

Ministério da Saúde  
Fundação Oswaldo Cruz  
Centro de Pesquisas René Rachou  
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

Atenção Primária e Hanseníase: desafios educacionais e assistenciais

por

Leonardo Cançado Monteiro Savassi

Belo Horizonte  
Fevereiro/2013

Ministério da Saúde  
Fundação Oswaldo Cruz  
Centro de Pesquisas René Rachou  
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

Atenção Primária e Hanseníase: desafios educacionais e assistenciais

por

Leonardo Cançado Monteiro Savassi

Tese apresentada com vistas à obtenção do  
Título de Doutor em Ciências na área de  
concentração Saúde Coletiva.

Orientação: Celina Maria Modena

Belo Horizonte  
Fevereiro/2013

Catálogo-na-fonte  
Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ  
Biblioteca do CPqRR  
Segemar Oliveira Magalhães CRB/6 1975

S366a

2013 Savassi, Leonardo Caçado Monteiro.

Atenção Primária e Hanseníase: desafios educacionais e assistenciais / Leonardo Caçado Monteiro Savassi. – Belo Horizonte, 2013.

XII, 114 f.: il.; 210 x 297mm.

Bibliografia: f.: 123 – 126

Tese (Doutorado) – Tese para obtenção do título de Doutor em Ciências pelo Programa de Pós - Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou. Área de concentração: Saúde Coletiva.

1. Hanseníase/terapia 2. Educação em Saúde/métodos 3. Atenção Primária à Saúde/organização & administração I. Título. II. Modena, Celina Maria (Orientação).

CDD – 22. ed. – 616.998

Ministério da Saúde  
Fundação Oswaldo Cruz  
Centro de Pesquisas René Rachou  
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

Atenção Primária e Hanseníase: desafios educacionais e assistenciais

por

Leonardo Cançado Monteiro Savassi

Foi avaliada pela banca examinadora, composta pelos seguintes membros:

Prof(a). Dr(a): Celina Maria Modena (Presidente)

Prof(a). Dr(a): Virgínia Torres Schall

Prof(a). Dr(a): Maria José Nogueira

Prof(a). Dr(a): Adriana Maria de Figueiredo

Prof(a). Dr(a): Raphael Augusto Teixeira de Aguiar

Suplente: Prof(a). Dr(a) Rose Ferraz Carmo

Tese defendida e aprovada em 25/02/2013

## **Dedicatórias**

***A todos os profissionais da Estratégia Saúde da Família  
que persistem, apesar de tudo.***

## **Agradecimentos**

À Biblioteca do CPqRR em prover acesso gratuito local e remoto à informação técnico-científica em saúde custeada com recursos públicos federais, integrante do rol de referências desta dissertação, também pela catalogação e normalização da mesma.

Ao Centro de Pesquisas René Rachou pela infra-estrutura técnica, ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, à FAPEMIG, que fomentou a orientadora desta tese e à Organização Panamericana de Saúde.

# Sumário

Lista de tabelas, quadros e figuras _____	VIII
Lista de abreviaturas _____	IX
Resumo _____	X
Abstract _____	XI
<b>APRESENTAÇÃO</b> _____	<b>XII</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b> _____	<b>13</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> _____	<b>15</b>
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b> _____	<b>16</b>
<b>3.1 Atenção primária</b> _____	<b>16</b>
<b>3.1.1 Histórico e breve evolução da APS no mundo</b> _____	<b>16</b>
<b>3.1.2 A definição de APS</b> _____	<b>21</b>
<b>3.1.3 A APS no mundo contemporâneo</b> _____	<b>27</b>
<b>3.1.4 A APS brasileira</b> _____	<b>31</b>
<b>3.2 Educação em Saúde</b> _____	<b>34</b>
<b>3.3 Hanseníase como foco da Atenção Primária e da Educação em Saúde</b> _____	<b>41</b>
<b>3.3.1. Ações educativas para hanseníase pautadas pelas políticas públicas no Brasil</b> _____	<b>43</b>
<b>3.3.2. A Educação em Saúde para Hanseníase na atualidade.</b> _____	<b>47</b>
<b>4 MÉTODOS</b> _____	<b>50</b>
<b>5 RESULTADOS</b> _____	<b>53</b>
<b>5.1 Primeiro Artigo</b> _____	<b>54</b>
SAVASSI, LCM. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. RBMFC, 2012, Abr.-Jun; 7(23). ISSN 2179-7994. Disponível em <a href="http://rbmfc.org.br/index.php/rbmfc/article/view/392">http://rbmfc.org.br/index.php/rbmfc/article/view/392</a>	
<b>5.2 Segundo Artigo</b> _____	<b>62</b>
LANDSBERG, GP SAVASSI, LCM SOUSA, AB FREITAS, JM NASCIMENTO, J & AZARGA R. Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2012, vol.17, n.11, pp. 3025-3036. ISSN 1413-8123. Disponível em <a href="http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a18.pdf">http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a18.pdf</a>	
<b>5.3 Terceiro Artigo</b> _____	<b>76</b>
SAVASSI, LCM; SARUBI, TRB; SCHALL, VT; MODENA, CM. Análise dos conhecimentos de profissionais de saúde e educação sobre Hanseníase	
<b>5.4 Quarto Artigo</b> _____	<b>91</b>
SAVASSI, LCM. MODENA, CM. Hanseníase e a Atenção Primária: desafios educacionais e assistenciais na perspectiva de médicos residentes.	
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> _____	<b>116</b>
<b>7 ANEXOS</b> _____	<b>119</b>
<b>7.1 Anexo 1. The World Health Assembly Resolution 1991</b> _____	<b>119</b>
<b>7.2 Anexo 2. Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa</b> _____	<b>120</b>
<b>7.3 Anexo 3. Ata de aprovação pela Banca</b> _____	<b>121</b>
<b>8 REFERÊNCIAS</b> _____	<b>123</b>

## **Lista de Quadros e Diagrama**

Quadro 1. Princípios da Atenção Primária e do Sistema Único de Saúde	21
Quadro 2. População de cobertura e média de consultas semanais na Atenção Primária, Europa, 2001	29
Diagrama 1. Sequencia lógica do projeto de pesquisa	52

## Lista de Abreviaturas

AD: Atenção Domiciliar.

APS: Atenção Primária a Saúde

CIAP-2: Classificação Internacional da Atenção Primária (2ª versão)

eSF: equipe de Saúde da Família

ESF: Estratégia Saúde da Família

GF: Grupo Focal

GP: *general practitioners*

MFC: Medicina de Família e Comunidade

MGF: Médico Geral e Familiar

NHS: *National Health Service*

SNS: Serviço Nacional de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

## Resumo

A hanseníase mantém-se um desafio dentro das políticas públicas brasileiras. O Brasil registra um número de casos ainda elevado, que faz do país o segundo em números absolutos e o primeiro em valores relativos no mundo. Ainda que consiga cumprir a meta assumida junto a Organização Mundial de Saúde, de menos de um caso para cada dez mil habitantes, o desafio de controlar a doença ainda persistirá. O número de casos novos em menores de quinze anos demonstra que o desafio é maior do que se supõe, já que há transmissão ativa, e, portanto pacientes ainda não diagnosticados. A Atenção Primária a Saúde (APS), embora responsável por grandes avanços, não foi capaz de resolver este problema específico de saúde, mesmo sendo o nível mais adequado de atenção e o que mais propriamente trabalha com ferramentas de educação na saúde. O objetivo deste trabalho foi avaliar a hanseníase como foco de ação da APS e da Educação em Saúde, sendo avaliadas tanto a atenção primária como estratégia de atenção quanto algumas estratégias educativas como meio de promoção e comunicação em saúde. Encontrou-se que a APS, ainda que seja o nível mais adequado para o cuidado, apresenta barreiras de acesso e de qualidade da atenção que fazem com que oportunidades de cuidado sejam desperdiçadas. Questões tais como ambiência, qualificação profissional, sobrecarga de trabalho e população excessiva de cobertura interferem diretamente no cuidado. Especificamente quanto a educação para hanseníase, os profissionais da APS não foram adequadamente qualificados durante a graduação, e os mecanismos de educação permanente não são capazes de modificar a prática clínica. Além disto, a forma como a Educação em Saúde é feita dentro das políticas públicas mostrou-se ineficaz, contaminada ainda pelo estigma e pelas crenças concernentes a “lepra” e a dissociação da gravidade da doença com a nomenclatura “hanseníase”. Conclui-se que a abordagem da hanseníase passa necessariamente pela qualificação da atenção primária, pela redução do número de usuários por equipe, pela modificação das estratégias educativas e pela necessidade de adequar os currículos de graduação à casuística real das unidades de saúde, tanto em termos do contato direto com a doença hanseníase, quanto em relação ao uso adequado das ferramentas educacionais.

## Abstract

Leprosy remains a challenge within Brazilian public policies. Brazil still registers a high number of cases, which keeps the country in the second place in absolute number of cases and first in relative values around the World. Even if the country meet the target assumed with the World Health Organization, less than one case per ten thousand inhabitants, the challenge of controlling the disease will still remain. The number of new cases in children under fifteen years demonstrates that the challenge is greater than assumed, since there is active transmission, and so patients still undiagnosed. Primary Health Care (PHC), although responsible for major advances, was not able to solve this specific health problem, despite recognized as the most appropriate level of care and which more specifically works with health education tools. The objective of this work was to evaluate leprosy as a target for PHC and Health Education actions, and for this purpose both PHC and educational strategies as means of health promotion and communication were evaluated. It was found that PHC, although the most appropriate level for care, suffers with barriers of access and quality that wastes health care opportunities. Issues such as ambience, professional qualification, work overload and excessive population coverage directly interfere in care. Specifically regarding education for leprosy, PHC professionals were not properly qualified during undergraduation, and the mechanisms of continued education are not able to modify clinical practice. Moreover, the way health education is done within public policy was ineffective, still contaminated by stigma and beliefs concerning "leprosy" and dissociation of disease severity with the nomenclature "hanseniasis". We conclude that the approach to leprosy inevitably leads to the qualification of primary care by reducing the number of users per team, by modifying educational strategies and by the need to tailor the undergraduate curricula to the real scenario of health care units, both in terms of direct contact with the disease leprosy as in terms of the appropriate use of educational tools.

## APRESENTAÇÃO

Abordar a hanseníase também no doutorado não foi uma escolha difícil. Vindo de um serviço de atenção domiciliar no qual cuidava de pessoas vivendo com sequelas de hanseníase, morando na área onde funcionou a segunda maior colônia de isolamento do país, a temática já havia me conquistado, seja pelos inúmeros desafios que as sequelas da doença trazem para cuidadores, pacientes e profissionais de saúde, seja pela história trágica das pessoas que viveram o chamado holocausto brasileiro.

Entretanto, nesta nova etapa, o desafio seria abordar a hanseníase no âmbito em que deve ser tratada: A Atenção Primária a Saúde (APS). Como Médico de Família e Comunidade (MFC), e ex-presidente da Associação Mineira da especialidade, a necessidade de uma abordagem que contemplasse bem qual era o real papel deste nível de cuidados seria, portanto um desafio adicional, já que os conceitos que cercam a prática em saúde ali são diversos daqueles apreendidos na graduação.

A abordagem da hanseníase na Atenção Primária não pode se dissociar de estratégias educativas, seja para o diagnóstico precoce, através da educação para a população, seja para a correta abordagem da doença e reconhecimento de suas complicações antes do agravamento das mesmas, através da educação em saúde para profissionais do serviço.

Assim, ao se interligar Hanseníase, Educação em Saúde e Atenção Primária, posso afirmar que esta não é uma tese sobre uma doença, mas uma tese sobre pessoas. Sobre pessoas que tiveram a doença, pessoas que atendem estas pessoas, e pessoas que educam as anteriores. Mais do que isto, é uma representação do próprio trabalho do autor, médico de Atenção Domiciliar (AD), Médico de Família e Comunidade e educador em saúde, com especial interesse em hanseníase.

## 1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença que ainda não foi erradicada no Brasil como problema de saúde pública (WHO, 2012). Mais do que isto, a doença gerou alguns milhares de pessoas que foram arrancadas do convívio de sua família ao longo do último século gerando situações potencialmente mais graves do que a própria doença (MONTEIRO, 1991).

Ao longo de todo o território nacional, dezenas de antigos hospitais colônia – os leprosários – serviram por décadas como depósitos de doentes afastados da sociedade dos sãos pelo simples fato de terem contraído a doença. Além destes, seus filhos foram igualmente isolados em preventórios – instituições que tinham uma presumida vocação educacional, mas que também serviram para isolar os descendentes dos hansenianos.

O trabalho no Serviço de Atenção Domiciliar permitiu a este autor conhecer um pouco do sofrimento destas pessoas, e o interesse pessoal pela hanseníase no Brasil cresceu, dando origem respectivamente a dissertação de mestrado (SAVASSI, 2010) e a este tese de doutorado, que se aprofunda na educação em saúde voltada para a hanseníase no âmbito da Atenção Primária a Saúde.

A discussão sobre hanseníase no Brasil passa obrigatoriamente pela Atenção Primária a Saúde e pela Educação em Saúde. Nível de atenção que oferece o acesso inicial ao sistema de saúde e é responsável pelo diagnóstico da doença, a Atenção Primária a Saúde tem como parte de seu instrumental de ação a Educação em Saúde, englobada no amplo campo da promoção da saúde, ou realizada de maneira individual ou a grupos de pessoas com uma situação de saúde em comum.

Apesar de jovem, em termos de políticas públicas, o fortalecimento da Atenção Primária a Saúde (APS) no Brasil apresentou-se como o principal ponto de apoio para tratar a hanseníase, segundo os documentos técnicos ministeriais. A partir da mudança do modelo de atenção, antes caracterizado pelo financiamento por fundos de contribuição restritos para um modelo de cobertura universal, esperava-se que a ampliação do acesso pudesse melhorar os indicadores de saúde em geral, o que realmente ocorreu. (MACINKO *et al.*, 2006; MONTEIRO *et al.*, 2009; MACINKO *et*

*al.*, 2011). Em contrapartida, a ampliação da Atenção Primária não foi suficiente para que o Brasil cumprisse a meta de redução do número de casos de hanseníase para menos de um caso para cada 10 mil habitantes (WHO, 1991)<sup>1</sup>, permanecendo como o único país a não erradicar a doença como problema de saúde pública (WHO-WER, 2011; WHO-WER, 2012).

A Educação em Saúde, área do conhecimento da saúde coletiva, pauta-se pela elaboração de estratégias de intervenção a partir do reconhecimento de situações de potencial agravo à saúde, reconhecidas a partir da epidemiologia (magnitude do problema) e da antropologia médica (entendimento do problema). Especialmente no que se refere à hanseníase, a educação em saúde é apontada como item importante de qualquer política pública, sendo apontada há mais de um século internacionalmente como estratégia de ação. No Brasil foram registradas várias tentativas de se abordar a hanseníase com estratégias educativas, todas passíveis de críticas quanto ao formato, conteúdo e público alvo.

Esta tese está estruturada no formato de apresentação de artigos científicos. Na introdução serão discutidas a Atenção Primária, a Educação em Saúde e a Hanseníase. Como resultados, são apresentados quatro artigos, dos quais dois abordam a Atenção Primária sob o ângulo da qualidade e da acessibilidade, e dois artigos estudam a Educação em Saúde para hanseníase a partir de potenciais educadores em saúde e de profissionais médicos da Atenção Primária.

---

<sup>1</sup> Ver também o Anexo 1.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Analisar a Hanseníase como foco de ação da Atenção Primária e da Educação em Saúde.

### **2.2 Objetivos específicos**

Analisar a Atenção Primária como fonte de cuidados para hanseníase, sob a perspectiva da qualidade e da acessibilidade.

Identificar as estratégias de Educação em Saúde voltada para a atenção à Hanseníase no âmbito da Atenção Primária.

Relatar a potencialidade da educação em saúde para hanseníase.

### 3 Revisão da Literatura

#### 3.1 Atenção primária

*“Atenção de primeiro contato. Contínua, global e coordenada que se proporciona a população sem distinção de gênero, ou enfermidade, ou sistema orgânico” (STARFIELD, 2004, p. 1129).*

A Atenção Primária a Saúde (APS) é referida dentro da terminologia brasileira com sinônimos que refletem especificidades nacionais (GUSSO *et al.*, 2012). Enquanto a Atenção Primária no contexto nacional é referida como a oferta de cuidados para a manutenção básica de saúde, através de serviços terapêuticos e a coordenação das necessidades e serviços comunitários, o país adotou como sinonímia o termo “Atenção Básica”:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2011, p. 48).

Essa riqueza terminológica não é específica desse nível do sistema, e sim da saúde coletiva nacional. Para fins de compreensão universal, utilizaremos o termo “Atenção primária”, considerando a Atenção Básica como a *“interpretação oficial (brasileira) da APS, baseada no Programa Saúde da Família”* (AGUIAR, 2005).

O “Programa” de Saúde da Família, atualmente reconhecido como “Estratégia” Saúde da Família (ESF) surgiu em 1994, a partir da experiência do Programa de Agentes Comunitários de saúde e em resposta ao descortinamento das necessidades de saúde de uma população recém-promovida a detentora do direito universal a saúde proposto na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988). Em sua definição mais recente:

A estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo

Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo CONASS e CONASEMS, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma re-orientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2011, p. 51).

### **3.1.1 Histórico, e breve evolução da APS no mundo.**

A lógica de hierarquização da atenção à saúde em níveis surgiu na Inglaterra. Na década de 1920, Lord Bertrand Edward Dawson (1864–1945), de Penn, lançaria o relatório Dawson, e seria responsável pelo conceito de regionalização dos serviços de saúde com “Primary health centers” (PHC) para prover serviços de medicina curativa e preventiva através de médicos generalistas. (DAWSON, 1920).

Os PHC seriam a porta de entrada para o restante do sistema, composto por centros de saúde secundários, unidades de serviços suplementares e um hospital de alta complexidade, geralmente um hospital de ensino (*teaching hospital*). Na década de 40, o Reino Unido começa a estruturar o seu sistema Nacional de Saúde (NHS), com uma relação simbiótica entre uma emergente camada de médicos “general practitioners” e o NHS que fortaleceu a APS neste país. (DAWSON, 1920).

A noção da necessidade de uma Atenção Primária forte foi um contraponto à superespecialização da medicina, levando à fragmentação do cuidado e à dificuldade de acesso a serviços de saúde adequados. Foi apresentada ao mundo por meio da Conferência de Alma-Ata, no Cascaquistão, em 1978, com o lema de “saúde para todos até o ano 2000”. (WHO, 1978).

A superespecialização da medicina origina-se na primeira década do século passado: em 1910, era publicado nos Estados Unidos da América o “Relatório Flexner”, que definia: padrões de entrada e ampliação para quatro anos de duração dos cursos de medicina; introdução do ensino laboratorial; estímulo a docência em tempo integral; expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais; vinculação das escolas médicas às

universidades; ênfase na pesquisa biológica; vinculação da pesquisa ao ensino; estímulo à especialização médica; controle do exercício profissional pela profissão organizada.

O paradigma flexneriano proporcionou a evolução científica e tecnológica da medicina com avanços terapêuticos e propedêuticos relevantes, somando pesquisa à prática. Apesar da excessiva especialização, fragmentação do cuidado e hospitalocentrismo resultantes do modelo flexneriano, é importante valorizar o ambiente sociocultural e de trabalho no qual e para o qual as diretrizes flexnerianas foram elaboradas (AGUIAR, 2005). Se por um lado, o relatório Flexner reforçou a luta pelo ideário científico da medicina, elevando-a a um status de ciência embasada, por outro é apontado como o início do paradigma da medicina cada vez mais especializada, fragmentada e centrada no saber médico e hospitalar.

Este paradigma flexneriano seria então fortemente questionado em 1978 na Assembléia de Alma-Ata, que consolidaria uma série de movimentos de valorização da APS existentes em vários países. Alma-Ata refundou as bases da Atenção Primária e da visão holística do indivíduo, com a proposta de acessibilidade, ou seja, de ofertar saúde para todos até o ano 2000. Representou a consolidação de uma série de observações diversas anteriores até mesmo ao próprio paradigma flexneriano (WHO, 1978).

Dentre as observações elencadas, destaca-se o conceito da medicina social, fundada por Rudolf Virchow, que investigando uma epidemia de Febre Tifoide em uma área rural da Prússia, na Alemanha, em 1847, não recomendou soluções estritamente médicas, mas investimento na qualidade de vida através de uma "radical reforma econômica, política e social", delineando um conceito inicial de saúde ampliado, tirando-o da exclusiva seara médica para um objeto da esfera política, de uma "medicina em larga escala":

“A medicina é uma ciência social e a política nada mais é do que a medicina em grande escala.” (Rudolf Virchow *apud* ROSEN, 1979).

Também às vésperas de Alma-Ata, no Canadá seria publicado o Relatório LaLonde (1974), precursor do paradigma da promoção da saúde. Esse relatório trazia o Conceito

de Campo de Saúde (Health Field), ou seja: ampliar a visão corrente de saúde, até então reduzida à existência de “bons serviços de atendimento Médico”. Delineia a saúde como consequência de características presentes em quatro categorias: estilo de vida, condições biológicas, ambiente e serviços de saúde. Reconhece fatores sociais, ambientais e estilos de vida como determinantes da saúde, lançando assim as bases do conceito de promoção de saúde como “uma estratégia eficaz para melhorar a saúde e a qualidade de vida” (LALONDE, 1974).

