nos casos duvidosos, em crianças pequenas ou portadores de distúrbios mentais;
- treinamento e acompanhamento permanente dos profissionais responsáveis pelos sistemas de informação em saúde dos municípios, para que os dados obtidos pelo SINAN / Hansen (Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Hanseníase) sejam fidedignos, permitindo o adequado acompanhamento da endemia²⁰;
- retomada das supervisões em serviço, para avaliação do adequado desempenho das ações de controle²⁰;
- buscar junto aos gestores municipais dos programas e secretários municipais de saúde o compromisso de aumentar a cobertura das ações programáticas nas unidades básicas de saúde, a hanseníase sendo vista como capaz de ser diagnosticada e tratada pelos profissionais de atenção básica¹³
- aumentar a difusão, nos meios de comunicação,

dos sinais e sintomas da doença, de modo a aumentar o nível de conhecimento da população, objetivando o diagnóstico precoce dos casos e a diminuição do estigma relacionado à enfermidade. Orientar os gestores municipais na divulgação de informação à população, utilizando da melhor maneira os meios de comunicação disponíveis.

Conclusões

A presente análise leva em conta dados regionais preliminares, referentes a um período de tempo limitado.

Estudos adicionais deverão ser desenvolvidos em períodos de tempo mais longos, inclusive para observar se os obstáculos apontados neste trabalho foram superados através da implementação das estratégias propostas.

À Vilma Tavares Gomes, Katerine Brito de Almeida, José Carlos Rodrigues Paes e Cleuma da Silva, pelo apoio administrativo na realização do trabalho.

Abstract

Brazil has included leprosy among the diseases assisted in the basic health units, as part of the commitment of the Global Alliance for the Elimination of Leprosy. The Health Secretaria of Rio de Janeiro State defined the universal access to diagnosis, to WHO Disability Grade evaluation and to the treatment of leprosy sufferers as a political-technical priority in all the basic health units of the state. Decentralization of diagnosis and treatment of leprosy became a priority, and increased from 308 (20.04%) health units with these actions available in December, 2000, to 622 (40.79%) in July, 2004. Epidemiological indicators seem not to have been significantly influenced by this. Many problems disturb the decentralization process in Rio de Janeiro. We hope we can obtain resources with governmental and non-governmental organizations to go on with this strategy (trainings, local supervisions, support to municipal managers in decentralization process, to increase the diffusion of signals and symptoms of the disease in communication media) to reach the target of leprosy elimination in Rio de Janeiro State.

Key words: leprosy; prevention and control

Referências Bibliográficas

- 1 Ryan TJ. Integration of leprosy services. *Lepr rev* 2002; 73:394-395.
- 2 Feenstra P. Leprosy control through general health services and/or combined programmes. *Lepr rev* 1993; 64:89-96.
- 3 World Health Organization. Expert Committee on Leprosy. Geneva; 1966. (WHO-Report Series, no 319).

- 4 Browne SG. The Integration of leprosy into the general health services. *Lepr rev* 1972; 43:16-20.
- 5 Porter ID, Ogden IA, Rao PV, Rao VP, Rajesh D, Buskade RA *et al*. Lessons In Integration - operation research in an Indian leprosy NGO. *Lepr rev* 2002; 73 (21):147-59.
- 6 Nordeen SK. Elimination of leprosy as a public health problem. *Lepr rev* 1992; 63:1-4.
- 7 GT/HANSEN/CONASSEMS. Estratégia de aceleração da eliminação da hanseníase em todos os municípios do Brasil. Salvador: 2000.
- 8 Pereira GFM, Leboeuf MA, Magalhães MCC, Tardin RT, Suárez RG, Glatt R, *et al*. Gula para implantar / Implementar as atividades de controle da hanseníase nos planos estaduais e municipais de saúde. Ministério da Saúde. Area Técnica de Dermatologia Sanitária. Brasília; 1999.
- 9 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. Diretrizes nacionais para a elaboração de programas de capacitação para a equipe de saúde da rede básica atuar nas ações de controle da hanseníase. Brasília; 2000.
- 10 Moreira TMA, Pimentel MIF, Braga CAV, Valle CLP, Xavier AGM. Hanseníase na atenção básica de saúde: efetividade dos treinamentos para os profissionais de saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Hansen int* 2002; 27(21):70-76.
- 11 Balson KA. Integrating leprosy control into primary health care: the experience In Ghana. *Lepr rev* 1994; 65:376-384.
- 12 Crook N, Ramasubban R, Samy A, Singh B. An educational approach to leprosy control: an evaluation of knowledge, attitudes and practice In two poor localities in Bombay, India. *Lepr rev* 1991; 62:395-401.
- 13 Roos BR, Van Brake! WH, Chaurasia AK. Integration of leprosy control into basic health services: an example from Nepal. *Int j lepr* 1995; 63(31):422-429.
- 14 Leboeuf MAA, Magalhães ESB, Silva EL, Lima MA, Iustino MOMP, Silva WF. Compromisso de eliminação da hanseníase em Minas Gerais - Brasil. Resultados alcançados _ 1991-2000. Caderno de Resumos do 16º Congresso Internacional de Hanseníase; 2002 Agosto 5-8; Salvador; Brasil.
- 15 Andrade LOM, Barreto ICHC, Lira GV, Bezerra FM. A estratégia Saúde da Família no processo de eliminação da hanseníase no município de Sobral. Caderno de Resumos do 16º Congresso Internacional de Hanseníase; 2002 Agosto 5-8; Salvador; Brasil.
- 16 Warndorff DK, Warndorff JA. Leprosy control in Zimbabwe: from a vertical to a horizontal programme. *Lepr rev* 1990; 61:183-187.
- 17 Barua S, Wakaf S, Shwe T, Umenat T. Leprosy elimination through Integrated basic health services in Myanmar: the role of midwives. *Lepr rev* 1999; 70:174-179.
- 18 Rao VP, Bhuskade RA, Raju MS, Rao PVR, Desikan KV. Initial experiences of implementation of functional integration (FI) in LEPRO India projects in Orissa. *Lepr rev* 2002; 73:167-176.
- 19 Vijayakumaran P, Rao Ti', Krishnamurthy P. Pace of leprosy elimination and support teams In Bihar State, India. *Lepr rev* 1999; 70:452-458.
- 20 Jakeman P, Smith WCS. Evaluation of a multidrug therapy programme of leprosy control. *Lepr rev* 1994; 65:289-296.
- 21 Cunha SS, Rodrigues LC, Moreira S, Carvalho LC, Barreto ML, Dourado I. Upward trends in the rate of detection of new cases of leprosy In the state of Bahia, Brazil. *Int j lepr* 2001; 69(4): 308-317.