Algumas experiências, além da inglesa, também embasaram as propostas de Alma-Ata: Na Rússia o projeto “Zemstvo” era composto por Assembléias distritais deliberativas nos “Zemlia” (tradução do russo: “distrito”), compostas por nobres, donos de terra e trabalhadores rurais, que estabelecia dentre outras coisas uma rede de centros de saúde em áreas rurais, cargos e organizações sanitárias nas províncias. Em 1872, o Zemstvo de Perm criou o posto de médico sanitário, responsável pelo desenvolvimento de estudos epidemiológicos de forma a evitar surtos epidêmicos em suas áreas. Treze anos mais tarde, o Zemstvo de Moscou criaria o primeiro Instituto de Médicos Sanitários. A experiência sanitária obtida a partir do projeto Zemstvo foi mais tarde aperfeiçoada e levada adiante pelos bolcheviques após a revolução russa de 1917. A experiência russa lançaria portanto as bases do controle social, participação popular e teria também papel importante na regionalização dos serviços de saúde. (AGUIAR, 2005).

Em 1965, a China contava com os Comitês Comuns Chineses, que realizavam várias atividades voltadas para a comunidade sob uma ótica de prevenção e promoção, ainda que não delineados oficialmente esses focos. Dentre outras atividades, eram responsáveis pela promoção de campanhas de saúde, saúde ambiental, a realização de cuidados preventivos e tratamento, trazendo, portanto experiências exitosas na educação em saúde. Os “Médicos de pés descalços” eram treinados para participar das atividades agrícolas, por proventos, e estreitar cada vez mais seus laços com a comunidade na qual viviam e trabalhavam, sendo por elas bem recebidos. Esse conceito se aproxima muito da lógica da competência cultural e da abordagem comunitária da Atenção Primária. (AGUIAR, 2005).

Literalmente, essa é a definição de APS produzida em Alma-Ata:

Atenção Primária a Saúde é a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticos, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, acessível a todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar em todas e em cada uma das etapas de seu desenvolvimento, em um espírito de autoresponsabilidade e autodeterminação. A Atenção Primária é parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, do qual constitui a função central e o núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde e leva, na medida do possível, a Atenção da saúde aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham. Constitui o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária (WHO, 1978, p. 2)

O relatório de Alma Ata sugeriu a “personalização” da APS em cada país, de acordo com todas as especificidades, destacando independentemente deste caráter flexível da proposta, pelo menos oito ações elementares cujas execuções seriam desejáveis (WHO, 1978):

1. Educação sobre os principais problemas de saúde e métodos para sua prevenção e controle;
2. Promoção da distribuição de alimentos e de uma nutrição apropriada;
3. Abastecimento adequado de água potável e saneamento básico;
4. Assistência materno-infantil e planejamento familiar;
5. Imunização contra as principais doenças infecciosas;
6. Prevenção e controle das doenças endêmicas locais;
7. Tratamento adequado de doenças e traumatismos comuns;
8. Distribuição de medicamentos essenciais.

Para isso, sugeriram-se quatro tipos de intervenções em saúde: Promoção da Saúde, Prevenção de agravos, Tratamento e Reabilitação. Desta proposta vem a definição brasileira de Atenção Básica e as próprias bases da Estratégia Saúde da Família. Essas intervenções deveriam estar suportadas por um sistema de referência e contrarreferência integrado e eficiente, de forma a melhorar progressivamente a assistência sanitária completa e dar prioridade aos mais necessitados.

As bases da APS foram lançadas em 1978, mas o Brasil somente transitaria de um modelo de pagamento por saúde para um modelo de saúde universal dez anos depois, a partir da promulgação da Constituição de 1988, e focaria na reorganização da Atenção Primária em 1991 com o Programa de Agentes Comunitários em Saúde, e em 1994, com o lançamento do então Programa Saúde da Família.

### 3.1.2 A definição de APS

A noção da APS como estratégia compreende e afeta todo um sistema de saúde e toda a população a qual esse sistema deve servir, propondo resolver, ou minimizar, os problemas econômicos e gerenciais que permeiam usualmente os serviços de saúde, e lidando com formas apropriadas de gerenciamento dos recursos de saúde disponíveis de modo a estimular ou causar impacto, equidade, eficiência e participação sociais, articulação intersetorial e cooperação com outras comunidades ou países que também compartilhem da mesma visão sobre APS.

A APS lida com problemas mais comuns e menos definidos, motivo pelo qual os pacientes devem ter acesso contínuo a uma fonte de Atenção ao longo do tempo. Ela é menos intensiva em termos de capital e de trabalho e menos hierárquica, sendo, portanto mais maleável e capaz de responder às necessidades sociais de saúde. (SAVASSI, 2011)

No quadro 1 estão representados os princípios nucleares e aspectos derivativos da Atenção Primária. É importante destacar que os princípios organizativos e especialmente os doutrinários do Sistema Único de Saúde se pautaram pelos princípios defendidos em Alma-Ata e reafirmados na Oitava Conferência Nacional de Saúde de 1986 (BRASIL, 1988; STARFIELD, 2002).

**Quadro 1. Princípios da Atenção Primária a Saúde e do Sistema Único de Saúde.**

<b>PRINCÍPIOS DA APS</b>	<b>PRINCIPIOS DO SUS</b>
Princípios Nucleares <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acesso</li> <li>• Longitudinalidade</li> <li>• Integralidade</li> <li>• Coordenação</li> </ul>	Os Princípios Doutrinários do SUS <ul style="list-style-type: none"> <li>• Universalidade de acesso;</li> <li>• Equidade na assistência a saúde;</li> <li>• Integralidade.</li> </ul>
Aspectos derivativos <ul style="list-style-type: none"> <li>• Centrado na família</li> <li>• Competência cultural</li> <li>• Orientado para a comunidade</li> </ul>	Os Princípios Organizativos do SUS <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controle Social (participação comunitária);</li> <li>• Descentralização político-administrativa;</li> <li>• Regionalização/Hierarquização</li> </ul>

Fonte: BRASIL, 1988; STARFIELD, 2002

Assim podem ser entendidos os Princípios (Nucleares) da APS:

**a) Atenção ao primeiro contato / Acessibilidade:** A idéia de uma "porta" faz sentido na medida em que a pessoa não conhece suficientemente os detalhes técnicos da atenção a sua saúde para avaliar de maneira informada tanto a fonte quanto a época apropriada para o cuidado de seus problemas. A falta da porta de entrada acessível leva a não obtenção ou adiamento da Atenção adequada, ou a gastos adicionais. Reconhecendo a multicausalidade e os determinantes socioculturais do processo saúde-doença, o nível primário de Atenção consegue adequar o cuidado às características das pessoas e comunidades.

O acesso é o elemento estrutural mais necessário para o uso da atenção ao primeiro contato, já que o indivíduo utilizará ou não o serviço de saúde dependendo do seu grau de acessibilidade. Entendendo a acessibilidade como a adequação entre a oferta e demanda de serviços podemos definir alguns fatores: disponibilidade de serviços, acessibilidade geográfica, comodidade ou acesso sócio-organizacional, possibilidade de pagamento ou acessibilidade financeira e aceitabilidade.

Ao responder ao princípio da Universalidade (do acesso) no SUS, a APS se configura como porta de entrada do sistema, oferecendo o acesso aos serviços de saúde de acordo com a necessidade da população. Mais do que isto, ao se responsabilizar pela universalidade do Acesso, a APS se responsabiliza por toda a população adscrita, e inverte a responsabilidade somente por "quem teve acesso".

Em Hanseníase, isto é especialmente importante porque um problema que inicialmente se manifesta sem sinais de gravidade, e não se apresenta via-de-regra como uma queixa aguda: uma mancha hipossensível de início lento, que provavelmente será avaliada neste nível de atenção. Além disto, considerando que a doença muitas vezes não é o motivo de procura pelo serviço de saúde, a porta de entrada acessível para outros problemas pode ser fundamental para o relato deste sintoma.

**b) Longitudinalidade:** uma boa definição para o conceito de longitudinalidade seria a "capacidade de lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos ou grupos no decorrer de um período de anos" (STARFIELD, 2002).

O alcance da APS implica a existência de um local, um indivíduo ou uma equipe de indivíduos que sirvam como fonte de Atenção contínua independentemente da presença ou não de problemas relacionados a saúde, do tipo de problema, do ciclo de vida, ou de qualquer outro fator. Atenção longitudinal significa que os indivíduos identificam uma fonte de atenção como “sua”; que os prestadores ou grupos de prestadores reconhecem a existência de uma fonte habitual de Atenção orientada para a pessoa (não para a doença); e que esta relação existe por um período de tempo definido ou indefinido, até que explicitamente seja alterada.

Considerando que a doença muitas vezes não é o motivo de procura pelo serviço de saúde, mas que o indivíduo reconhece aquela fonte de atenção para problemas diversos, não é incomum que a APS tenha também o achado casual do sintoma da mancha insensível para a pessoa que se consulta por um outro problema de saúde.

**c) Integralidade:** O conceito de integralidade exige que se reconheça a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e se disponibilizem os recursos para abordá-la. O recurso identificado como necessário nem sempre é disponível ou capaz de ser prestado por esse nível de Atenção, porém o reconhecimento das necessidades e a relação entre indivíduo/ coletividade/ equipe, para alcançá-lo, é o que melhor descreve o conceito de integralidade. (STARFIELD, 2002).

A atenção à saúde deve considerar a pessoa como um todo, atendendo a demandas específicas de pessoas ou grupos de pessoas de acordo com suas necessidades, inclusive em relação aos níveis de complexidade diferenciados, integrando as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Diz respeito também ao princípio da “equidade”, ou seja, um princípio de justiça social, de redução de disparidades sociais e regionais, em busca de um maior equilíbrio, de “tratar desigualmente os desiguais”. (SAVASSI, 2010).

No que tange à hanseníase, a integralidade é um conceito que se relaciona com as diversas necessidades da pessoa ao longo do processo evolutivo da doença. Considerando que a APS fará a atenção longitudinal a esta pessoa, o reconhecimento das necessidades de tratamento da moléstia, de prevenção de incapacidades, de

abordagem de suas complicações, por vezes por equipe multiprofissional exigirão da equipe de APS o reconhecimento das necessidades desta pessoa, e busca de soluções para todos os problemas apresentados.

**d) Coordenação da Atenção:** coordenar a atenção significa criar uma harmonia entre os diversos níveis para uma ação ou esforço em comum em saúde. A coordenação representa a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores, e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento. (STARFIELD, 2002).

Diz respeito também ao exercício da referencia e da contrareferência entre os serviços de saúde, com foco na pessoa e “advogando” para a mesma dentro do sistema de saúde. O princípio doutrinário do SUS de equidade também se aproxima da coordenação do cuidado, pois nos traz esse papel de advocacia em prol do paciente, visto que de acordo com a necessidade, procuramos dentro do sistema a melhor assistência possível e necessária.

Quando se trabalha com a lógica de coordenar a atenção dentro do campo da hanseníase, pensa-se que aquela pessoa, em especial aquela com diagnóstico firmado da doença, pode ir ao hospital por crises e reativações, pode se consultar com um ou mais especialistas, mas ao retornar a APS, necessita tanto de um profissional que entenda a evolução da doença e/ou de suas sequelas, quanto recolha informações destes vários serviços para construir o melhor plano terapêutico para a pessoa.

Da mesma maneira, após o diagnóstico e tratamento, na presença de sequelas, haverá uma equipe responsável por avaliar e abordar as complicações da doença, caso se estabeleçam, e para que este trabalho de reabilitação se dê da melhor maneira possível, o papel de coordenação da atenção pela equipe da APS se faz necessário.

Já os aspectos derivativos da APS representam:

**e) Ser centrado na família:** Representa o conhecimento dos membros da família e dos problemas de saúde de seus membros envolvendo, além do conhecimento dos ciclos de vida, as ferramentas de abordagem da família. Centrar-se na família significa

reconhecê-la como uma organização passível de uma abordagem profissional terapêutica, e ao mesmo tempo como fonte de saúde e de adoecimento do indivíduo, bem como de apoio ou barreira em relação ao tratamento. (STARFIELD, 2002).

Em especial na hanseníase, é fundamental entender as crenças que permeiam a relação familiar e seu entendimento acerca da doença. Outro ponto é perceber, em especial quando a doença se instalou com sequelas, qual é o papel de cada familiar nos cuidados de pessoas que conviverão com limitação de movimentos, de atividades, e em casos extremos, com amputações.

**f) Competência cultural:** representa a preocupação em atender a necessidades especiais associadas às características culturais das pessoas sob seus cuidados. Além disto, com as providências necessárias para a prestação de serviços especiais para atender às necessidades culturais do indivíduo, família e comunidade em seu contexto (STARFIELD, 2002).

O exemplo mais gritante no Brasil seria o da saúde indígena, onde são necessários conhecimentos e abordagens culturais sem as quais não é possível obter adesão ao tratamento ou entendimento das questões relacionadas ao adoecimento. Este é um conceito que diz respeito fundamentalmente a antropologia médica, ao efeito da cultura sobre a saúde e a doença.

Considerando que a hanseníase é uma doença cercada de estigmas e afetada pelos signos das crenças e da religiosidade, esse é um aspecto fundamental a ser respeitado na abordagem da pessoa que chega com um possível diagnóstico da doença. Assim, é importante entender quais são as crenças locais que se correlacionam com a hanseníase no meio em que aquele indivíduo vive.

**g) Orientado para a comunidade:** Estabelecer mecanismos para alcance do conhecimento das necessidades de saúde da comunidade, participação nas atividades comunitárias e envolvimento comunitário na unidade. Profissionais da Atenção Primária partem de diagnósticos individuais para ações coletivas, e utilizam dados epidemiológicos da comunidade para definir probabilidades nas consultas individuais. (STARFIELD, 2002).

Ser orientado para a comunidade implica em entender que um caso de hanseníase na comunidade pode ser um ponto de partida para a busca ativa de contactantes e demais casos, ao mesmo tempo em que, sabendo-se que na comunidade há casos de transmissão ativa da doença, a presença de sinais iniciais e ainda inespecíficos incluirá a hanseníase no rol dos diagnósticos diferenciais daquele indivíduo sendo consultado.

A Organização Mundial de Saúde, passados 30 anos da declaração de Alma-Ata, e constatando a falha em se atingir o lema da saúde universal, lança em 2008 um novo lema: “Atenção Primária: agora mais do que nunca”. Segundo a OMS, trata-se de um novo esforço para atingir os objetivos propostos em 1978. Para a OMS, quatro conjuntos de estratégias são necessários para reformar a APS no mundo (WHO, 2008):

**a) reformas da cobertura universal:** garantir que todos os sistemas de saúde promovam equidade e justiça social no campo da saúde, reforçando a universalidade do acesso universal e a proteção social nos aspectos relacionados à saúde.

**b) reformas da prestação de serviço:** orientar os serviços tendo a Atenção Primária como estruturante destes serviços, o que os tornará socialmente mais relevantes com melhores respostas às mudanças e, conseqüentemente, melhores resultados.

**c) reformas de política pública:** integrar as ações de saúde pública oriundas da APS, com foco em políticas públicas multisetoriais e promoção de “comunidades saudáveis”.

**d) reformas da liderança:** qualificar a gestão, substituindo as ações verticais e pouco comprometidas com as realidades locais pela postura de liderança, o que se traduz em uma gestão estratégica participativa e inclusiva.

Ao priorizar as reformas de políticas públicas e de liderança, a OMS reconhece a necessidade de sensibilizar gestores nacionais para a importância da estruturação dos serviços em uma base fortalecida pela APS, ao mesmo tempo em que percebe que os membros da gestão são um público alvo fundamental para o cumprimento das metas. No Brasil, em especial, há um grande número de gestores que não necessariamente tem perfil técnico, e não por acaso iniciativas de formação de gestores estão em franca expansão, seja através de cursos de graduação ou pós-graduação.

### 3.1.3 A APS no mundo contemporâneo

Nos diversos países do mundo, a APS seguiu diferentes formatos, e em vários deles as ações de cobertura universal ainda não foram efetivadas. Por exemplo, os Estados Unidos da América têm um sistema de financiamento privado da saúde, enquanto oferta ações básicas de saúde para grupos específicos (pobres e idosos) por meio dos programas Medicaid e Medicare (THE LANCET NOTES, 1966; FINEBERG, 2012). Além disso, o plano de seguridade social “universal” estadunidense é pautado na obrigatoriedade de todos os americanos contratarem um plano de saúde privado até 2014 (JAFFE, 2012).

Para um melhor entendimento de como a APS no Brasil pode se organizar, é importante trazer brevemente a estruturação da atenção primária em alguns países, com ênfase especial naqueles que se pautaram pelos princípios de Alma-Ata.

Sistemas de saúde mundiais são baseados em dois modelos de proteção (GIOVANELLA, 2006):

**Bismarckiano:** seguros sociais de saúde (“Social Health Insurance” – SHI) de contratação compulsória financiados por contribuições vinculadas ao trabalho assalariado. Nesse modelo funcionou a saúde pública brasileira até 1988.

**Beveridgiano:** serviços nacionais de saúde (“National Health Services” – NHS) ordenados por autoridades estatais e financiados com recursos fiscais. Esse é o modelo adotado a partir da Constituição Federal de 1988, com o Sistema Único de Saúde.

Os serviços de saúde no mundo se organizam de diferentes maneiras. Oito de 15 países eram compostos por Sistemas Nacionais de Saúde, e a APS financiada por impostos gerais e eram financiados por SHI, com atenção ambulatorial financiada por contribuições de empregadores/ trabalhadores proporcionais a salários. Em sete (cinco com NHS) dos 15 países da União Européia o generalista atua como “gatekeeper”<sup>2</sup>, a

---

<sup>2</sup> Gatekeeper, do inglês: “porteiro”. Este termo é utilizado em Atenção Primária para designar àquele profissional que é a fonte de atenção primordial a saúde e que, portanto funciona como porta de entrada para o restante do sistema de saúde, fazendo inclusive o papel de filtro para o acesso a exames e subespecialidades. (WONCA, s.d.; SAVASSI, 2011)

Unidade de Saúde é a porta de entrada obrigatória do sistema de saúde, e atua como filtro para serviços prestados por especialistas (GIOVANELLA, 2006).

Na maior parte destes países com seguros sociais de saúde (5 de 7 países estudados) não há separação da atenção ambulatorial em níveis – entre a atenção prestada por clínicos gerais e aquela prestada por especialistas – sendo livre aos segurados a escolha entre a procura direta ao clínico geral ou ao especialista.

Já dentre os países europeus estudados por Giovanella (2006) que contam com “gatekeeper” todos dispõem de sistema de inscrição de pacientes por iniciativa do cidadão segurado, inclusive com alguma liberdade de escolha – e possibilidade posterior de troca –, entre profissionais de saúde ou serviços atuantes em determinado espaço geográfico.

A prática dos médicos de atenção primária nos diversos países varia muito em relação ao número de pacientes cobertos por cada equipe (850-2.500), ao número de consultas realizadas por um clínico ao dia (16 a 50) ou por semana (60-220), ao tempo/ intervalo destinado na agenda à marcação de cada consulta de rotina (10 a 20 minutos) e ao tempo médio (5 a 15 minutos) de cada contato com cada paciente. (EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS, 2006).

É importante perceber o quanto a Atenção Primária mundial se distancia da prática das equipes de APS nacionais em relação aos parâmetros apresentados no quadro 2, em especial no que se refere a população de cobertura de cada equipe.

Outro ponto refere-se à oferta de atendimentos, que tem uma prática muito heterogênea entre os diversos países, que em sua maioria oferecem mais consultas com tempos menores, provavelmente fruto de um conhecimento da população adscrita, pautado pela longitudinalidade e pela coordenação do cuidado, com formação de vínculo e consequentemente menor necessidade de consultas longas.

**Quadro 2. População coberta e média de consultas semanais na APS, Europa, 2001**

País	População coberta (média)	Consultas/ semana (média)
Alemanha	2.000	220
Bélgica	1.200	135
Espanha	2.500	134
França	1.500	82
Holanda	2.350	142
Irlanda	1.800	135
Itália	850	115
Noruega	1.300	60
Portugal	1.500	81
Reino Unido	1.800	128

Fonte: adaptado de Jepson (2001)

Nas décadas de 1940 e 1950, o Reino Unido foi o primeiro país a estruturar um Sistema Nacional de Saúde (*National Health System - NHS*), que foi construído com uma relação simbiótica com “*general practitioners*” (GP), fortalecendo sobremaneira a APS naquele país. Hoje conta com um dos sistemas de saúde que representam um modelo de organização para a reformulação da APS no mundo.

A equipe de APS de um típico centro de saúde inglês conta com GP, enfermeiras, gestores e pessoal administrativo. Enfermeiras Comunitárias, visitantes de saúde, parteiras e outros trabalhadores da APS são usualmente empregados pela organização local da APS, mas ligados a uma unidade ou a uma área geográfica que contenha menor número de unidades. Serviços Comunitários de referência, como de Saúde Mental, ou de Escolas de Saúde, trabalham em uma área geográfica maior e usualmente cooperam com a equipe. Na Inglaterra, 99% da população são vinculados a GP, que são responsáveis por 90% de todos os contatos de pacientes com o NHS. A média de usuários por GP é de 1.850. (RCGP, 2011).

Na Espanha, o modelo é também de um Sistema Nacional de Saúde (SNS) e a equipe é composta por médicos de família ou de atenção primária, pediatras, enfermeiras, assistentes sociais e suporte administrativo. A população coberta pelos centros de atenção primária é variável, 99.1% dos espanhóis são cobertos pela Saúde Pública e há no máximo 2.500 usuários por Médico Familiar, constituindo o que se chama de equipe “fechada” para novos usuários. (EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS, 2006).

Em Portugal, há um Sistema Nacional de Saúde, porém acompanhado de subsistemas de seguro privado por profissão e individual voluntário, semelhante ao que ocorre no Brasil. Os Centros de Atenção Primária (CAP) do Setor Público são controlados pela gestão através dos Centros Administrativos.

Os portugueses se registram com um Médico Geral e Familiar (MGF) que pode ser escolhido dentro da área geográfica de sua abrangência. Em média cada CAP atende a 28 000 pessoas, variando de mais de 100.000 pessoas cobertas por um CAP até centros não urbanos que atendem menos de 5.000 pessoas. Os MGF trabalham com listas de pacientes, em média 1500, sendo algumas acima de 2000 pacientes e outras abaixo de 1000. Os pacientes têm direito de mudar de médico, mediante relatório para o Centro Administrativo. (EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS, 2006).

Partindo para as Américas, no Canadá a APS se organiza de três formas: Medicina de Família privada, Unidades de Medicina de Família e os “*centres locaux des services communautaires*” (CLSC). A equipe dos CLSC é composta por Médico e enfermeira, e para uma macroárea (território de vários médicos) há o apoio de Psicólogo, Assistente Social, Fisioterapeuta, Nutricionista e Terapeuta Ocupacional (similar aos “Núcleos de Apoio a Saúde da Família” que existem no Brasil). Nos CLSCs são aproximadamente 2000 habitantes para um Médico de Família e duas ou três enfermeiras (SAVASSI, 2011).

Cuba também conta com um modelo de Sistema Nacional de Saúde. O sistema de saúde cubano tem especificidades que o tornam muito difícil de ser replicado. Em primeiro lugar, o governo tem a possibilidade de regular o mercado de trabalho tanto em termos de formação de profissionais de saúde quanto de especialidades médicas, determinando especialidades de acordo com a necessidade da população. Além disto, o governo oferece a moradia para a equipe, formada por Médico e Enfermeiro, nos andares superiores das unidades de saúde, fazendo com que, tanto seja mais fácil o governo fixar seus profissionais de saúde, quanto regular a fixação deste médico de acordo com as necessidades locais.

Neste cenário, 99.7% da população cubana são atendidos por Médicos Familiares e o número de usuários é de cerca de 1.000 pessoas por Médico e enfermeiro, com a proporção de uma equipe por cada unidade de saúde. Uma observação interessante refere-se à coordenação do cuidado: os Médicos Familiares acompanham os pacientes nas consultas com subespecialistas. (CUBA, 1982).

No Chile, país que se aproxima geograficamente do Brasil, e dotado de uma estrutura econômica mais estável na América do Sul, o modelo de SNS é denominado Serviço Nacional de Seguridade Social (SNSS), com um sistema de saúde similar ao brasileiro, ao menos no que diz respeito aos programas prioritários, e a ausência de cobertura universal da população pela Atenção Primária. A equipe se configura com Médico Familiar, enfermeira, parteira, nutricionista e paramédicos treinados. Os Centros de Atenção Primária a Saúde municipais cobrem 47% da população (SAVASSI, 2011).

### **3.1.4 A APS brasileira**

No Brasil, o cenário Atual da APS seguiu, a partir de 1998, o Modelo de SNS (por meio do SUS). Trata-se de um sistema municipalizado, descentralizado, regionalizado, hierarquizado em que, desde 1996, todos os municípios são responsáveis por prover para seus cidadãos a Atenção Primária Saúde de maneira plena (BRASIL, 1988; BRASIL 1996; BRASIL 2006).

A equipe de Atenção Primária, proposta a partir de 1994, conta com Médico (que pode ser um médico não especializado, ou “Clínico Geral” ou Médico de Família e Comunidade, ou mesmo um subespecialista focal)<sup>3</sup>, enfermeira (generalista ou enfermeira familiar), auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

---

<sup>3</sup> São chamados de sub-especialistas focais todos aqueles que se submetem a anos adicionais (ou em poucos casos, por acesso direto) de subespecialização, geralmente via residência médica. Assim, são chamados generalistas os Médicos Internistas ou Clínicos Gerais, os Médicos de Família e Comunidade, os Ginecologistas e Obstetras, os Cirurgiões Gerais, os Pediatras, os Geriatras. São exemplos de sub-especialistas focais aqueles que se especializam em determinada sub-área de atuação, tal qual cardiologia (adultos), cardiologia pediátrica, cirurgia cardiológica, mastologia, dentre outras (WONCA, s.d.; WONCA, 2002). No Brasil são reconhecidas 54 especialidades médicas.

Conta ainda com Núcleos de Apoio à Saúde da Família que atuam de maneira matricial<sup>4</sup> a um núcleo de equipes (CAMPOS, 1999). A adscrição da clientela é rígida, relacionada ao território, sem possibilidade de escolha pelo usuário do sistema. (BRASIL, 1994; BRASIL, 1997; BRASIL 2011).

A legislação define, desde 2006, teto máximo de 4.000 usuários por Equipe, o que não se reflete no cotidiano das equipes. Ainda dentro da polissemia da terminologia da saúde pública, são contratados os seguintes médicos para atuar na ESF: “Médico Generalista”, “Médico Clínico”, “Médico Clínico Geral”, “Médico Internista”, “Médico Especialista em Saúde da Família”, “Médico de Família e Comunidade”, além da possibilidade de qualquer sub-especialista focal atuar em saúde da família. (GUSSO, 2012; MACHADO, 1999).

No Brasil o médico recém-formado, ou que não se especializou recebe a designação de generalista, ao contrário de outros países, onde a designação de generalista é usada para áreas básicas da medicina como Medicina Interna, Pediatria, Ginecologia e Obstetrias, Medicina de Família (GUSSO, 2012; WONCA, 2002). Da mesma maneira, para ser enfermeiro da eSF a especialização, residência multiprofissional ou residência profissional em saúde não são obrigatórias, podendo-se contratar um profissional generalista ou recém-formado.

A atual cobertura de Saúde da Família é de 56,12%, com 34.494 equipes atendendo a 33.073.028 famílias cadastradas e 108.864.811 pessoas em todo o território nacional até dezembro de 2013. (BRASIL, 2013)

Avaliando as políticas de fixação e provimento propostas pelo Ministério da Saúde, percebe-se que para a APS o especialista e/ou generalista amplo não é obrigatório. O Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab), paradoxalmente oferece incentivos que atraem médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas não especializados. Tudo isso impacta a qualidade da atenção, no entendimento do papel da

---

<sup>4</sup> Matriciamento é um sistema de referência organizado sob a lógica de equipes de referência também vinculados a um território ou serviço de saúde, adscritos a estas equipes, formando vínculo e fazendo com que o cliente, assim como se vincula a uma equipe de Atenção Primária ou a um serviço de referência, também se vincule àquela equipe matricial. (CAMPOS, 1999)

APS e, em última análise, na oferta de educação em saúde e de acesso por parte da pessoa que usa o serviço de saúde.

Pelo exposto até aqui, percebe-se que a Atenção Primária deve ser a fonte inicial e cuidados, e como tal é aquela que provavelmente representará o primeiro contato da pessoa com manchas na pele com o sistema de saúde, naqueles casos em que a pessoa realmente procurará o sistema.

No Brasil, mais de 70% da população brasileira referem ter um serviço de uso regular, e houve crescimento desta afirmativa em todas as regiões do país. Os postos ou centros de saúde são os serviços cada vez mais referidos pelas pessoas como serviço de uso regularmente procurado, aumentando de 41,8%, em 1998 para 56,8%, em 2008. Ao mesmo tempo, a referência a outros serviços, como ambulatório e hospitais, diminuiu em todas as regiões (VIACAVA, 2010).

Esses dados sugerem que o modelo de atenção hierarquizado, e a porta de entrada baseada na atenção primária vêm sendo implantados segundo os princípios estabelecidos para o SUS, o que não garante, entretanto que as pessoas procurarão o serviço por cada problema de saúde relatado, como uma mancha insensível, por exemplo, no caso específico da hanseníase.

A ecologia da procura pelos serviços de saúde demonstra que a grande maioria das pessoas não procura um serviço de saúde quando tem um problema, e o paciente que em última análise é quem decide se procura o serviço de saúde, se trata esse problema por vias alternativas ou se o ignora. Na grande maioria das vezes esse paciente não acessa o sistema de saúde formal (WHITE *et al.*, 1961).

Estes estudos clássicos demonstraram nos Estados Unidos, em 1961 e posteriormente em 2001, que de mil pessoas, 750 a 800 referem ao menos um sintoma por mês e destes, respectivamente 250 e 217 realmente procuram um serviço de saúde (WHITE *et al.*, 1961; GREEN *et al.*, 2001). No Brasil, em um inquérito de 10.199 pessoas acompanhadas por 15 dias, 3.191 referiram doenças e apenas 1.437 procuraram serviços de saúde (TURRINI, LEBRAO & CESAR, 2008). Pode-se concluir que a atuação da assistência a saúde atingirá apenas uma parcela das pessoas, justamente os que

consideram seu problema de saúde suficientemente importante para procurar o serviço de saúde.

Já ao se trabalhar com educação e comunicação em saúde dentro da comunidade, pode-se alcançar um número bem maior de indivíduos, e ao se trabalhar com mídia de massa, espera-se que a grande maioria ou totalidade das pessoas sejam ao menos informadas sobre a existência de um problema de saúde. Isto não significará, entretanto mudança de comportamento no sentido da procura, e com isto trabalha a educação em saúde como será discutido a seguir.

### **3.2. Educação em Saúde**

*“Nós hoje entendemos que múltiplas intervenções em múltiplos níveis são frequentemente necessárias para iniciar e sustentar efetivamente a mudança de comportamento” (GLANZ et al., 2008, p. 3).*

*“Educação popular é arte e saber de lidar com as dificuldades e potencialidades numa perspectiva de construção da justiça e da solidariedade social.” (VASCONCELOS, 2008, p.345).*

A Educação em Saúde é uma área do conhecimento resultante da convergência de concepções da saúde e da educação que, exatamente por isto, apresenta um rol privilegiado de tecnologias e conhecimentos que podem oferecer uma visão ampliada e holística da doença. (SCHALL & STUCHINER, 1999).

É fundamental conhecer a história da doença, as necessidades e os fatores que a determinam para promover propostas de intervenção efetivas, baseadas no referencial teórico-metodológico da Educação em Saúde. Somente uma abordagem que comporte uma análise da magnitude da doença, somada a um aprofundamento qualitativo, será capaz de oferecer respostas plausíveis para os pacientes e seus cuidadores e familiares.

A Educação em Saúde caracterizou-se inicialmente pelo foco em comportamentos individuais, em especial nas décadas de 1970 e 1980. Os estudos produziram

conhecimento sobre comportamento em saúde, e muitas intervenções de curta duração e direcionadas mostraram-se efetivas, embora haja dúvidas sobre a efetividade presumida de intervenções de base populacional de longo prazo, especialmente à luz de um ambiente dinâmico em transformação (GLANZ *et al.*, 2008).

Promoção da Saúde é um termo mais recente, e envolve a Educação em Saúde associada a apoio organizacional, econômico e/ ou ambiental para o comportamento saudável de indivíduos, grupos ou comunidades. É a ciência e arte de ajudar pessoas a mudar seu estilo de vida para um estado de saúde ideal, permitindo a elas aumentar o autocontrole e melhorar sua saúde. Embora se possa exigir uma maior precisão terminológica para distinguir educação em saúde de promoção da saúde, a dissociação dos mesmos ignora os princípios da educação em saúde e sua ampla missão social. Os dois termos permanecem intimamente ligados e sobrepostos, compartilham uma fundação histórico-filosófica e freqüentemente são usados em combinação. (LALONDE, 1974)

Com o surgimento dos conceitos de promoção da saúde, o foco ampliou-se também para os determinantes sociais, políticos e econômicos da saúde. Ou seja, a educação em saúde preocupa-se não apenas com indivíduos e suas famílias, mas também com instituições e condições sociais que impedem ou facilitam aos indivíduos atingirem um nível de saúde ideal. Nesse aspecto, emerge como instrumento de mudança social, por meio da política, do suporte social e da mudança organizacional como atividades centrais da saúde pública, com múltiplos níveis de influência. (GLANZ *et al.*, 2008).

Segundo GLANZ *et al.*(2008), o comportamento é a preocupação central da educação em saúde. As mudanças conscientes positivas no “comportamento em saúde” são tipicamente os objetivos finais dos programas de educação em saúde. Assim, todos os esforços para melhorar ambientes, políticas e estruturas deveriam ser avaliadas sob seus efeitos sobre o comportamento em saúde.

O comportamento em saúde varia de acordo com atributos pessoais, tais como crenças, expectativas, motivos, valores, percepções e outros elementos cognitivos. Relaciona-se, além disso, com características de personalidade, incluindo os estados afetivo e

emocional, e também com padrões, hábitos e comportamentos relacionados à manutenção, recuperação e ampliação da saúde.

Assim, GLANZ *et al.* (2008) entendem que o objetivo de educar em saúde é trazer “mudanças comportamentais” a indivíduos, grupos e populações, partindo de comportamentos presumidamente “detrimentais a saúde”, para comportamentos “condutivos à saúde”, presente e futura, de maneira voluntária e informada. Inclui atividades instrutivas e outras estratégias para mudar o comportamento em saúde, mas também esforços organizativos, diretrizes políticas, suporte econômico, atividades ambientais, mídia de massa, e programas de nível comunitário.

Outra corrente do pensamento educacional em saúde entende que a mudança de comportamento *per se* está inclusa em mudanças sociais mais amplas e que perpassem a preocupação com o processo saúde-adoecimento. Assim, o objetivo não seria a mudança de comportamentos isoladamente, mas a aquisição de autonomia pela pessoa e pela comunidade. Este processo, tido como emancipador, está incluso no conceito de empoderamento comunitário, e guarda coerência com a participação popular, inerente ao princípio organizacional do Controle Social. (BRASIL, 2007).

No Brasil, as teorias educacionais em saúde se desenvolveram sob a influência do referencial teórico de Paulo Freire, que considera a educação como um instrumento de prática da liberdade. A educação popular apresentada por Paulo Freire apontava que o processo de educar deve produzir cidadania, através da construção da autonomia e emancipação. Tal perspectiva foi adotada em especial em grupos populacionais historicamente excluídos de direitos sociais, e a partir de então adotada sobremaneira pelos teóricos da saúde coletiva (FREIRE, 2005).

Na saúde, o termo “Educação Popular em Saúde” (EPS) foi adotado tendo como pressuposto “a participação de sujeitos sociais, ativos, criativos, transformadores, e como missão o apoio ao desenvolvimento de práticas que fortaleçam a constituição desses sujeitos” (BRASIL, 2007, p. 13). A EPS critica a educação em saúde “reducionista” cujas práticas seriam prescritivas de comportamentos “ideais”.

A EPS defende que os técnicos de saúde dentro das comunidades nas quais estão inseridos, tem papel relevante na identificação de lideranças e criação de espaços para o diálogo empoderador, apoiando os movimentos populares em sua emancipação. Assim, mais do que uma educação prescritiva da mudança de um comportamento “nocivo” para um comportamento saudável, a lógica é da potencialização do sujeito de refletir sobre sua vida e tomar seu próprio caminho, usando para isto métodos e saberes, que permitam práticas mais integradas ao modo de viver e aos interesses da população (VASCONCELOS, 2008).

Diz respeito ainda a problematização das questões locais relacionadas à saúde, entendendo que tais “prescrições” não podem ser verticais e sim adequadas ao contexto local, na medida em que diferentes locais e suas respectivas realidades são distintas, exigindo formas diversas de se promover a saúde, adequando as orientações e construções coletivas promotoras de saúde à realidade local.

A Atenção Primária já tradicionalmente rompe com o modelo tradicional de saúde como entrega de “serviços” como um cardápio, enfatizando práticas construídas de maneira mais participativa junto à comunidade. A APS brasileira, de uma maneira ainda mais ampla, traz toda uma gama de abordagens inovadoras voltadas para a realidade local, com uma:

“tendência de organização do trabalho das equipes de saúde de forma mais aberta à participação de profissionais não médicos, inclusive de profissionais sem curso superior e de lideranças comunitárias, nas instâncias de poder de gestão das unidades” (VASCONCELOS, 2008, p. 344).

A equipe de Atenção Primária trabalha em meio às difíceis relações sociais, ambientais e familiares presentes na comunidade e, a menos que se estabeleça uma postura dialética, e conseqüentemente dialógica, trabalhar sob estas limitações torna-se algo insolúvel, tanto para os profissionais de saúde, quando para as pessoas da comunidade, em especial quando suas necessidades e interesses são deixados em segundo plano em momentos de vulnerabilidade trazida pela doença.

Embora inicialmente possa parecer antagônico abordar teorias tão diversas como aquela que tem um viés mais positivista, de mudar comportamentos, enquanto a outra é mais

construtivista, de empoderar uma comunidade (ou indivíduo) através da educação, na verdade, estas correntes podem se complementar.

Algumas das teorias apresentadas na Educação em Saúde, em especial as propostas por GLANZ *et al.*, com destaque para os modelos que auxiliam a compreender comportamentos, podem ser de grande valor para sistematizar o entendimento das crenças das pessoas e comunidades acerca de um processo, um hábito ou uma doença, a partir do qual uma abordagem dialógica mais adequada pode ser performada, respeitando-se o entendimento das pessoas acerca do problema em questão.

O campo do comportamento e educação em saúde desafia a disseminar o melhor do que já é conhecido em novas situações. Para isto, a Educação em Saúde deve moldar e testar teorias fundamentais que dirijam a pesquisa e a prática em “Saúde Pública”, “Educação em Saúde” e “Assistência à Saúde”. FREIRE (2007) entende que, apesar de educar ser uma atividade intrínseca das relações entre pessoas, exige competência profissional, comprometimento e não pode ser desvinculada da prática.

Portanto, um preceito básico é que um intercâmbio dinâmico entre teoria, pesquisa e prática mais provavelmente produzirá educação em saúde efetiva. Outro é o do trânsito entre os diversos nichos de conhecimento: envolve abordagens, métodos e estratégias das ciências sociais e da saúde – disciplinas como psicologia, sociologia, antropologia, enfermagem e medicina baseada em evidências, dentre outras. O desafio de entender e modificar o comportamento em saúde é também um desafio central para as políticas públicas (USTF-CPS, s/d).

Especialmente nessa área do conhecimento, teoria e pesquisa não é campo dos pesquisadores e da academia, assim como prática não é campo exclusivo do profissional do serviço. A busca pelo entendimento das forças que fazem os humanos pensarem, sentirem e agirem é o objetivo de longo prazo.

A tarefa, além de entender o comportamento em saúde, é transformar o conhecimento sobre comportamento em estratégias efetivas para a melhoria da saúde. A pesquisa em educação e comportamento em saúde, em última análise, será julgada por contribuir

para melhorar a saúde das populações. As teorias precisam ser testadas interativamente no mundo real, à luz de sua aplicabilidade.

Embora não tão disseminadas no Brasil, algumas teorias educacionais já foram testadas, com vantagens importantes para educadores em saúde em termos de coerência, efetividade e avaliação de intervenções. Especialmente em âmbitos em que recursos são limitados, a escolha da intervenção é muito importante. Pode não haver uma segunda chance para se atingir um público alvo crítico.

A pesquisa em Educação em Saúde percorre um ciclo de interações entre a pesquisa fundamental (determinantes, metodologias), pesquisa interventiva (objetivada na mudança), vigilância (seguimento populacional) e aplicação de programas. No núcleo deste ciclo está a síntese do conhecimento sobre Educação em Saúde. (GREEN & KREUTER, 2000).

Os conceitos da educação na área da saúde no Brasil padecem da mesma diversidade terminológica, apresentando-se de formas como: educação em saúde, educação na saúde, educação para saúde e educação popular em saúde. (PINAFO *et al.*, 2011).

A educação “para a saúde” (voltada para os indivíduos que usam os serviços de saúde) envolve trazer conhecimentos em saúde para a apropriação pela população, contribuindo para maior autonomia das pessoas no seu cuidado. Ela potencializa o controle social sobre as políticas e os serviços de saúde para que respondam às necessidades reais. Assim, as ações educativas em última análise promovem inclusão social e autonomia das populações na participação do processo saúde-doença (BRASIL, 2008).

A educação “na saúde” (voltada para profissionais) define-se como algo prático, que ocorre nas relações dos profissionais de saúde, entre si, com a instituição de ensino e, sobretudo, com o usuário no desenvolvimento cotidiano de suas atividades. Desta forma, ela envolve o campo da educação e sua função na área da saúde, seja na educação dos profissionais, na pesquisa, ou como instrumento dos profissionais no cuidado aos usuários. (L'ABBATE, 1994).

A Educação voltada para profissionais de saúde, de maneira multiprofissional e integrada a realidade da prática em serviço recebe a denominação de “Educação Permanente”:

A Educação Permanente em Saúde pode corresponder à Educação em Serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar. Pode corresponder à Educação Continuada, quando esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos. Pode, também, corresponder à Educação Formal de Profissionais, quando esta se apresenta amplamente porosa às multiplicidades da realidade de vivências profissionais e coloca-se em aliança de projetos integrados entre o setor/mundo do trabalho e o setor/mundo do ensino (CECCIM, 2005, p.162).

Outro ponto a se destacar é que vários problemas de saúde têm como determinantes a situação educacional da população, necessitando de medidas corretivas e/ou educativas para mudar este panorama. Essa forma de educar a população ocorre devido à idéia de que o saber instituído sempre leva à aquisição de novos comportamentos e práticas. O público é tomado como objeto de transformação, concebendo a educação como “uma ação específica para, ou seja, uma Educação para a Saúde” (GAZZINELLI *et al.*, 2005, p. 201).

No Brasil a concepção de educação em saúde presente no discurso e nas práticas dos profissionais da equipe de Saúde da Família encontra-se fortemente embasada no modelo de transmissão do conhecimento e no modelo curativo de assistência à saúde. Os profissionais da APS em geral compreendem que o processo de trabalho educativo deve ser voltado para o aprendizado mútuo e o respeito aos conhecimentos prévios da população, mas essa preocupação se faz presente somente em seu discurso, necessitando ser incorporada à sua prática profissional. (PINAFO *et al.*, 2011; GAZINELLI *et al.*, 2005).

Os profissionais de saúde demonstraram estar despreparados para o trabalho educativo, fato atribuído por Pinafo *et al.*(2011) às graduações dos cursos da área da saúde, que carecem de uma reflexão e debate sobre o trabalho educativo ainda na formação.

No que tange especificamente a hanseníase, o objetivo da educação em saúde é produzir, no público, nos pacientes e nos familiares, uma atitude “sensata”, que não exagere nem minimize os perigos da doença. A ES deve ser incluída no início de qualquer programa de combate a hanseníase e continuar ao longo dele, abordando inclusive a temática do estigma relacionado à doença, que deve ser pesquisado dentro do contexto da comunidade (WHO, 1988).

Assim como na Educação em saúde geral, as ações educativas devem estar direcionadas para o paciente e seus familiares, para a população em geral, e para os profissionais e estudantes da saúde.

### **3.3. Hanseníase como foco da Atenção Primária e da Educação em Saúde**

*“Não é, nem será jamais ‘doença como as outras’, mas, pelo contrário, ‘fenômeno psico-social-somático’ excepcional, a ser tratado de modo excepcional” (ROTBERG, 1977, p. 2).*

A hanseníase está no rol das doenças estigmatizantes, resultado da tradução bíblica da palavra *tsaraath* que trouxe crenças sobre punição divina, castigo e pecado, justificando a forma cruel como a Europa Medieval lidou com os doentes. A partir do Século XV, a “lepra” se torna predominantemente colonial, reduzindo-se drasticamente na Europa simplesmente devido à melhoria das condições sanitárias. (DUCATTI, 2007).

Ao final do Século XIX, a descoberta do bacilo de Hansen justificaria cientificamente o isolamento. As políticas públicas em relação à hanseníase, adotadas nos séculos XIX e XX, fortaleceram a exclusão e a segregação, e levou à separação de “doentes” de seus familiares em um quadro de privação de liberdade e padecimento (MARTINS *et al.*, 2012), além de trazer o elemento talvez mais cruel da política eugenista da hanseníase: a

separação entre mães hansenianas e seus filhos, arrancados ao nascimento (ALMEIDA *et al.*, 2012), com graves sequelas psíquicas.

A hanseníase foi trazida para o Brasil pelo colonizador europeu (MONTEIRO, 1991). Não há relato da doença na América pré-colonial e sua introdução foi registrada em cerâmicas Colombianas e nos dialetos locais (CARVALHO, 2004; MAURANO, 1950). O primeiro registro da existência da “lepra” no Brasil data de 1600, no Rio de Janeiro (AGRICOLA, 1960; SOUZA-ARAÚJO, 1937).

No Brasil, a história da hanseníase pode ser dividida em diferentes momentos: a negação do cuidado, a ausência do Estado no cuidado realizado pelas instituições de caridade e misericórdia por quatro séculos coloniais seguidos, a discussão sobre o cuidado domiciliar ou isolamento, o isolamento compulsório, o fim do isolamento e seu tratamento ambulatorial, a desestigmatização da doença, e finalmente o tratamento descentralizado de saúde na Atenção Primária. (SAVASSI, 2010).

O Brasil seguiu o modelo de isolamento compulsório para a “lepra”<sup>5</sup>, baseado no armamento anti-leprótico: “leprosários”, educandários e dispensários. Ele perduraria mesmo depois da descoberta da eficácia das sulfonas e se mostraria ineficaz para a profilaxia dos sãos e cura dos doentes, ocasionando sequelas físicas e psíquicas com graves conseqüências aos isolados. (SAVASSI *et al.*, 2009).

A hanseníase só pode ser compreendida e abordada se considerada em suas dimensões social, religiosa, histórica, e sob a influência do estigma e das crenças. Ele é uma doença estigmatizante que carrega representações que transcendem quaisquer definições técnico-científicas ou biomédicas, impregnada por um componente religioso e de crenças inerentes ao termo “lepra” por parte da população leiga e mesmo técnica (RAFFERTY, 2005).

É uma doença ligada à pobreza, condições sanitárias e de habitação, sendo ainda resultante da falta de acessibilidade dos sistemas de saúde, pois o diagnóstico é eminentemente clínico e seu tratamento não exige custos elevados nem instrumentos de

---

<sup>5</sup> A entidade “lepra” é grafada entre aspas, pois a partir de 2005, com a Lei Federal 9010/05, o termo e suas variantes foram banidas da terminologia da saúde.

maior complexidade tecnológica. Trata-se, finalmente, de uma doença da falta de informação, já que é plenamente curável, mas suas conseqüências estão diretamente ligadas ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado, baseado em uma poliquimioterapia de uso prolongado, um dos motivos que fazem com que seja cercada de falhas de adesão.

A meta de 1991 da OMS para o mundo era de menos de um caso por 10.000 habitantes. De 130 países que reportaram casos de hanseníase no mundo em 2011, o Brasil permanecia em segundo lugar em número absoluto de casos novos, atrás apenas da Índia (126.800 casos) que, no entanto, já cumpriu a meta da OMS de erradicação como problema de saúde pública. Com o cumprimento da meta da OMS no Nepal, o Brasil tornou-se o único país do mundo a não erradicá-la como problema de saúde pública (WHO-WER 2011). Entre 2001 e 2011 os casos diminuíram em 26% no Brasil, contra uma queda de 40% no resto do mundo em um período de seis anos, entre 2004 e 2010 (BRASIL, 2012; WHO-WER 2012).

A prevalência atual da hanseníase no Brasil é de 1,54/ 10.000 habitantes, não sendo suficiente para cumprir a meta de eliminação da doença como um problema de saúde pública. Foram 33.995 casos novos detectados em 2011, um coeficiente de 17,65 casos novos por 100 mil habitantes. Destes, 2.192 casos foram registrados em menores de 15 anos (4,77 por 100 mil habitantes), o que é um dado alarmante por significar o contato com um adulto bacilífero, ou seja, sem tratamento e provavelmente sem diagnóstico (BRASIL, 2012a).

### **3.3.1. Ações educativas para hanseníase pautadas pelas políticas públicas no Brasil**

As estratégias educativas para a hanseníase no mundo originaram-se na Noruega, ao final do século XIX, quando um modelo de isolamento seletivo e voluntário, somado a um censo de doentes e ações educativas, demonstrou sucesso na redução de casos da doença. Ao longo do século, os processos educativos foram pautados nas Conferências Internacionais de Lepra (SAVASSI & MODENA, 2011; DUCATTI, 2009).

No Brasil, a “educação sanitária” iniciou-se a partir da década de 1930, inicialmente através dos dispensários e dirigida aos doentes, familiares e público leigo. A educação

para a “lepra” também se dirigiu a médicos e enfermeiros, aos professores e ao clero, através de uma propaganda que desnudasse as condições de contágio da doença, meios de prevenção e os perigos do charlatanismo médico e farmacêutico.

As primeiras ações educativas não foram oficiais, mas sim as realizadas por instituições sociais voltadas para o bem estar das pessoas vivendo com hanseníase: em 1929, foi lançado o periódico mensal “Boletim da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra”, com ensinamentos para minimizar o estigma social, notícias sobre as campanhas nacionais e esclarecimentos aos leigos. (MACIEL, 2007).

Após três décadas de ações governamentais pautadas pelo simples isolamento dos doentes, em especial na chamara “Era Vargas”, enquanto as “Conferências Internacionais de Lepra” ampliavam o foco nas ações educativas, o governo passaria a assumir a Educação em Saúde como parte das ações para o combate a “lepra” no Brasil (SAVASSI, 2010).

Ao final da década de 1930, movida pelo Estado Novo e pelas informações leproológicas, instituiu-se a chamada “Reforma Capanema” (BRASIL, 1937), que substituiu o MESP pelo Ministério da Educação e Saúde (MES), e criava dois Departamentos Nacionais distintos, o de Saúde (DNS) e o de Educação (DNE). (DUCATTI, 2009; CUNHA, 2005).

A reforma organizava as ações em pesquisa, a ser realizada no Instituto Oswaldo Cruz e no Centro Internacional de Leprologia, censo de doentes no país, e um mix de profilaxia, terapêutica e administração com frentes de trabalho no descobrimento e isolamento do doente, vigilância sanitária; tratamento dos pacientes; educação sanitária das massas e consolidação do armamento anti-leproso (Leprosários, dispensários e preventórios) (MACIEL, 2007). Cursos de especialização para formação profissional foram ministrados a partir de 1942, mas só tiveram procura a partir de 1948. (MAURANO, 1950)

Durante a 1ª Conferência Nacional de Saúde (Distrito Federal do Rio de Janeiro, 1941), promovida pelo Ministério da Educação e Saúde (MES), a “Comissão de Campanha contra a Lepra” apontaria a necessidade de formação técnica especializada dos

profissionais da saúde, entre eles médicos, enfermeiras e “visitadoras sanitárias”, além de uma “Educação Sanitária” para toda a população, incluindo tópicos sobre o tratamento precoce de uma doença “cl clinicamente curável” se diagnosticada precocemente e adequadamente tratada (MACIEL, 2007; CUNHA, 2005).

Ao longo das décadas seguintes o isolamento seria progressivamente abandonado, por se mostrar, além de ineficaz, capaz de promover sequelas psíquicas ainda mais graves que as sequelas osteomusculares causadas pela doença.

A partir da década de 1960, a Campanha Nacional de Combate à Lepra (CNCL), definida no Brasil por lei em 1959, já com tratamento ambulatorial, definia o Agente Sanitário como encarregado de “fazer comparecer” os pacientes suspeitos. A “Educação Sanitária” preconizada pelo Serviço Nacional de Lepra teve um papel importante na profilaxia e tratamento dessa doença, por esclarecer à população a importância em se procurar os serviços de saúde, passando a ver a doença como algo relativamente fácil de ser tratado e não mais como uma condenação social.

O programa foi elaborado com os leprologistas do Serviço Nacional de Lepra em cooperação com os profissionais do Serviço Nacional de Propaganda e Educação Sanitária, um órgão de âmbito geral e destinado a colaborar com todos os setores da saúde pública. Os três pontos fundamentais que deveriam ser focalizados na educação sanitária eram: a) a lepra era uma doença contagiosa e evitável, clinicamente curável, sobretudo quando diagnosticada precocemente; b) as crianças e adolescentes eram especialmente receptivos ao contágio; c) a infecção era favorecida pelo contato próximo prolongado, principalmente nos casos de coabitação. A educação sanitária deveria ser realizada por meio de folhetos, publicações, palestras e filmes, considerados meios mais eficientes de divulgação, usados para desestigmatizar a “lepra”. (MACIEL, 2007; DUCATTI, 2009).

A CNCL seguiu princípios muito próximos da lógica da Atenção Primária, no sentido da acessibilidade, da hierarquização, descentralização e regionalização de serviços: para realizar o diagnóstico situacional, os leprologistas residiam nas áreas sob sua responsabilidade, junto a um generalista ou sanitarista e um inspetor sanitário, e faziam busca ativa, bem como visitas domiciliares a doentes e comunicantes, elucidavam casos

duvidosos e exerciam o papel de referência técnica para os generalistas. Estes identificavam, reavaliavam e indicavam o tratamento do doente e seus comunicantes, realizando ainda a primeira avaliação de pacientes que chegavam por livre demanda ou “denunciados”. Ao inspetor sanitário, geralmente um morador local conhecedor da região, cabia providenciar o comparecimento dos “denunciados”. (SAVASSI & MODENA, 2011).

Em julho de 1966, a lei 5.026 estabeleceria normas gerais determinando que quaisquer campanhas de saúde pública devessem ser exercidas por dirigente do MS, e isto afetaria diretamente a Campanha Nacional de Combate a Lepra dois anos depois, por meio da lei 5.511 de 1968. O desmonte da CNCL na década de 1970 interromperia as ações educativas, coincidindo com o regime militar, o período inflacionário e a perda de recursos pelo Serviço Nacional de Leprologia.

Desde a década de 1980, o Programa Nacional de Controle de Hanseníase (PNCH) promove campanhas na mídia televisiva e radiofônica, produção de cartazes, folhetos e cartilhas para a distribuição nos serviços de saúde pública, além de outdoors. Em 1988, uma campanha de grande porte seria veiculada pelo Governo Federal, com o slogan: “Hanseníase, vamos acabar com esta mancha no Brasil”, através de cartazes, folhetos, cartilhas, e especialmente em propagandas em rádio e na televisão, que se tornaram emblemáticas. Uma delas demonstraria uma dona-de-casa se queimando “sem perceber” ao preparar a refeição da família, uma imagem que chocava pelo sintoma da insensibilidade localizada e da mancha dormente no braço sobre o fogo, e por muito tempo permaneceu no imaginário coletivo, com resultados de estímulo ao tratamento apesar da duração de três meses de veiculação. (CURI, 2002; SAVASSI & MODENA, 2011).

Em 1996, sob influência da OMS, ocorreria no país a “Campanha de Eliminação da Hanseníase” com o foco na eliminação como problema de saúde (redução para menos de 1 caso/10.000 habitantes), no formato de uma “ação pontual”, com foco na cadeia de transmissão, eliminando as “fontes de infecção” por meio do diagnóstico e tratamento dos casos multibacilares, transmissores da doença e mantenedores do bacilo, e a mobilização da comunidade na participação do programa de controle, utilizando-se

novamente da divulgação de sintomas da doença em canais de televisão e rádio, e com resultados não homogêneos no país. (CURI, 2002).

### **3.3.2. A Educação em Saúde para Hanseníase na atualidade.**

A Atenção Primária é considerada desde 2000 no Brasil como o âmbito mais adequado para a abordagem da hanseníase, dadas suas características de vínculo, inserção comunitária, acessibilidade e continuidade do cuidado. O Ministério da Saúde reconhece este papel privilegiado da Atenção Primária na erradicação da doença (BRASIL, 2000).

Este papel foi reforçado em diversos documentos oficiais, como as Políticas Nacionais de Atenção Básica (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011), os Informes da Atenção Básica (BRASIL, 2000; BRASIL, 2007a) e o material técnico institucional voltado para a doença (BRASIL, 2009).

A participação popular no que se refere à hanseníase, que no início do século passado foi exercida pelas sociedades de Assistência aos Lázarus, hoje tem sua expressão máxima através do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN). Fundado em seis de junho 1981, a entidade sem fins lucrativos com sede administrativa no Rio de Janeiro tem como população-alvo os ex-internos das Colônias, e a base voluntária de trabalho composta por pacientes, ex-pacientes e pessoas interessadas no combate ao preconceito em torno da doença. A entidade assumiu o papel de instituição de empoderamento dos pacientes asilares, sob os preceitos dos ensinamentos de Paulo Freire (MORHAN, s/d).

O MORHAN conseguiu significativas vitórias no campo da Assistência social, como o fomento ao Decreto Federal nº 6.168/ 2007 que dispõe sobre a concessão de pensão especial às pessoas atingidas pela Hanseníase concedendo pensão especial às pessoas atingidas pela hanseníase que foram submetidas a isolamento e internação compulsórios (BRASIL, 2007b). A lei reconhece o erro do isolamento compulsório, em especial após a comprovação de sua ineficácia, mas manutenção no Brasil nas décadas seguintes, com

pagamento de indenizações aos pacientes, e a luta pelo mesmo reconhecimento às pessoas que foram isoladas de seus pais hansenianos ao nascimento, sendo colocadas em preventórios. Exerce ainda papel educativo promovendo nacionalmente atividades culturais como o “Concerto contra o Preconceito” (MORHAN, s/d).

O material educativo relativo à hanseníase no Brasil (folders, cartilhas, manuais e cartazes) é caracterizado pela verticalidade e fragmentação nos processos comunicativos no formato de campanhas e produção centralizada, em detrimento de atividades horizontais e participativas. Privilegia-se o saber biomédico, com homogeneização dos públicos e preocupação "distributivista" e "difusionista", que subtrai a diversidade sócio-cultural. (KELLY-SANTOS *et al.*, 2009).

A despeito das campanhas já realizadas, percebe-se desconhecimento e persistência do preconceito tanto em profissionais de saúde, quanto na população leiga. A educação em saúde, neste aspecto, poderia se beneficiar, por exemplo, da educação básica, sendo também voltada para alunos no nível médio (NASCIMENTO, 2009).

Além disto, a finalidade do material educativo em hanseníase no Brasil foi promover o maior conhecimento e estímulo à detecção de casos, sendo limitado o conteúdo destinado à promoção do acompanhamento, controle de cura e prevenção ou reabilitação das sequelas da doença.

Com isto, em quase um século de ações educativas em hanseníase, constatou-se a ineficácia da Educação em modificar comportamentos e práticas na Educação em Saúde, fruto do distanciamento entre o discurso e a prática pedagógica em saúde (GAZZINELLI *et al.*, 2005).

Materiais educativos construídos por profissionais da saúde sem a participação de educadores ignoram os campos de conhecimento de outras especialidades e profissões da área, e podem não utilizar as técnicas de comunicação consolidadas pela Educação em Saúde. Por outro lado, materiais propostos por educadores em saúde podem conter erros conceituais e utilizar simbologias inadequadas, que dêem margem a falsos conceitos, ou mesmo acirramento do estigma, fator fundamental na abordagem da hanseníase.

O compartilhamento de saberes na produção é condição *sine qua non* para a elaboração de materiais educativos para pacientes e profissionais de saúde. Assim, a educação em saúde para hanseníase, que sempre teve caráter distributivista, com materiais não adaptáveis às diferentes realidades, e que não considera dados do contexto da pessoa, não mudou substancialmente a prevalência da doença.

Há, por fim, uma dissociação entre as estratégias educativas e a realidade: a população conhece uma história de deformidade e mutilação, com um temor sobre o contágio. Já a visão institucional sobre a doença traz pessoas comuns com uma mancha simples. Ao se considerar o medo do contágio como o fator mais ligado às consequências da doença, o elemento fundamental a se trabalhar é a concepção sobre as consequências físicas e sociais da hanseníase (FELICIANO & KOVACS, 1997).

## 4 Métodos

Para analisar a atenção primária como fonte de cuidados para hanseníase, foi realizada análise documental dos programas de avaliação da qualidade na Atenção Básica brasileira, a partir da qual são discutidos os instrumentos de avaliação da qualidade em serviços de saúde a partir de revisão narrativa sob a perspectiva da qualidade.

Nessa mesma linha, para avaliar a acessibilidade da Atenção Primária, foi conduzido um estudo de descritivo, transversal de bancos de dados secundários registrando motivos de consulta no acolhimento em três Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) de Betim, um município com rede de atenção a hanseníase completa, além de ser sede de uma Ex-colônia de hansenianos. Em uma amostra de conveniência em três unidades, coletaram-se dados dos motivos de procura a unidade básica de saúde, registradas pela Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP-2). Nesta etapa, por se tratar de consulta a banco de dados secundários, não foram aplicados termos de consentimento livre e esclarecido. Os motivos de consulta foram codificados pela CIAP-2 e analisados por estatística descritiva.

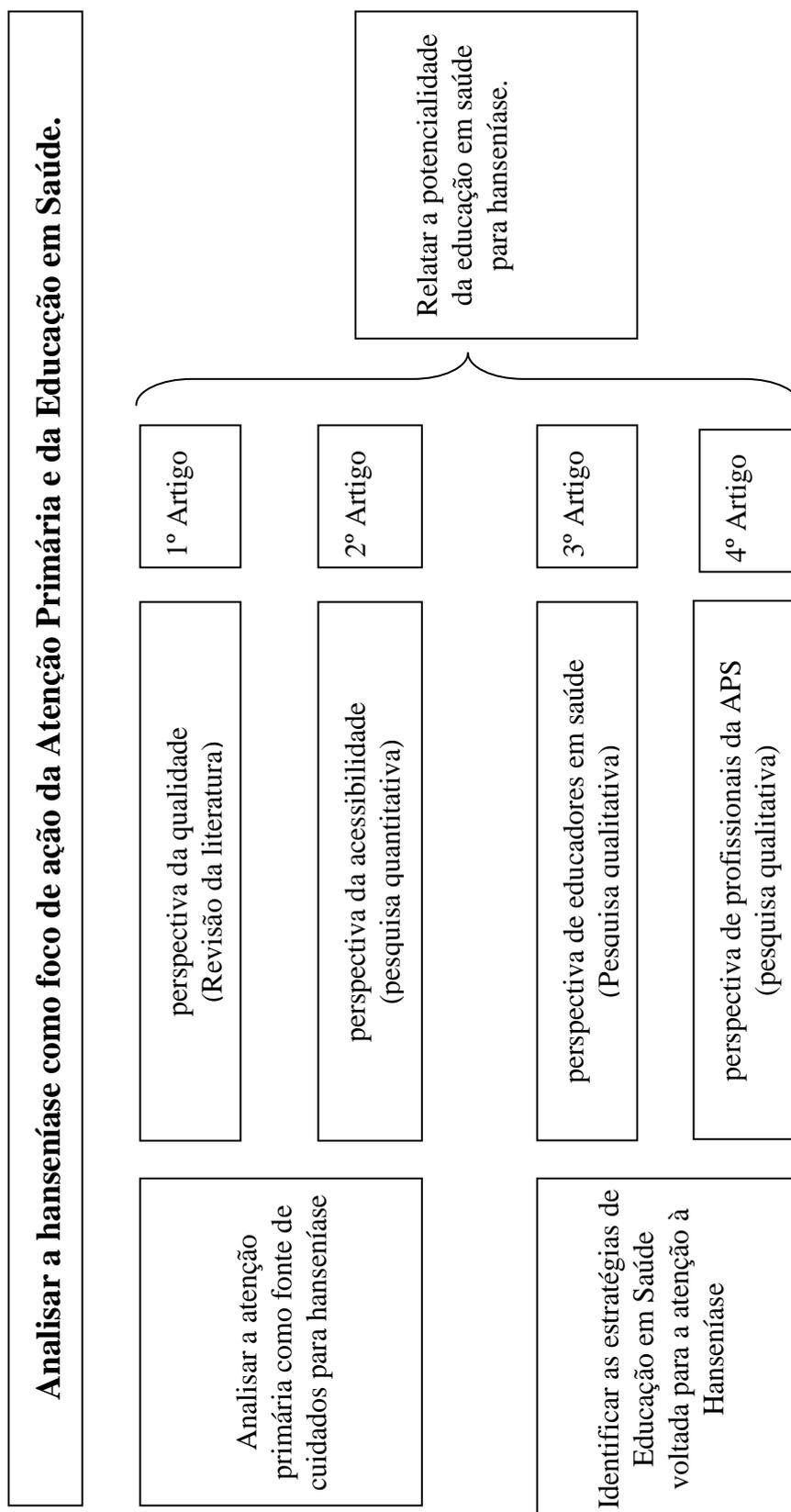
Para entender o impacto das estratégias educativas relacionada à hanseníase, foi desenvolvida pesquisa qualitativa (MINAYO, 2006), realizada através de um grupo focal (GF) com direcionamento tópico (FLICK, 2009) com estudantes de uma disciplina de pós-graduação em Educação em Saúde (ES) da Fiocruz, Minas Gerais. Os critérios de especificidade (KRUEGER, 1988) para seleção de participantes foram: profissionais capazes de emitir juízo de valor acerca de materiais educativos, para avaliar sua pertinência e alcance. Foi aplicado questionário proposto por Oliveira *et al.* (2007) contextualizando conhecimentos, comportamentos e acesso a informação para a doença, juntamente com o termo de consentimento livre e esclarecido. O Grupo Focal foi conduzido sob o direcionamento tópico e foi semi-estruturado nos seguintes eixos: 1) percepção da educação em saúde voltada para hanseníase. 2) recepção de informações de ES em hanseníase. Seguiu-se uma intervenção sobre a doença, com explicações técnicas e o GF foi retomado com os seguintes eixos: 3) Como fazer ES para hanseníase de maneira efetiva?; 4) Como fazer comunicação em saúde para a população de maneira efetiva?; e 5) Dentre os modelos de teorias educacionais, qual seria o mais adequado. O conteúdo do GF foi gravado em áudio e vídeo e depois convertido em formato digital,

tendo seu conteúdo transcrito. Dois avaliadores externos permaneceram no grupo, moderando-o.

Para estudar a correlação entre hanseníase, educação em saúde e atenção primária, foi conduzida nova pesquisa qualitativa (MINAYO, 2006), realizada através de um GF com direcionamento tópico (FLICK, 2009) e seleção de participantes de acordo com critérios de especificidade (KRUEGER, 1988). Foram selecionados residentes de Medicina de Família e Comunidade, por serem: a) médicos de graduação recente, e exatamente por isso, capazes de emitir juízo acerca de sua formação; b) que atuavam no âmbito da Atenção Primária; e c) que por serem residentes, cursavam um programa de pós-graduação na área específica. Participaram do grupo todos os sete residentes de Medicina de Família e Comunidade, correspondendo ao universo dos residentes do município de Betim, Minas Gerais, atuando em equipes de Saúde da Família (eSF) que livremente consentiram em participar. Os participantes foram identificados como R1-A, R1-B, R1-C, R1-D para residentes do primeiro ano e R2-A, R2-B e R2-C para residentes do segundo ano. O roteiro de entrevista foi estruturado sob os tópicos de conhecimentos, capacitação, assistência, acessibilidade, horizontalidade. O grupo contou com observador externo, sendo conduzido e mediado pelos pesquisadores. Os dados foram gravados, transcritos e foram analisados na perspectiva da análise de conteúdo (AC) proposta por BARDIN (1988), através da codificação teórica em três etapas (aberta, axial e seletiva), que estabeleceu uma categoria principal e as subcategorias de análise através da leitura da transcrição do Grupo Focal, relacionando-as a fenômenos do contexto relatados (MORGAN, 1996).

Toda a pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa sob o número CAAE- e pelo Comitê de Ética da Organização Panamericana de Saúde (PAHO-ERC) sob o número PAHO-2010.02.0006.

**Diagrama 1. Sequencia lógica do projeto de pesquisa.**



## **5 RESULTADOS**

Os resultados serão apresentados no formato de dois artigos científicos publicados em periódicos e dois artigos já submetidos à publicação.

## 5.1 Primeiro Artigo

SAVASSI, LCM. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. RBMFC, 2012, Abr.-Jun; 7(23). ISSN 2179-7994. Disponível em <http://rbmfc.org.br/index.php/rbmfc/article/view/392>

O objetivo deste artigo foi discutir a qualidade da atenção primária. Ao discutir os formatos de organização da APS, demonstra que não há respeito à formação específica, o que em última análise, impacta na qualidade do cuidado da APS como um todo.

A proposta de se discutir qualidade em APS reflete em primeiro lugar na avaliação deste âmbito como adequado e qualificado para a oferta de serviços de saúde. Se o Ministério da Saúde aponta a APS como nível adequado de cuidados para a hanseníase, é necessário antes de tudo confirmar se há a qualificação necessária para prover esta atenção.

Considerando a variabilidade de instrumentos de avaliação e a pouca perenidade de seu uso em processos de avaliação e monitoramento, somados a alta rotatividade de profissionais e parâmetros assistenciais que se afastam dos modelos mundiais bem-sucedidos de atenção primária a saúde, presume-se uma menor possibilidade de ofertar o cuidado adequado em qualquer necessidade, incluindo a hanseníase.

Além disto, em um contexto de subvalorização da formação voltada para a APS, qualquer lacuna da graduação persistirá, demandando educação permanente destes profissionais. Assim, a Educação em Saúde se apresenta como estratégia fundamental para a mudança no cenário da qualidade no âmbito da APS.

O que se concluiu deste estudo foi que:

- Há uma solução da continuidade dos parâmetros de avaliação e monitoramento da qualidade da atenção.
- Percebe-se a subvalorização da formação específica dos profissionais para a Atenção Primária.

- São necessárias mudanças organizacionais voltadas para a qualidade da Atenção Primária, para o foco na prevenção de agravos e promoção da saúde, bem como mudança na forma de remuneração e de gestão dos serviços de APS.

# Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária

Quality in public services: the challenges of primary care  
*servicios públicos: los desafíos de la atención primaria*

Leonardo Cançado Monteiro Savassi\*

**Palavras-chave:**  
 Serviços de Saúde  
 Atenção Primária à Saúde  
 Gestão da Qualidade  
 Cultura Organizacional  
 Avaliação

## Resumo

O Ministério da Saúde brasileiro sinalizou uma política de avaliação da qualidade da Atenção Primária através da portaria 1.654, de 19/07/2011. Toda mudança organizacional interfere na cultura de qualquer instituição, especialmente quando esta mudança está direcionada para o tema da qualidade. Ela envolve processos, meios internos e pessoas, e não pode ser artificialmente produzida pela força da caneta. No setor saúde, a gestão baseada na qualidade envolve mudanças de foco de atuação e de tecnologias, apoiadas no resgate da relação profissional-paciente, na forma de remuneração de médicos e equipes, na qualificação e capacitação dos profissionais, na qualificação da própria gestão e na participação ativa dos profissionais da saúde na pactuação destas metas e parâmetros de qualidade. Outros instrumentos de avaliação da qualidade já foram implantados no âmbito da Atenção Primária no subsistema público de saúde, e seu seguimento foi interrompido. Qualificar a Atenção Primária passa não apenas pela avaliação, mas pela seleção de profissionais capacitados, qualificação da prestação de serviços, monitorização de resultados e valorização dos profissionais de saúde envolvidos com a nova cultura.

**Keywords:**  
 Health Services  
 Primary Health Care  
 Quality Management  
 Organizational Culture  
 Evaluation

## Abstract

The Brazilian Ministry of Health has signaled a policy of evaluating the quality of primary care through the 1654 decree of 19.07.2011. Any organizational change interferes with the culture of any institution, especially when this change is directed toward the issue of quality. It involves processes, internal resources and people, and cannot be artificially produced by the power of the pen. In the health sector, management based on quality involves changes in business focus and technology, supported the rescue of professional-patient relationship, in the form of compensation of physicians and teams, in the qualification and training of professional, in qualifications in their own management, and in active participation of health professionals in the Agreement on these goals and quality parameters. Other instruments of quality assessment have been established within the Primary Care in public health sub-system, and its follow-up was interrupted. Qualifying the Primary is not just about evaluation, but also the selection of qualified professionals, qualification of services, monitoring results and valuation of health professionals involved with the new culture.

\*Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP). leosavassi@gmail.com

Conflito de interesses: Declaro ter recebido subvenção do Governo Federal através de diárias e passagens para participação em eventos como palestrante

Fonte de financiamento: Declaro não haver

\*Autor correspondente.

Recebido em: 05/08/2011

Aprovado em: 16/04/2012

**Palabras clave:**  
 Servicios de Salud  
 Atención Primaria de Salud  
 Gestión de Calidad  
 Cultura Organizacional  
 Evaluación

## Resumen

El Ministerio de Salud de Brasil ha dado señales de una política de evaluación de la calidad de la atención primaria a través del decreto 1654 de 19.07.2011. Cualquier cambio en la organización interfiere con la cultura de cualquier institución, sobre todo cuando este cambio se dirige hacia el tema de la calidad. Implica en procesos internos, recursos y personas, y no puede ser producido artificialmente por el poder de la pluma. En el sector de la salud, la administración basada en la gestión de calidad implica en cambios en el enfoque de negocio y la tecnología apoyada en lo rescate de la relación profesional-paciente, en la forma de compensación de equipos y médicos, en la cualificación y formación de los profesionales, en la cualificación en su propia gestión y en la participación activa de profesionales de la salud en el acuerdo sobre los objetivos y parámetros de calidad. Otros instrumentos de evaluación de la calidad se han establecido dentro de la Atención Primaria en el sistema de salud sub-público, y su seguimiento se interrumpió. La cualificación de la atención primaria no ocurre sólo por la evaluación, pero también por la selección de profesionales cualificados, la calificación de servicios, lo seguimiento de los resultados y la valoración de los profesionales de la salud involucrados con la nueva cultura.

## Introdução

A globalização e a busca pela qualidade afetaram a postura do consumidor, exigindo desempenho confiável de produtos e serviços, sem tolerância de tempo ou falhas. A qualidade foi o agente de mudança corporativa mais importante do novo milênio e é a demanda gerencial mais importante a ser enfrentada pelas instituições<sup>1</sup>.

O setor de serviços liderou a expansão econômica e o crescimento global, e a preocupação inicial com a qualidade dos produtos foi ampliada para a qualidade de serviços e comportamento humano, colocando o ser humano e a qualidade pessoal em primeiro lugar<sup>2</sup>.

No mercado de saúde, a busca pela qualidade não é diferente: clientes cada vez mais exigentes e menos tolerantes querem acesso a médicos, procedimentos e exames imediatamente, pois não há tempo para despendar com sua saúde. Assim, o conceito de qualidade hoje está muito mais próximo do que os clientes julgam que seja, do que propriamente a visão do gestor sobre o seu serviço<sup>3</sup>.

Os serviços de saúde de alta qualidade estão preocupados não somente com a adequação dos serviços para o diagnóstico e manejo de doenças, mas também com a adequação dos serviços que previnem doenças futuras e promovem melhoras na saúde. (STARFIELD, 2002, p. 419)<sup>4</sup>.

O setor saúde está submetido a uma forte pressão por mudanças, devido ao esgotamento do modelo de pagamento por procedimentos (Saúde suplementar), não reconhecimento da *performance* profissional (Saúde pública e suplementar) e deterioração da relação com o paciente. A área de saúde enfrenta também outras crises, como as de mão de obra qualificada, de limitações orçamentárias e até da real vocação institucional do serviço de saúde<sup>3</sup>.

No subsetor Suplementar, processos de certificação de qualidade e de acreditação estão pautados na busca pelos certificados da Organização Internacional de Normalização (*International Organization for Standardization*), ISO 9000, e pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), exemplos de iniciativas voltadas para reconhecer a melhoria da qualidade.

No subsetor público do Sistema Único de Saúde (SUS), há iniciativas como o processo AMQ (Avaliação para Melhoria da Qualidade) voltado para a requalificação da Atenção Primária, além de vários instrumentos de planejamento como a Programação Pactuada e Integrada (PPI), o Termo de Ajuste de Metas (TAM) e o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica em Saúde<sup>5</sup>.

O Governo Federal lançou em julho de 2011 o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), uma atitude louvável desde que adequada a indicadores factíveis e acoplada a uma mudança no paradigma assistencial, que envolve tanto a escolha de parâmetros adequados para a avaliação quanto o investimento do próprio governo na qualidade dos profissionais estando ainda vinculado à mudança da organização do próprio sistema de saúde brasileiro como um todo, e não somente de uma parte dele<sup>6</sup>.

O objetivo deste manuscrito é debater abertamente as políticas de avaliação da qualidade de serviços de saúde, com foco na Atenção Primária à Saúde.

## Metodologia

Desenvolvimento de uma discussão sobre a qualidade em serviços de saúde a partir de revisão narrativa sobre as portarias ministeriais que definem instrumentos de avaliação da qualidade dos serviços públicos, com foco na atenção

primária. Foram revisadas as portarias que definem tais instrumentos a partir da implantação do então Programa Saúde da Família em 1994.

## Resultados e discussão

Os serviços de saúde devem ser seguros (evitar danos ao usuário), efetivos (prestados com base na melhor evidência científica), oportunos (esperas e deslocamentos mínimos), centrados nos usuários (atendam às necessidades e demandas deles) e humanizados (relação profissional-usuário empática num ambiente acolhedor)<sup>4,7</sup>.

No setor saúde, dois públicos-alvo são foco de qualquer ação que envolva avaliação da qualidade: os clientes internos – setor de pessoal, departamentos de gestão e profissionais do serviço –; e os clientes externos – os próprios “pacientes”, familiares e serviços complementares.

Gerir a qualidade em organizações públicas de saúde é um desafio. Mais do que uma mudança gerencial ou de financiamento, é necessário reorganizar a cadeia produtiva com novos conceitos e quebrar paradigmas assistenciais que alterem a cultura organizacional no sentido da qualidade no atendimento. E o novo paradigma mundial dos sistemas de saúde aponta a Atenção Primária como reestruturante.

A saúde brasileira baseou-se no modelo predominante nos Estados Unidos, de pagamento por procedimentos, valorização da subespecialização, seguridade social vinculada a seguros de saúde e priorização de tecnologias duras. O desenvolvimento dos serviços de saúde brasileiros foi heterogêneo, com diferentes lógicas: o modelo campanhista do início do século; o modelo das Santas Casas de Misericórdia; o modelo asilar estatal (especialmente em tuberculose, psiquiatria e hanseníase); o modelo previdenciário (Bismarkiano); o modelo sanitarista; até o modelo atual de sistemas nacionais de saúde (Beveridgiano)<sup>8</sup>.

Além disto, em quaisquer etapas deste desenvolvimento, os sistemas de saúde foram desenhados para atender condições agudas (especialmente infecciosas), enquanto a transição epidemiológica mudou o perfil do usuário destes serviços, que passou a ser consumidor de tecnologias determinadas por condições crônicas<sup>9</sup>.

O dilema da conformação dos serviços de saúde para o enfrentamento das condições agudas e a necessidade de resposta concomitante às causas externas e prioritariamente às condições crônicas persiste. A resposta da “medicina preventiva” baseia-se em evidências nem sempre científicas, sob variabilidade de condutas e gastos desproporcionados, bem como iatrogenia para o paciente, e a “promoção da

saúde” ainda é ínfima, baseada no carro-chefe das academias de saúde pública<sup>10</sup>.

Os serviços públicos baseiam-se em estabilidade por concurso público, o que gera outros dilemas: planos de carreira impactam na folha de pagamento, os salários iniciais são baixos, e as instituições são forçadas a criar adicionais não incorporados ao salário base. Há um achatamento entre o piso salarial e o teto máximo atingido, que gera acomodação, e os salários inferiores ao subsetor suplementar fazem com que o serviço público não seja a fonte principal de renda dos profissionais, em especial o médico.

Da mesma maneira, como o serviço público é remunerado por cargos ou carreira, não encontra meios de privilegiar ou beneficiar o profissional que exerce sua profissão de acordo com as necessidades dos usuários, com parâmetros de qualidade ou que se integre à cultura das organizações públicas. Bons e maus profissionais recebem igualmente pela carga horária trabalhada, o que na prática privilegia o profissional ruim ou aquele que se pauta pelo menor esforço. MENDES (2008)<sup>7</sup> aponta alguns paradigmas, princípios e leis de mercado que definem dificuldades a se enfrentar na tarefa de reorganização do setor saúde (Quadro 1)<sup>9,11-13</sup>.

Na atenção primária, a satisfação do usuário é superior quando baseada na estratégia saúde da família<sup>14</sup>, e a satisfação de quem utiliza a porção assistencial do SUS é maior que a de quem só conhece sua assistência pelos telejornais<sup>15</sup>. A atenção primária e/ou ambulatorial, embora mais flexível e menos hierárquica, também se baseia na cooperação, com um forte componente de trabalho em equipe, necessário para a prestação de serviços adequados e sucesso das intervenções.

O trabalho em equipe fragiliza-se à medida que a atenção primária se torna uma fonte de “pontos para ingressar em programas de residência”<sup>16</sup>, considera recém-formados com horizonte profissional indefinido similares a Médicos de Família e Comunidade e fragmenta a equipe com a desvinculação do médico e divisão de dois médicos por equipe, bem como três para duas e até quatro médicos para três equipes<sup>17</sup>. Não valorizar a formação específica para a Atenção Primária significa não reconhecer a qualificação dos clientes internos do SUS e, em última análise, não qualificar a própria atenção à saúde.

A reestruturação pautada pela qualidade tem vários pontos de mudança, alguns deles de difícil governabilidade por parte do gestor, outros nem tanto: ambiência (estrutura agradável, agradável e avançada; organização no atendimento); tecnologias (leves e duras) adequadas; imagem de confiabilidade e competência técnica dos médicos e equipe; especialidades adequadas e seus conhecimentos específicos; higiene; agilidade do primeiro atendimento, na recepção/acolhimento, até a saída da unidade; definição concreta das funções e obrigações de cada setor e funcionários; presteza para a viabilização

desses objetivos, priorizando sempre a satisfação do cliente. Donabedian (1990)<sup>18</sup> denominou de sete pilares da Qualidade em saúde, descritos no Quadro 2.

Várias foram as tentativas de se qualificar a atenção no Sistema Único de Saúde, baseadas em ferramentas de planejamento. Um instrumento de monitoramento e avaliação de atividades na Atenção Básica foi a “Sala de Situação”: uma ferramenta de diagnóstico situacional de saúde, específica para equipes de Saúde da Família, com uma série de indicadores apresentando sua situação da unidade, em especial de demanda *versus* oferta (dados demográficos, estrutura de saúde e profissionais envolvidos) e dados de produtividade (internações, consultas, visitas domiciliares e exames complementares). Em cada quadro havia espaço para classificar a situação: vermelha (situação ruim), amarela (sinal de alerta) e verde (situação boa)<sup>19</sup>.

O processo de avaliação da qualidade através da Sala de Situação foi aplicado em diversos âmbitos, dentre eles o da gestão municipal e estadual, pela Rede Nacional de Informação em Saúde<sup>20</sup>. Assim, o objetivo para as Unidades Básicas de Saúde, mais do que utilizar a sala de situação de saúde, era municiar o gestor municipal de dados, consolidando informações locais. A diferença entre consolidar os dados da sala de situação e preencher os bancos de dados que a alimentam é que, tendo um quadro concretizado de atividades, percebia-se com mais

clareza a situação (de acordo com a qualidade das equipes) com um parâmetro de qualidade a ser alcançado.

Outro instrumento, proposto pelo Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) em cooperação técnica com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) foi a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ)<sup>21</sup>. O AMQ foi desenvolvido especificamente para a Atenção Básica, com foco na autonomia de gestão do processo de trabalho pelas equipes, através de parâmetros inclusos em cinco instrumentos de autoavaliação. Lançado em 2005, a lógica do AMQ envolvia uma série de parâmetros analisados em um momento inicial (chamado AMQ-zero), nos quais a equipe se classificava e, a partir disto, trabalhava para conseguir subir ao menos um nível nos parâmetros em questão até a avaliação subsequente (AMQ-1).

No ano seguinte, foi lançado o *software* Programação da Atenção Básica (Prograb), um instrumento de planejamento voltado para a organização da agenda de trabalho dos profissionais de saúde que continha parâmetros de atividades das Equipes de Saúde da Família que guardam similaridades com os 47 parâmetros prioritários definidos na PMAQ-AB<sup>22</sup>.

Uma iniciativa mais recente de avaliação da Atenção Primária, também apoiada pelo Ministério da Saúde, foi lançada em 2010: validou-se para a língua portuguesa o instrumento PCA-Tool (Ferramenta de Avaliação da Atenção Primária)

**Quadro 1.** Leis e princípios gerenciais aplicáveis aos serviços de saúde<sup>9,11-13</sup>.

Lei de Wildavsky	O custo em saúde sempre se elevará até o nível máximo de recursos disponíveis (também conhecida como “lei do saco sem fundo”).
Princípio da variabilidade na prestação dos serviços de saúde	Quanto maior a variabilidade de condutas diante de um mesmo problema, maiores os custos.
Lei de Roemer	“se há leitos hospitalares, eles tendem a ser usados”, independentemente das necessidades da população.
Princípio da indução da demanda pela oferta	Nos sistemas de saúde, não é a demanda que regula a oferta; o serviço disponibilizado será consumido até que se esgote sua capacidade (similar a Lei de Roemer).
A Lei da Caneta do Médico	O carimbo médico é responsável por cerca de 80% dos gastos com saúde.
A Lei da Concentração da Gravidade e dos Gastos com as Doenças	Quanto mais graves e complexas as doenças, proporcionalmente maiores são os custos, e poucos pacientes consomem grande parte dos recursos humanos, técnicos e financeiros em saúde.
Lei de Hart	Os mecanismos que interferem na oferta de serviços fazem com que os recursos sejam distribuídos inversamente às necessidades. O uso de serviços de saúde ocorre por necessidades “percebidas” e comportamento frente a seus problemas de saúde.

Fonte: MENDES (2008); ZUCCHI, DEL NERO & MALIK (2000); TAVARES-JÚNIOR (2009); MENDES (2010)<sup>9,11-13</sup>.

**Quadro 2.** Os sete pilares da Qualidade em Saúde segundo DONABEDIAN (1990).

Eficácia	Capacidade para o cuidado, na melhor forma possível de contribuir para a melhoria das condições de saúde;
Efetividade	O quanto melhorias possíveis nas condições de saúde são de fato obtidas;
Eficiência	A capacidade de obter a maior melhoria possível nas condições de saúde ao menor custo possível;
Otimização	A mais favorável relação entre custos e benefícios;
Aceitabilidade	Conformidade com as preferências do paciente (acessibilidade, relação médico paciente, amenidades, efeitos e custo do cuidado prestado);
Legitimidade	Conformidade com preferências sociais em relação a tudo mencionado acima;
Equidade	Igualdade na distribuição do cuidado e de seus efeitos sobre a saúde.

Fonte: DONABEDIAN (1990)<sup>18</sup>.

proposto por Starfield (2001), que apresenta parâmetros universais de avaliação. Focado na comunidade, nos pacientes e nos profissionais de saúde, é um instrumento que avalia as características nucleares da APS: acessibilidade, integralidade, longitudinalidade e coordenação, além de oferecer informações acerca dos aspectos derivativos da Atenção Primária: centralidade na família, orientação comunitária e competência cultural<sup>4</sup>.

O PCA-Tool tem a vantagem de ter componentes específicos para ciclos de vida e de permitir a comparação das equipes de Atenção Primária brasileiras com equipes de todo o mundo<sup>23,24,25</sup>.

Por fim, com a mudança de comando no Ministério da Saúde, uma série de portarias define novas políticas, incluindo uma nova Política Nacional da Atenção Básica, e novos formatos de incentivos, dentre eles um novo mecanismo de avaliação da qualidade. O PMAQ-AB utiliza 47 indicadores de produção ambulatorial e cadastramento, relacionados a sete áreas estratégicas: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, Saúde Bucal, Produção Geral, Tuberculose e Hanseníase, e Saúde Mental. Suas inovações em relação a modelos anteriores são:

- o uso de indicadores de desempenho para classificar equipes, e indicadores de monitoramento sobre a oferta de serviços e resultados alcançados por equipe;
- repasse imediato e automático após contratualização, com recebimento de recursos durante até seis meses independente da qualidade antes da avaliação externa;
- se destinar a qualquer equipe de saúde da atenção básica, independente do modelo adotado; e
- agrupar municípios sob avaliação, para fins de comparação, em seis estratos de acordo com indicadores socioeconômicos como Produto Interno Bruto *per capita*, proporção populacional de acesso a planos de saúde, bolsa família e extrema pobreza, e densidade demográfica.

Cabe ressaltar que não há dentre os 47 indicadores do PMAQ-AB algum voltado especificamente para avaliar a qualidade da gestão. Esta será realizada por avaliadores externos, com parâmetros de avaliação da gestão municipal e da coordenação da atenção básica, não especificados nesta portaria, e com critérios locais voltados para infraestrutura e insumos básicos das Unidades de Saúde, sem previsão de avaliação do gestor destas Unidades<sup>6</sup>.

## Conclusão

Toda mudança de processo de gestão interfere na cultura de uma organização, especialmente quando direcionada para o tema da qualidade. E a mudança da cultura organizacional

envolverá todos os processos, meios internos, e a forma como o usuário (consumidor) a vê e se relaciona com ela. Ela não pode ser artificialmente produzida por portarias, e suas mudanças não ocorrem sem quebra de paradigmas.

Uma mudança organizacional na saúde envolve a modificação do foco na cura e reabilitação baseadas em tecnologias medicocentradas, para um foco na promoção da saúde e prevenção baseada em evidências, apoiadas no resgate da relação profissional-paciente e em tecnologias leves e multiprofissionais. Este desafio reflete a mudança na forma de remuneração de médicos e equipes, do pagamento por procedimentos ou por salários fixos para o pagamento por *performance* ou desempenho.

Especialmente no que se refere à saúde pública, envolve também uma mudança na qualidade dos gestores do SUS, na relação do gestor com os profissionais de saúde e usuários, e na participação ativa dos profissionais da saúde - também usuários, clientes e público-alvo dos serviços do SUS - na pactuação destas metas e parâmetros de qualidade. A qualificação da gestão em todos os seus níveis, em especial no local, é um passo a ser dado e deve ser igualmente avaliada em termos de práticas e posturas.

Não se melhora a qualidade pela produtividade. É necessário estruturar um sistema gerencial profissional que coordene os instrumentos disponíveis e garanta o planejamento, controle e melhorias de cada um dos processos, e que aplique o conceito de cadeia de valor: uma sequência de processos de produção relacionados entre si, dos insumos (recursos humanos, materiais e financeiros) à produção de serviços até a distribuição dos serviços ao usuário. Em outras palavras: a rede de saúde deve funcionar como equipe.

Será importante confirmar a satisfação do usuário com a qualidade da Estratégia Saúde da Família como um dos componentes da PMAQ-AB. Mas não basta estabelecer um sistema de avaliação da qualidade de serviços. Há que se investir fortemente na qualificação dos profissionais que trabalham nestas instituições, na recompensa para aqueles profissionais que realmente consigam imprimir qualidade no serviço, e na ambientação destes serviços.

## Referências

1. Stachelski L. O impacto da implantação da estratégia da Gestão da Qualidade Total na Cultura Organizacional: um estudo de caso. [Dissertação] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2001. 137 p.
2. Teixeira MHWR. Gestão da qualidade em serviços de saúde: a utilização do método gerencial TQC. [Monografia]. Rio de Janeiro: Universidade Gama Filho, Universidade Unimed; 2003. 132 p.

3. Sampaio SL. A Cultura Organizacional na Gestão da Qualidade. [Monografia]. Belo Horizonte: Universidade Unimed; 2011. 26 p.
4. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726 p.
5. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte: SESMG; 2004. 80 p.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 jul. 2011. Sessão 1, n. 138, p. 79.
7. Minas Gerais. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais - ESPMG. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte: ESPMG; 2008.
8. Savassi LCM. Iniciação a prática de Saúde da Família. Belo Horizonte: Faculdade Senac (Especialização em Saúde da Família); 2011. 80 p. Apostila.
9. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. RMMG. 2008; 18(4-S4).
10. Fiocruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Rev Radis. 2011; (109):12-18.
11. Zucchi P, Del Nero C, Malik AM. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. Rev Saude Soc. 2000; 9(1-2):127-150. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902000000100010>
12. Tavares-Júnior FA. Os instrumentos de contratualização e a pactuação por resultados. In: II Congresso Consad de Gestão Pública - Painel 9: Inovações no sistema de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS); 2009, Brasília. [online]. CONSAD; 2009. [acesso em 01/04/2011]. Disponível em: [http://www.seplag.rs.gov.br/uploads/Painel\\_09\\_Francisco\\_Tavares\\_formatado.pdf](http://www.seplag.rs.gov.br/uploads/Painel_09_Francisco_Tavares_formatado.pdf)
13. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2010; 15(5):2297-2305. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>
14. Savassi LCM. A satisfação do usuário e a autopercepção da saúde em atenção primária. RBMFC. 2010; 5(17):3-5.
15. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. Sistema de Indicadores de Percepção Social Saúde. Brasília: IPEA; 2011. 20 p. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207\\_sipssaude.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf)
16. Brasil. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria interministerial nº 2.087, de 01 de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 02 set. 2011.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 out. 2011.
18. Donabedian A. The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab Med. 1990; 114:1115-1118.
19. Bueno H. A Utilização da Sala de Situação de Saúde no Distrito Federal. Brasília: Universidade de Brasília; 2003. 109 p.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Rede Nacional de Informações em Saúde. Sala de Situação. [website] [online] [acesso em 26/12/2011]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/rnis/apresentacao.htm>
21. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 6 v.
22. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prograb: Programação de gestão por resultados. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 160 p.
23. Starfield B, Xu J, Shi L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. J Fam Pract. 2001; 50(2):161-175.
24. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. Cad Saúde Pública. 2006; 22(8):1649-1659. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800013>
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool PCATool. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 80 p.

## 5.2 Segundo Artigo

LANDSBERG, GP SAVASSI, LCM SOUSA, AB FREITAS, JM NASCIMENTO, J & AZARGA R. **Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2012, vol.17, n.11, pp. 3025-3036. ISSN 1413-8123. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a18.pdf>

O artigo seguinte teve como objetivo analisar a demanda espontânea em serviços de atenção primária, utilizando, para isto, a Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP-2), que é uma ferramenta adequada para classificar os motivos de consulta na APS. Integra a série de dois artigos destinados a avaliar a capacidade da APS de responder as necessidades em geral, e como tal não teve, para fins de publicação, um recorte específico na hanseníase.

Sobre este aspecto, o artigo demonstra alguns pontos importantes: como queixa fundamental para o diagnóstico precoce da hanseníase, as queixas relacionadas à pele não são referidas como motivo comum de procura por atendimento na demanda espontânea. Afecções dermatológicas são apenas a sexta causa de procura, com 6,1% do total de queixas, e a prevalência destes problemas se dá em especial na infância (0 a 9 anos), quando são raros os casos de hanseníase, pela necessidade de uma exposição prolongada para se contrair a doença.

Não houve queixas referidas especificamente de hanseníase, o que pode levantar questionamentos se, a despeito das políticas ministeriais, a APS seja realmente o local escolhido pelas pessoas para a procura por assistência. As especificidades da APS estão claras neste artigo: trata-se de um cenário de queixas menos definidas e mais iniciais, que reforçam o papel da porta de entrada, tendo em vista que quase 30% da procura por atendimento relacionou-se a questões gerais e inespecíficas.

Outro ponto a se destacar é o recorte de gênero. Homens em idade produtiva procuram serviços de Atenção Primária em uma proporção bem inferior a mulheres, fazendo com que situações clínicas em geral. Apesar da prevalência da hanseníase ser similar entre os gêneros masculino e feminino, a doença afeta as pessoas na idade produtiva, fazendo com que o contingente masculino não tenha o cuidado adequado ofertado.

O que se concluiu deste estudo foi:

- A CIAP-2 é uma ferramenta adequada para classificar os motivos de consulta na APS.
- Em todas as faixas etárias, os motivos “Geral e Inespecífico” foram mais prevalentes. Esta é uma especificidade da APS (problemas indiferenciados).
- A demanda espontânea mostra os motivos que fazem as pessoas procurarem os serviços, e a baixa procura por queixas referentes à pele demonstra a necessidade de busca ativa para estes casos.

## Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária

Analysis of demand for family medical care in Brazil using the International Classification of Primary Care

Gustavo de Araújo Porto Landsberg<sup>1</sup>  
Leonardo Cançado Monteiro Savassi<sup>2</sup>  
André Bonamigo de Sousa<sup>3</sup>  
Janaína Miranda Rocha de Freitas<sup>3</sup>  
Janaína Le Sann Nascimento<sup>3</sup>  
Rafael Azagra<sup>4</sup>

**Abstract** *In various countries, motives for contact of patients with Primary Health Care (PHC) is classified by the International Classification of Primary Care (ICPC-2). This instrument enables the assessment of why people seek care, thereby assisting in planning strategies to attend the population's health needs. The scope of this study was to identify the main reasons for same-day appointments in PHC units of a medium-sized Brazilian city. The methodology used was to examine all records of a typical month of three family practice residents. Data were extracted from a secondary database of same-day appointments during the spring of 2010, classified with ICPC and then statistically analyzed. 1222 records were considered; 32 motives accounted for 50% of contacts. Most common motives were related to the General and Unspecific chapter of the ICPC. About 20% of visits occurred for administrative reasons. Female sex and greater age were determinants of greater motives for consultation. Knowing the motives for appointments by gender and age may help PHC teams in tackling health problems at the critical point of access to PHC.*

**Key words** *Primary Health Care, Access to health services, Care, Health service needs and demands*

**Resumo** *Em vários países, motivos de contatos entre pacientes e a Atenção Primária (APS) são codificados pela Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP-2). Tal instrumento permite avaliar as razões que levam pessoas a buscarem cuidados, sendo útil no planejamento de estratégias para contemplar as necessidades de saúde da população. Objetivo: estudar os principais motivos de consulta na demanda espontânea da atenção primária em município de médio porte brasileiro. Metodologia: considerou-se todos os registros de acolhimento num mês típico de trabalho de três médicos residentes de medicina de família e comunidade. Os dados foram extraídos de banco de dados secundário, classificados com a CIAP-2 e analisados estatisticamente. Resultados: avaliou-se 1222 registros de consultas; 32 motivos representaram 50% dos contatos. As razões mais frequentes de busca por cuidados relacionavam-se ao capítulo Geral e inespecífico. Quase 20% das consultas ocorreram por motivos administrativos. Sexo feminino e aumento da idade determinaram maior número de motivos para consultar. Conclusão: conhecer os motivos de consulta por gênero e idade pode ajudar as equipes no enfrentamento dos problemas de saúde apresentados no acolhimento – ponto crítico do acesso à APS.*

**Palavras-chave** *Atenção Primária à Saúde, Acesso aos serviços de saúde, Acolhimento, necessidades e demandas de serviços de saúde*

<sup>1</sup> Faculdade de Medicina, Universidade José Rosário Vellano (Unifenas-BH). Rua Libano 66, Itapoã. 31710-030 Belo Horizonte MG.

gustavolandsberg@gmail.com  
<sup>2</sup> Departamento de Ciências Médicas, Universidade Federal de Ouro Preto.

<sup>3</sup> Residência de Medicina de Família e Comunidade, Hospital Regional de Betim.

<sup>4</sup> Departamento de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona.

## Introdução

A Atenção Primária a Saúde (APS) tem o desafio de lidar com pessoas, independente de faixa etária, gênero, ciclo de vida ou afecção orgânica. Neste contexto, lida com problemas de saúde que se mostram em um estágio mais inicial, ou indiferenciado, não chegando a se constituir em um diagnóstico formal. Muitos sintomas nunca chegarão a definir uma doença que seja classificável ou codificável<sup>1</sup>.

Na Conferência Internacional de Alma Ata, em 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA) concluíram que construir sistemas de cuidados primários adequados dependia do acesso dos profissionais de atenção primária às informações certas, por novos sistemas de classificação<sup>2-3</sup>. Um Grupo de Trabalho da OMS desenvolveu então uma Classificação Internacional de Motivos de Consulta em Atenção Primária, chamada “Classificação de Motivos de Consulta” (CMC)<sup>4-6</sup>, que serviria de base para o posterior desenvolvimento da Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP ou ICPC, do termo em inglês *International Classification in Primary Care*),

publicada em 1987. Esta classificação está em sua segunda versão, a de 1998<sup>7</sup>.

A Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP) trabalha com o conceito de “episódio de cuidado”, definido como todo tipo de atenção prestada a um determinado indivíduo que apresente um problema de saúde, desde a primeira vez que a pessoa procura atenção devido àquele problema até o último encontro com o profissional por este motivo. Um episódio de cuidado pode durar uma consulta ou mais, e pode até mesmo nunca se encerrar - como no caso de um paciente com diabetes ou com má formação congênita, por exemplo<sup>8</sup>.

A CIAP tem como premissa registrar três aspectos do episódio de cuidado: o *motivo da consulta*, o *diagnóstico do problema* percebido pelo profissional de saúde e a *intervenção* resultante.

O motivo da consulta (ou razão para o encontro) é um elemento chave no registro, devendo estar claro entre o paciente e o profissional, e ser classificado *tal como expresso pelo paciente*. Pessoas podem buscar atenção por diversos motivos: uma solicitação burocrática, um anseio, o medo de uma doença, a procura por uma informação técnica, ou a necessidade de discutir situações ligadas a questões não biomédicas – além de sinais, sintomas e doenças pré-estabelecidas (Figura 1).

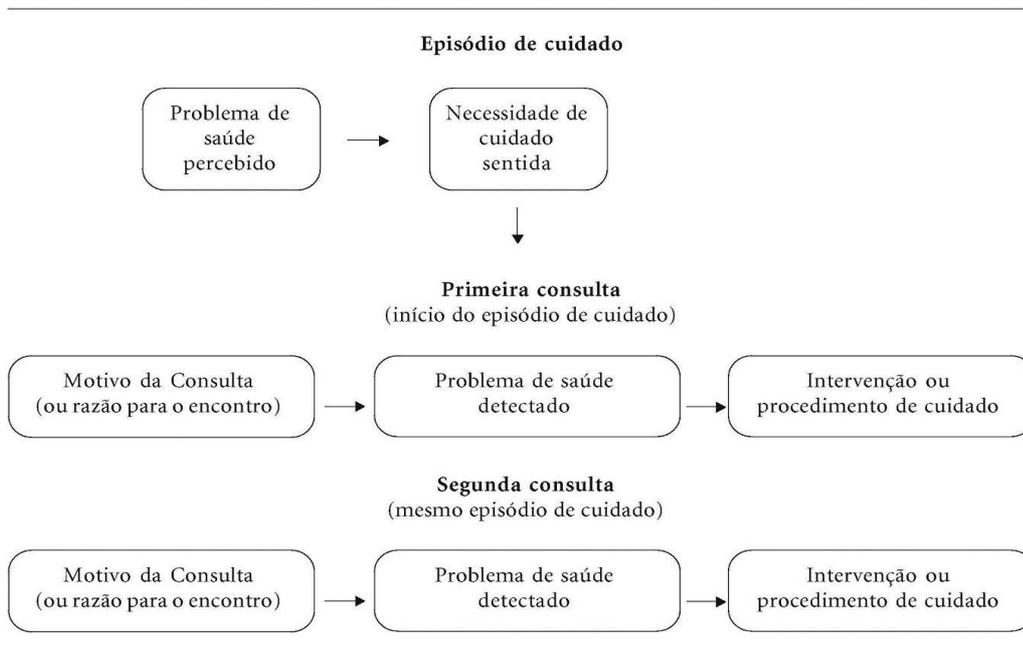


Figura 1. Estrutura do episódio de cuidado.

A CIAP representa-se com um código alfanumérico de uma letra e dois numerais – tal como a CID. Ela se divide em dezessete capítulos, que abordam todos os sistemas, incluindo o psicológico, a gravidez e o planejamento familiar, problemas sociais e um capítulo de situações gerais e não específicas. Cada capítulo é por sua vez dividido em sete componentes: de queixas e sintomas, de procedimentos e diagnósticos preventivos, de medicações, tratamentos e terapêutica, de resultados de exames, componente administrativo, de acompanhamento e outros motivos de consultas e de diagnósticos e doenças, estas divididas em infecciosas, neoplasias, lesões, anomalias congênicas e outras. O Brasil adquiriu a licença para utilizar a CIAP-2 em 2006<sup>3</sup> (Figura 2).

A CIAP foi idealizada para contemplar os motivos de consulta, problemas e as intervenções mais frequentes no âmbito da Atenção Primária, sendo, portanto, o sistema de classificação mais adequado para o uso neste nível de atenção. Inclui cerca de 200 sintomas/queixas e 300 diagnósticos comuns em APS. Quase todos apre-

sentam uma incidência de pelo menos 1 para cada 1000 pacientes/ano<sup>9</sup>.

Ela não representa uma proposta de substituição à CID, que permanece válida há mais de um século para denominar e classificar causas de morbi-mortalidade. CIAP e CID podem, inclusive, ser utilizadas de maneira concomitante. Um sistema de conversão está disponível e pesquisas empíricas confirmam que ambas são complementares<sup>3</sup>.

Entretanto, os problemas de saúde observados na APS têm características peculiares, já bem estudadas. Em 1963, em seu clássico estudo, Crombie observou que em apenas 50% das consultas ocorridas neste nível de cuidados é possível estabelecer um diagnóstico preciso<sup>10</sup>. Neste estudo, o autor apresenta cinco conclusões, que permanecem atuais:

1. Muitos “problemas” são autolimitados e requerem apenas observação ativa.
2. Muitos pacientes demandam apenas serviços administrativos.
3. A fisiopatologia de base de “problemas” indefinidos e não graves é desconhecida.

Capítulos	A Geral	B Sangue, órgãos hematopoiéticos e linfáticos	D Aparelho digestivo	F Olhos	H Ouvidos	K Aparelho circulatório	L Sistema musculoesquelético	N Sistema nervoso	P Psicológico	R Aparelho respiratório	S Pele	T Endócrino, metabólico e nutricional	U Urinário	W Gravidez e planejamento familiar	X Aparelho genital feminino (incluindo mama)	Y Aparelho genital masculino	Z Problemas sociais
Componentes	1 Queixas e sintomas																
	2 Procedimentos diagnósticos e preventivos																
	3 Medicações, tratamentos e procedimentos terapêuticos																
	4 Resultados de exames																
	5 Administrativo																
	6 Acompanhamento e outros motivos da consulta																
	7 Diagnósticos e doenças																

Figura 2. Estrutura biaxial da CIAP-2.

4. Exames laboratoriais e a tecnologia não colaboram para o complexo processo diagnóstico de “problemas” frequentes.

5. É má prática tentar vigorosamente a definição de um diagnóstico para um “problema” vago, especialmente se este está acompanhado de componentes psicológicos.

Espera-se que uma equipe de APS bem estruturada resolva entre 80 e 95% dos problemas de saúde de sua população, já que cerca de 50 diagnósticos mais comuns respondem por mais da metade da demanda das unidades básicas de saúde<sup>11</sup>. Em Porto Alegre, de 7849 atendimentos, 91% foram resolvidos por Médicos de Família e Comunidade (MFC), sem a necessidade de encaminhamentos para outros níveis do sistema<sup>12</sup>. Em Florianópolis, 2008, de 5698 encontros avaliados, 753 encaminhamentos a outras especialidades médicas foram realizados – ou seja, cerca de 13,2%. Além disso, 305 foram referidos a outros profissionais de saúde, não-médicos (5,3%)<sup>13</sup>.

Segundo Starfield, apenas 26 problemas de saúde correspondem a 50% de todos os motivos de consultas de médicos de família nos Estados Unidos, número ligeiramente superior aos 22 motivos de consulta para especialistas em adultos não grávidos (medicina interna), embora bem superior aos sete motivos para pediatras, e apenas três para ginecologistas. Além disto, os mesmos dados nos EUA, de 1994, apontam que os MFC encaminham em média apenas 6,3% dos seus pacientes<sup>14</sup>. Em Florianópolis, de 5698 encontros avaliados, os 30 problemas mais comuns de saúde representaram 50% de todas as consultas<sup>13</sup>.

Entretanto, para que a Atenção Primária possa exercer seu potencial resolutivo, inicialmente deve-se contemplar o primeiro atributo essencial que caracteriza este nível de cuidados. É função da APS ser a *porta de entrada* de um sistema de saúde, oferecendo aos usuários acesso ao mesmo<sup>14</sup>.

Dificuldades relacionadas ao acesso à APS existem no mundo todo<sup>15-17</sup>. No Brasil não seria diferente. A ampliação de ferramentas de acesso é pauta de discussão em todos os âmbitos – gestão, academia, controle social, sociedades de especialidades, grupos virtuais – e tem como novo capítulo a recente utilização da escala de risco de Manchester na Atenção Primária do estado de Minas Gerais<sup>18</sup>.

Neste contexto de escassa informação sobre o tema, desenhou-se o presente estudo objetivando determinar os motivos de consulta mais comuns em uma população de médio porte brasileira.

## Material e métodos

Estudo descritivo transversal realizado em três Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) de Betim, Minas Gerais, Brasil – representando 10% das equipes do município.

Foi selecionada uma mostra de conveniência em três das equipes sob a responsabilidade do programa de residência em Medicina de Família e Comunidade do Hospital Regional de Betim. Incluiu-se no estudo toda a população atendida na demanda espontânea do mês de outubro de 2010. Os médicos que participaram da coleta de dados eram residentes, cada um responsável por uma equipe de saúde da família. Todos receberam um treinamento constituído por quatro horas de aula teórica e outras quatro horas de treinamento prático em classificação com CIAP-2.

Foram consultados bancos de dados secundários (registros de acolhimento) durante todo o mês de outubro de 2010. Não entraram no estudo as consultas programadas. Posteriormente, os motivos de consulta foram codificados para a Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP-2). A codificação dos residentes foi comparada àquela feita às cegas pelo supervisor do treinamento. Nos casos em que houve disparidades, foram aceitas as codificações do supervisor.

Por se tratar de consulta a banco de dados secundários, não foram aplicados termos de consentimento livre e esclarecido.

## Análise dos Dados

As variáveis coletadas para este estudo foram descritas com a média como medida de tendência central, no caso de variáveis quantitativas, e com a frequência absoluta no caso das qualitativas. Os parâmetros de interesse foram estimados mediante um intervalo de confiança correspondente. Também se estudou a associação entre duas variáveis. Por tratar-se de uma variável qualitativa e uma quantitativa, a associação foi avaliada mediante uma prova T-Student ou ANOVA (para múltiplas variáveis). Todos os intervalos foram realizados com uma confiança de 95% e todas as hipóteses para comprovar associação de variáveis realizadas com um risco alfa de 5%. Os dados foram analisados com o programa SPSS 17.0 para Mac OS.

## Resultados

Foi classificado um total de 1.220 registros de motivo de consulta em acolhimento, relativos ao atendimento de 562 pessoas – das quais 68,1% pertenciam ao sexo feminino e 31,9% ao masculino. O Gráfico 1 representa a distribuição por gênero e faixa etária da população estudada.

No total, 305 diferentes motivos para consulta foram codificados na amostra. Os 50 mais frequentes destes contatos são explicitados na Tabela 1.

Os dois motivos de consulta mais frequentes estão relacionados com resultados de exames e prescrição de medicação, com 11,3% do total. Em terceiro lugar está o motivo clínico mais frequente: a cefaleia. Seguem então o quarto e quinto motivo de consulta – febre e tosse, respectivamente.

Os 32 primeiros motivos concentram cerca de 50% das consultas. Destes, 7 são administrativos e 25 são identificados como clínicos (como dor ou outros sintomas). Praticamente 20% das consultas ocorreu por razões administrativas.

Na Tabela 2 se observa que quase 30% dos motivos de consulta estão classificados no capítulo A da CIAP-2, relativo a problemas *gerais ou inespecíficos*. A partir daí, seguem os motivos de consulta respiratórios, digestivos, musculoesqueléticos, de pele e neurológicos – que somam 36,5% do total. Aproximadamente um terço das razões para consultar-se estão classificados nos demais capítulos.

Em 44% das consultas, os pacientes apresentaram apenas um motivo para procurar atendimento. Outros 24,2% tinham duas razões para buscar uma consulta, e ainda 31,8% apresentavam 3 ou mais motivos.

A média de motivos de consulta por pessoa aumenta com a faixa etária até os 59 anos (Gráfico 2), embora este número se reduza ligeiramente a partir dos 60 anos. A média passa de 1,87 motivos por pessoa na faixa etária da infância para até 2,40 na faixa de 50 a 59 anos. Os achados foram estatisticamente significativos quando comparadas a médias de adultos jovens (18-39 anos) com a de adultos entre 40 a 59 anos ( $p = 0,01$ ).

Houve diferença estatística entre gêneros quanto ao número de queixas por pessoa. Homens apresentaram uma média de 1,98 motivos de consulta; as mulheres, 2,23 ( $p = 0,03$ ). Há também uma grande diferença de proporção de atendimento entre os gêneros, que chega a 8,2 mulheres para cada homem atendido na faixa dos 30-39 anos (Gráfico 3).

Quando analisadas as médias de motivos de consulta distribuída pelos dias da semana, observa-se que na segunda-feira e na sexta-feira os pacientes tendem a apresentar mais motivos de consulta. Tais achados são estatisticamente relevantes quando se compara a média de sexta-feira com as médias de terça e a quarta-feira ( $p < 0,05$ ).

Os motivos “Gerais e inespecíficos” foram os responsáveis mais frequentes pelos contatos com

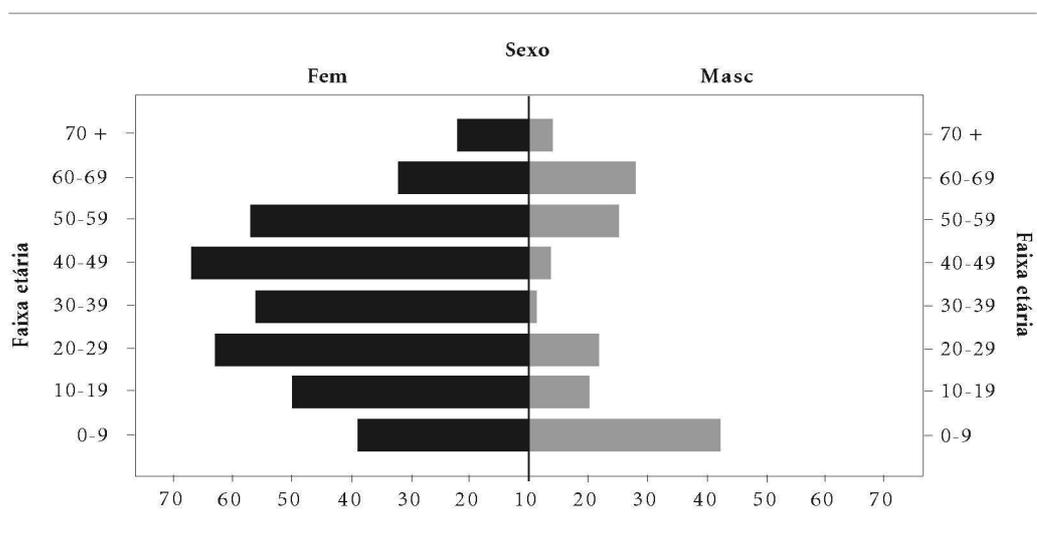


Gráfico 1. Distribuição por gênero e idade da população estudada.

**Tabela 1.** Registro dos 50 motivos mais prevalentes de contatos na atenção primária classificados pela CIAP-2, Betim, 2010.

	<b>Codificação pela CIAP-2</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>	<b>Percentual cumulativo</b>
1.	A60 – Resultado de Análises / Procedimentos	91	7.7	7.7
2.	A50 – Medicação/prescrição/renovação/injeção	42	3.6	11.3
3.	N01 – Cefaleia	34	2.9	14.2
4.	A03 – Febre	30	2.5	16.7
5.	R05 – Tosse	26	2.2	18.9
6.	A01 – Dor Generalizada/Múltipla	23	2.0	20.9
7.	K50 – Medicação/prescrição/renovação/injeção (sistema Circulatório)	22	1.9	22.8
8.	P50 – Medicação/prescrição/renovação/injeção (sistema Psicológico)	21	1.8	24.5
9.	L14 – Sinais/sintomas da coxa/perna	20	1.7	26.2
10.	A85 – Efeito adverso de fármaco dose correta	19	1.6	27.8
11.	L03 – Sinais/sintomas da região lombar	18	1.5	29.4
12.	S02 – Prurido	16	1.4	30.7
13.	A04 – Debilidade/cansaço geral/fadiga	15	1.3	32.0
14.	R03 – Respiração ruidosa	15	1.3	33.3
15.	D01 – Dor abdominal generalizada/cólicas	14	1.2	34.5
16.	D10 – Vômito	14	1.2	35.7
17.	F05 – Outras perturbações visuais	14	1.2	36.8
18.	R02 – Dificuldade respiratória, dispneia	13	1.1	37.9
19.	S04 – Tumor/inchaço localizado	13	1.1	39.0
20.	U01 – Disúria/micção dolorosa	13	1.1	40.2
21.	R21 – Sinais/sintomas da garganta	12	1.0	41.2
22.	F01 – Dor no olho	11	0.9	42.1
23.	Z10 – Problema relacionado com sist. de saúde	11	0.9	43.0
24.	P01 – Sensação ansiedade/nervosismo/tensão	10	0.8	43.9
25.	A05 – Sentir-se doente	9	0.8	44.7
26.	A16 – Criança irritável	9	0.8	45.4
27.	K60 – Resultado de análises/procedimentos (sistema circulatório)	9	0.8	46.2
28.	K85 – Pressão arterial elevada	9	0.8	46.9
29.	R25 – Expectoração/mucosidade anormal	9	0.8	47.7
30.	T50 – Medicação/prescrição/renovação/injeção (sistema Endócrino/Metabólico)	9	0.8	48.5
31.	X14 – Secreção Vaginal	9	0.8	49.2
32.	X15 – Sinais/sintomas da vagina	9	0.8	50.0
33.	A11 – Dores torácicas NE	8	0.7	50.7
34.	A13 – Receio/Medo do tratamento	8	0.7	51.4
35.	A62 – Procedimento administrativo	8	0.7	52.0
36.	A65 – Episódio/problema iniciado por outro NE	8	0.7	52.7
37.	D02 – Dores abdominais, epigástricas	8	0.7	53.4
38.	N17 – Vertigens/tonturas	8	0.7	54.1
39.	Z05 – Problemas com condições de trabalho	8	0.7	54.8
40.	A34 – Análise de sangue	7	0.6	55.3
41.	A48 – Esclarecimento/discussão do motivo da consulta	7	0.6	55.9
42.	A49 – Outros procedimentos preventivos	7	0.6	56.5
43.	A72 – Varicela	7	0.6	57.1
44.	D20 – Sinais/sintomas da boca/língua/lábios	7	0.6	57.7
45.	F03 – Secreção ocular	7	0.6	58.3
46.	F29 – Outros sinais/sintomas oculares	7	0.6	58.9
47.	S05 – Tumores/inchaços generalizados	7	0.6	59.5
48.	S06 – Erupção cutânea localizada	7	0.6	60.1
49.	A92 – Alergia/reação alérgica NE	6	0.5	60.6
50.	T03 – Perda de apetite	6	0.5	61.1
51.	U07 – Outros sinais/sintomas urinários	6	0.5	61.6

a atenção primária betinense em todas as faixas etárias (Quadro 1). Se considerarmos a evolução por faixa etária, os motivos relacionados ao sistema respiratório foram importantes na infância, com motivos relacionados à pele e ao olho tendo maior importância até os 19 anos. Na faixa etária do adolescente, as questões relativas ao genital feminino, gravidez e planejamento familiar assumem papel preponderante.

A partir da idade adulta, passam a ser mais importantes problemas digestivos até os 39 anos, e depois circulatórios até os 59 anos. Problemas neurológicos e músculo-esqueléticos permanecem frequentes durante toda a fase adulta, sendo que estes se tornam mais importantes na primeira faixa etária do idoso. Os problemas respiratórios voltam a ser frequentes no idoso acima de 70 anos.

## Discussão

A classificação pelo CIAP-2 nos permite entender melhor os motivos que levam uma pessoa a consultar-se. No presente estudo, verificou-se que 32 motivos de consultas (codificados com CIAP-2) foram responsáveis por 50% da demanda espontânea; e os 51 motivos mais comuns representariam 61,7% da procura nas UBS de Betim (Tabela 1).

A codificação de acordo com capítulos da CIAP-2, gênero e faixa etária reflete algumas situações peculiares à Atenção Primária. Em primeiro lugar, o capítulo “Geral e inespecífico” representou 29,8% de todos os contatos no período estudado, e foi o mais frequente em todas as faixas etárias, um dado que ilustra que os problemas de saúde na APS se apresentam de uma maneira ainda indiferenciada, e que muitos dos sintomas inclusive não chegam a ser atribuídos a um diagnóstico específico. Esta observação é corroborada pela lista dos principais motivos de consulta (Tabela 1), na qual figuram sinais e sintomas inespecíficos – tais como *febre*, *dor generalizada* e *fadiga*. A partir dos 70 anos, o capítulo “Geral e inespecífico” tem papel ainda mais importante, representando mais de 40% do contato com as UBSF. Além disso, observou-se uma grande procura por serviços administrativos, com um total de quase 20% dos motivos de consulta – em especial para pedido de medicação ou para mostrar resultados de exames. Estes dados são análogos aos encontrados em Portugal por Rodrigues avaliando 7855 encontros ocorridos em um período de 3 anos<sup>19</sup>.

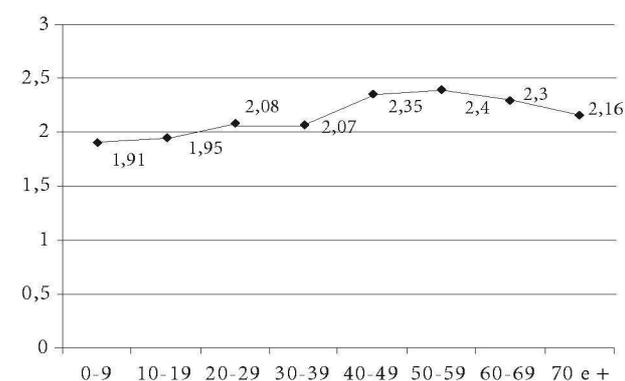
Os três motivos clínicos mais frequentes fo-

ram cefaleia, febre e tosse – nesta ordem. São exatamente os mesmos achados de um estudo multicêntrico com 24.000 encontros codificados com CIAP-2 na África do Sul<sup>20</sup>.

No presente estudo, o número de homens que procuram a Unidade Básica de Saúde espontaneamente é muito inferior ao número de mulheres. Tal achado é consonante à recente Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, que objetiva facilitar e ampliar o acesso da

**Tabela 2.** Registro dos motivos de consultas na atenção primária segundo capítulos do CIAP-2. Betim, 2010.

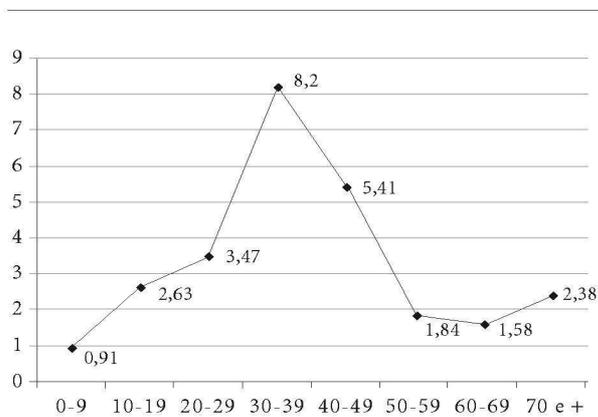
Capítulo da CIAP-2	Contatos n (%)
A – Geral e inespecífico	363 (29,8%)
R – Respiratório	114 (9,3%)
D – Digestivo	96 (7,9%)
L – Músculo-esquelético	87 (7,1%)
S – Pele	75 (6,1%)
N – Neurológico	75 (6,1%)
F – Olho	60 (4,9%)
K – Circulatório	60 (4,9%)
X – Genital feminino	59 (4,8%)
P – Psicológico	56 (4,6%)
Z – Problemas sociais	41 (3,4%)
U – Urinário	39 (3,2%)
T – Endócrino/metabólico/nutricional	36 (3,0%)
W – Ggravidez/parto e planejamento familiar	28 (2,3%)
H – Ouvido	21 (1,7%)
Y – Genital masculino	7 (0,6%)
B – Sangue, sistema hematopoiético, linfático e baço	3 (0,3%)
Total =	1222 (100%)



**Gráfico 2.** Média de motivos de consulta por paciente no atendimento a demanda espontânea. Betim, 2010.

população masculina aos serviços de saúde – tendo em conta que a cada três mortes de pessoas adultas, duas são de homens<sup>21</sup>.

Outro dado importante é que a média de motivos de consulta das pessoas aumenta com a idade, até os 59 anos (Gráfico 2). Não se encontrou na literatura outros estudos que analisem média de motivos de consulta por faixa etária, porém entre crianças alemãs Frese encontrou médias mais baixas, variando entre 1,39 e 1,65 motivos por peso entre 0 e 19 anos<sup>22</sup>. No presente estudo, estes valores variaram entre 1,91 e 1,95 – no mesmo grupo de idade. Levando em consideração todas as idades, observou-se uma média de 2,1 motivos por encontro – valor idêntico ao encontrado no estudo em Portugal<sup>19</sup>.



**Gráfico 3.** Proporção feminino vs. masculino de atendimentos a demanda espontânea. Betim, 2010.

Nas faixas etárias de 20-29 anos, 30-49 anos, e 40-49 anos não se registrou nenhum motivo de consulta relacionado ao capítulo “Genital masculino”, o que pode refletir uma procura menor de homens nesta faixa (já que genital masculino somente pode ser uma queixa masculina), a não preocupação ou mesmo ausência de queixas masculinas nesta área (sinais e sintomas, contracepção, sintomas prostáticos, doenças sexualmente transmissíveis). Nestas faixas etárias registram-se as maiores diferenças entre homens e mulheres quanto a procura pelos serviços de saúde (Gráfico 3). O acesso do homem à Atenção Primária é reflexo de condições culturais e do processo de trabalho da equipe, que pode se organizar para ofertar ações em horários alternativos, visto que a maioria tem sua jornada laboral no mesmo horário de funcionamento das UBS.

Outro ponto de inflexão importante é que os capítulos “Genital Feminino” e “Gravidez, parto e planejamento familiar” foram respectivamente segundo e terceiro motivos mais comuns de consulta em mulheres na faixa etária de 10-19 anos, impactando na estatística geral como segunda e quarta causas, um indicativo importante da forte presença da sexualidade na adolescência, e suas consequências. Estes achados são semelhantes aos encontrados no estudo sul-africano, no qual Mash et al. observaram um alto número de consultas para planejamento familiar na faixa etária dos 10-14 anos<sup>20</sup>. Os serviços devem, assim, estar preparados para receber estas adolescentes e ofertar opções de cuidados adequados a estas necessidades.

Analisando os capítulos mais classificados em todas as idades (Quadro 1), observa-se que den-

**Quadro 1.** Cinco capítulos mais frequentes de consulta de acordo com a faixa etária, Betim, 2010.

0 – 9 anos	10-19 anos	20-29 anos	30-39 anos	40-49 anos
Geral e Inespecífico Respiratório Pele Digestivo Olho	Geral e Inespecífico Olho* Genital Feminino* Gravidez, Planejamento Pele	Geral e Inespecífico Digestivo Genital Feminino Neurológico* Urinarário*	Geral e Inespecífico Digestivo Musculoesquelético Neurológico* Genital Feminino*	Geral e Inespecífico Circulatório Musculoesquelético Neurológico Digestivo
50-59 anos	60-69 anos	70 e mais	Geral	
Geral e Inespecífico Circulatório Digestivo Musculoesquelético* Neurológico*	Geral e Inespecífico Musculoesquelético Circulatório Psicológico Respiratório	Geral e Inespecífico Respiratório Circulatório* Músculo Esquelético* Pele	Geral e Inespecífico Respiratório Digestivo Musculoesquelético Neurológico e Pele	

\*capítulos com asterisco apresentaram mesma frequência e foram dispostos na ordem em que aparecem na CIAP-2

tre os cinco mais frequentes, quatro deles coincidem com os dados da África do Sul<sup>20</sup>. O único que não figura na lista é o capítulo de problemas circulatórios. Em nosso estudo, este capítulo foi apenas a sétima causa geral, e sua importância dentro os motivos de consultas aumenta com a idade, sendo o segundo mais importante entre 40-49 anos, 50-59 anos e a terceiro a entre 60-69 anos. A divergência em relação a outros estudos pode ser explicada pela metodologia destes, que trabalham com o volume total de pacientes enquanto optamos por avaliar os motivos de consultas que se apresentam na demanda espontânea.

Na infância, as queixas respiratórias assumem um papel importante, sendo este o segundo motivo mais frequente de consultas na faixa etária de 0-9 anos, responsável por 27,3% do total de atendimentos. Este volume na infância faz com que o capítulo Respiratório seja a segunda causa geral, pois os motivos de consulta referentes a este só voltam a estar entre os cinco mais importantes no idoso. Isto está de acordo com a literatura, na qual se observa tosse (R05) entre os motivos de consulta mais comuns naqueles países onde sistematicamente se coletam dados sobre motivos de consulta com CIAP<sup>19-20,23-24</sup>.

Alguns estudos brasileiros avaliaram os motivos de consulta na Atenção Primária, sob métodos de classificação distintos, e em diferentes aspectos. Existem autores que estudaram os principais motivos de busca por atendimento, porém classificando os contatos por doenças diagnosticadas (CID-10) e não pelos motivos de consulta explicitados na CIAP<sup>25</sup>.

Há poucos estudos brasileiros utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária<sup>26</sup>. Dois grupos utilizaram a sua primeira edição: na década de 80, conduziu-se um teste de abrangência e exequibilidade em seis unidades de São Paulo e Rio Grande do Sul<sup>27</sup>. Outro, conduzido na Unidade de Atenção Primária Sanitária Murialdo (SSMA), na periferia de Porto Alegre, utilizou a primeira edição da CIAP (CIAP-1) para classificar a razão de 4.319 consultas ocorridas entre 1985-86, encontrando entre principais motivos de consulta a busca por motivos administrativos – dados similares aos de Betim. Neste trabalho, os 20 códigos da CIAP-1 mais frequentes explicaram 63% dos motivos de encontros<sup>28</sup>.

Finalmente, um importante estudo de atendimentos na atenção primária foi realizado em Florianópolis utilizando a CIAP-2, no qual médicos voluntários em diversas UBS registraram motivos de consulta e diagnósticos durante uma semana em cada estação do ano<sup>13</sup>. O autor ob-

servou que houve pouca variabilidade, tanto nos motivos de consulta quanto nos problemas de saúde diagnosticados, nas distintas estações do ano, sendo que a codificação “medicina preventiva” e “manutenção da saúde” foram os motivos por 5 a 7% dos atendimentos de acordo com a estação. De um total de 5.590 atendimentos, o capítulo Geral e Inespecífico respondeu por 17,1% dos atendimentos em APS, seguido de músculo-esquelético, circulatório, respiratório e digestivo. Especificamente para o período da primavera, de 1585 formulários preenchidos, as cinco causas de consulta mais comuns foram medicina preventiva/manutenção de saúde (5,5%), medicação/prescrição/renovação/injeção referente ao aparelho circulatório (3,1%), tosse (3,0%), hipertensão sem complicações (3,0%) e cefaleia (2,8%). Novamente destaca-se que foram considerados todos os atendimentos em uma semana típica em cada estação, e não apenas os atendimentos de demanda espontânea.

É sabido que, dentre os usuários do SUS, há predomínio de mulheres, crianças, pretos e pardos, baixa escolaridade e renda<sup>29-30</sup>. A busca pelo atendimento da demanda espontânea através dos *motivos de consulta* – elemento-chave da CIAP – pode oferecer um maior conhecimento sobre como e porque essa população utiliza os serviços de saúde, possibilitando ampliar o acesso e responder à demanda de uma maneira centrada na pessoa.

### Limitações e Pontos Positivos

Nosso estudo apresenta algumas limitações e também alguns pontos positivos. Dentre as limitações, poderíamos destacar alguns aspectos relativos à codificação. Em primeiro lugar, se trata de uma base de dados secundária, onde médicos residentes coletaram dados de seus cadernos de acolhimento, e depois os classificaram. As codificações tiveram baixo grau de concordância simples com aquela realizada pelo supervisor (ao redor de 60%). De toda maneira, ao final foram consideradas aquelas realizadas pelo supervisor, nos casos em que ocorreram disparidades.

Uma questão a ser comentada diz respeito à sazonalidade. Este estudo foi conduzido durante a primavera e, mesmo que um outro autor<sup>13</sup> não tenha encontrado grandes variabilidades sazonais nos motivos de consulta, alguns sintomas mais frequentes no inverno (como tosse, por exemplo) podem estar subestimados.

Outro ponto relaciona-se à amostragem por conveniência. O fato de a amostra não haver sido

aleatorizada e não ser representativa do município impede fazer inferências a outras populações.

Apesar disso, o presente estudo apresenta resultados similares aos encontrados em outras partes do mundo, e vem acrescentar algumas qualidades metodológicas ao contexto da APS brasileira, a saber: (1) a utilização de base de dados *relativa exclusivamente a demanda espontânea*, via acolhimento e (2) a classificação por profissionais especificamente treinados no uso da CIAP-2.

### Conclusão

A CIAP-2 se apresenta como a ferramenta mais adequada para classificar motivos de consultas na APS, pois foi desenvolvida para este contexto, e permite avaliar o motivo da consulta de acordo com a necessidade do paciente, tendo íntima relação com o método clínico centrado na pessoa. O fato das doenças se apresentarem ainda indiferenciadas neste âmbito de atenção torna ainda mais importante sua adoção, em especial como parte do processo de trabalho da equipe no primeiro contato ao usuário, utilizando a ferramenta do acolhimento.

A partir do entendimento dos motivos de consultas de acordo com gênero e faixa etária, a equipe pode se organizar melhor para programar as portas de saída do acolhimento, objeti-

vando contemplar as necessidades de saúde da população ao lidar com a demanda espontânea.

### Colaboradores

GAP Landsberg, JLS Nascimento, JMR Freitas participaram da concepção e do delineamento. AB Souza, JLS Nascimento e JMR Freitas participaram da coleta de dados. GAP Landsberg, LCM Savassi e R Azagra participaram da análise e interpretação dos dados. GAP Landsberg, LCM Savassi, AB Souza e R Azagra participaram da redação do artigo e da aprovação da versão a ser publicada.

### Agradecimentos

A Gustavo Gusso e Kees Van Boven, pelas orientações e referências. A Juan Carlos Martín, pela colaboração com as análises estatísticas. Este estudo foi apresentado como trabalho de conclusão do mestrado em Atenção Primária à Saúde da Universitat Autònoma de Barcelona, Espanha.

## Referências

- McWhinney IR. *Manual de Medicina de la Familia y Comunidad*. 3ª Edición. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria, Alma-Ata, URSS, 6-12, septiembre de 1978. Ginebra: OMS; 1978.
- World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. *Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2)* - Comitê Internacional de Classificação da WONCA. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2009.
- Meads S. The WHO Reason for Encounter classification. *WHO Chronicle* 1983; 37(5):159-162.
- Lamberts H, Meads S, Wood M. Classification of reasons why persons seek primary care: pilot study of a new system. *Public Health Reports* 1984; 99(6):597-605.
- Lamberts H, Meads S, Wood M. Results of the international field trial with the Reason for Encounter Classification (RFECC). *Med Social Preventive* 1985; 30(2):80-87.
- Lamberts H, Wood M. *International Classification of Primary Care (ICPC)*. Oxford: Oxford University Press; 1987.
- Lamberts H, Hofmans-Okkes IM. Episode of Care: A Core Concept in Family Practice. *J Fam Pract* 1996; 42(2):161-167.
- Okkes IM, Oskam SK, Lamberts H. The probability of specific diagnoses for patients presenting with common symptoms to Dutch family physicians. *J Fam Pract* 2002; 51(1):31-36.
- Crombie DL. Diagnostic process. *J Coll Gen Pract* 1963; 6:579-589.
- Sampaio LFR. O Papel das Secretarias Estaduais de Saúde no Acompanhamento e Avaliação da Atenção Primária à Saúde: Contribuições para Discussão. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária*. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: Conass; 2004. p. 25-41. (CONASS Documenta, 7)
- Takeda S. Organização de serviços de Atenção Primária à saúde. In.: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, organizadores. *Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária baseadas em evidências*. 3ª Edição. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 76-78.
- Gusso GDF. *Diagnóstico de Demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: 2ª Edição (CIAP - 2)* [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2009.
- Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
- George A, Rubin G. Non-attendance in general practice: a systematic review and its implications for access to primary health care. *Family Practice* 2003; 20: 178-84.
- Murray M. Patient care: access. *BMJ* 2000; 320 (7249): 1594-1596.
- Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: O caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica* 1999; 15(2):345-353.
- Minas Gerais. Secretaria Estadual de Saúde [homepage na internet]. *Minas adota o protocolo de Manchester na atenção primária*. [acessado 2012 mar 3]. Disponível em: [http://www.saude.mg.gov.br/noticias\\_e\\_eventos/minas-adota-o-protocolo-de-manchester-na-atencao-primaria/](http://www.saude.mg.gov.br/noticias_e_eventos/minas-adota-o-protocolo-de-manchester-na-atencao-primaria/)
- Rodrigues JG. Porque consultam os utentes o seu médico de família? *Rev Port Clín Geral* 2000; 16(4): 442-452.
- Mash B, Fairall L, Adejayan O, Ikpefan O, Kumari J, et al. A Morbidity Survey of South African Primary Care. *PLoS ONE* 2012; 7(3):e32358.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento e Ações programáticas e Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes)*. Brasília: MS; 2008.
- Frese T, Klaus S, Herrmann K, Sandholzer H. Children and Adolescents Reasons for Encounter. *J Clin Med Res* 2011; 3(4):177-182.
- Okkes IM, Oskam SK, Van Boven K, Lamberts H. EFP. Episodes of care in Dutch Family Practice. Epidemiological data based on the routine use of the International Classification of Primary Care (ICPC) in the Transition Project of the Academic Medical Center/University of Amsterdam (1985-2003). In: Okkes IM, Oskam SK, Lamberts H, editors. *ICPC in the Amsterdam Transition Project*. CD-Rom. Amsterdam: Academic Medical Center, University of Amsterdam, Department of Family Medicine; 2005.
- Soler JK, Okkesb I, Oskamc S, Bovend Kv, Zivotice P, Jevticf M, Dobbsa F, Lambertsc H. *An international comparative family medicine study of the Transition Project data from the Netherlands, Malta, Japan and Serbia*. An analysis of diagnostic odds ratios aggregated across age bands, years of observation and individual practices. *Family Practice* [periódicos na internet]. Fev 2012. [acessado 2012 abr 23]. Disponível em: <http://fampra.oxfordjournals.org/content/early/2012/02/03/fampra.cmr098.abstract>
- Carvalho MS, D'Orsi E, Prates EC, Toschi WDM, Shiraiwa T, Campos TP, Ell E, Garcia NL, Junqueira AP, Serrão SA, Tavares EL. Demanda Ambulatorial em Três Serviços da Rede Pública do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica* 1994; 10(1):17-22.
- Sampaio MMA, Coeli CM, Almeida MTCGN, Moreno AB, Camargo Júnior KR. Revisão sistemática do desenvolvimento e dos usos da Classificação Internacional de Atenção Primária. *Cad Saude Colet* 2012; 20(1):3-14.
- Lebrão ML. Classificação Internacional de Motivos de Consulta para Assistência Primária: Teste em algumas áreas brasileiras. *Rev Saude Publica* 1985; 19(1):69-78.

28. Radaelli SM, Takeda SMP, Gimeno LID, Wagner MB, Kanter FJ, Mello VM, Borges JC, Ducan BB. Demanda de serviço de saúde comunitária na periferia de área metropolitana. *Rev Saude Publica* 1990; 24(3):232-240.
29. Tomasi E, Facchini LA, Thumé E, Piccini RX, Osorio A, Silveira DS, Siqueira FV, Teixeira VA, Dilélio AS, Maia MFS. Características da utilização de serviços de atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. *Cien Saude Colet* 2011; 16(11):4395-4404.
30. Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. *Cien Saude Colet* 2006; 11(4):1011-1022.

---

Artigo apresentado em 30/04/2012  
Aprovado em 17/07/2012  
Versão final aprovada em 30/08/2012

### 5.3 Terceiro Artigo

Savassi, LCM; Sarubi, TRB; Schall, VT; Modena, CM. **Análise dos conhecimentos de profissionais de saúde e educação sobre Hanseníase**

[em fase de submissão]

Com este artigo, a partir do reconhecimento das limitações e dos atributos da Atenção Primária, delineados na primeira metade deste projeto de pesquisa, procurou-se estabelecer meios de analisar a hanseníase sob a ótica da Educação em Saúde, optando-se pela pesquisa qualitativa como forma de aprofundar conhecimentos e impressões acerca da produção.

Assim, o primeiro passo foi atuar junto a profissionais com especial interesse na Educação em Saúde e para tanto, foi conduzido um grupo focal com estudantes da disciplina de Educação em Saúde do programa de pós-graduação do Centro de Pesquisas René Rachou – Fiocruz Minas.

A discussão sobre a hanseníase iniciou-se com um questionário da literatura, proposto por Oliveira *et al.* (2007), que abrange os componentes do conhecimento, do comportamento e preconceito, e das campanhas publicitárias e educação, e que apresentou como resultados o desconhecimento e o estigma presentes mesmo entre profissionais de nível superior com especial interesse em Educação em Saúde.

O Grupo focal abrangeu dois momentos, em que os participantes expuseram sua experiência pessoal com a doença e com a educação em saúde por eles percebida. Demonstrou-se que a maioria dos participantes considera inadequada a Educação em Saúde para hanseníase, sendo atingida pelas campanhas de uma maneira pontual e também fragmentada.

O grupo focal foi acompanhado de uma breve explanação sobre a doença, a fim de homogeneizar conhecimentos antes de sua segunda metade, na qual as pessoas fariam intervenções no sentido de propor meios de educação em saúde e comunicação em saúde, voltadas para este tema.

O conteúdo neste sentido foi direcionado então para a Educação em Saúde voltada para a hanseníase, onde se sobrepuseram as falas que apontaram a participação comunitária, através do empoderamento, e o entendimento das crenças das pessoas acerca do tema, por meio do Modelo de Crenças em Saúde, como estratégias adequadas para a construção de uma Educação em Saúde eficaz. As conclusões deste estudo foram:

- Que as campanhas educativas não parecem atingir de maneira adequada os profissionais, que as consideram pontuais e fragmentadas.
- A mudança das crenças acerca da “lepra” para “hanseníase” parece ter influenciado o medo e susceptibilidade em relação à doença (que formam o conceito de ameaça percebida).
- Foram apontados o “*empowerment* coletivo”, e o “modelo de crenças em saúde”, como principais estratégias para a abordagem educativa da doença.

## **Análise dos conhecimentos de profissionais de saúde e educação sobre Hanseníase**

**Submetido à revista Trabalho, Educação e Saúde.**

*Leonardo C M Savassi  
Tatiana Roberta Bogutchi Sarubi  
Virgínia Torres Schall  
Celina Maria Modena*

### **Resumo**

Embora doença conhecida há quatro milênios, a cura da hanseníase só foi descoberta em meados do último século, sendo um marco para a redução de casos e para uma proposta de erradicação da doença como problema de saúde pública. O Brasil permanece como o último país no mundo a não atingir esta meta. Objetivou-se avaliar os conhecimentos acerca de hanseníase e a postura de profissionais com especial interesse em Educação na Saúde. Para este propósito, foi aplicado um questionário de conhecimentos e realizado grupo focal com estudantes de uma disciplina de pós-graduação na Educação em Saúde. Os participantes pertenciam às áreas da saúde e educação. O questionário apontou desconhecimento quanto ao agente etiológico, comportamentos discriminatórios e insuficiência das campanhas de educação em saúde. O conteúdo do Grupo Focal apontou a fragmentação dos processos educativos, mediante campanhas pontuais, como fator relevante na insuficiência das informações para a erradicação. Encontrou-se o preconceito ainda existente como fator relacionado à doença, e a falta de processos educativos perenes como dificultador. Neste estudo, os principais marcos teóricos da Educação em Saúde foram debatidos, apontando-se o empoderamento coletivo, e o modelo de crenças em saúde, como principais estratégias para a abordagem educativa da doença.

**Palavras-chave:** Hanseníase, Educação em Saúde, Modelo de Crenças em Saúde.

### **Summary**

*Although known for four millennia, the cure of leprosy was only discovered in the middle of last century, being a milestone to the reduction of cases and to a proposal of eradicating the disease as a public health problem. Brazil remains as the last country in the World which did not achieve this goal. This study aimed to assess the knowledge and attitude about leprosy of professionals with a special interest in Health Education. For this purpose, we applied a knowledge questionnaire and conducted a focus groups with students of a post-graduate course in Health Education. Participants belonged the areas of health and education. The questionnaire showed lack of knowledge about the etiologic agent, discriminatory behavior and the insufficiency of health education campaigns. The Focus Group content showed the fragmentation of educational processes through specific campaigns, as a relevant factor in the lack of information for eradication. We met the prejudice that still exists as a factor related to disease, and lack of educational processes as complicating perennials. In this study, the main theoretical frameworks of Health Education were discussed, pointing to the collective empowerment, and health belief model, as key strategies for the educational approach of the disease.*

**Keywords:** *Leprosy, Health Education, Health Behaviour Model.*

## Introdução

A hanseníase está presente na história da humanidade há pelo menos quatro milênios (ROBBINS *et al.*, 2009), marcada pelo estigma da Bíblia Cristã e por práticas medievais segregacionistas e discriminatórias contra os doentes (DUCATTI 2009, MACIEL 2007, CARVALHO 2006). Tal estigma foi agravado no último século pelo ressurgimento do isolamento através de leprosários e preventórios (MONTEIRO 1991, SAVASSI 2010).

A eliminação da doença como problema de saúde pública, meta da Organização Mundial de Saúde/ OMS (WHO 1991) não foi alcançada pelo Brasil (WHO-WER 2011), que em 2009 adotou como estratégia o controle da doença em detrimento de sua erradicação, após nove anos de atraso em relação ao acordado com a OMS (BRASIL 2009). A endemia mantém focos de transmissão ativa, já que o coeficiente médio de detecção em menores de quinze anos de idade foi (BRASIL, 2012).

A despeito da descentralização dos serviços de saúde a partir de 1959, iniciada justamente pelo Serviço Nacional de Lepra (MACIEL 2007, CURI 2002 ROTBERG 1977), o Brasil ignorou a hierarquização e organização propostas na Inglaterra na década de 1920 (DOWSON, 1920), e ratificadas pela OMS na conferencia de Alma-Ata em 1978 (WHO 1978). Apenas em 1994 o país iniciou a reestruturação de sua Atenção Primária (APS), expandindo a Estratégia Saúde da Família a partir de 1998. A doença relaciona-se com a pobreza e condições sanitárias, demandando aos serviços de saúde acessibilidade e horizontalidade do cuidado.

Esta evolução não se acompanhou de formação e capacitação profissionais para a prática em APS (SAVASSI 2010). Profissionais de saúde foram graduados sob um modelo de ténue inserção comunitária, centrado em ambientes hospitalares, que em última análise atendem aqueles pacientes mais graves, cerca de 1% da população de referência de um território (WHITE *et al.* 1961, GREEN *et al.* 2001, IBGE 2005).

Brandão *et al.* (2008) relatam que, a despeito da recente descentralização das ações de saúde e da aproximação do Programa Nacional de Controle da Hanseníase da Atenção Básica, há uma fragilidade da integração entre as ações de controle e a própria Atenção Básica em virtude da fragilidade dos vínculos de trabalho, o que faz com que “a rotatividade de profissionais seja intensa e as capacitações não acompanham tal mudança”. A autora corrobora a hipótese de que “durante a formação acadêmica pouco nos é falado” sobre hanseníase. Ela aponta:

A integração entre Hanseníase e Atenção Básica será efetiva quando houver a valorização das ações de comunicação e educação, como a garantia de implementação das Diretrizes de Comunicação e Educação do PNCH á nível municipal. Inserção ampliada da Hanseníase nos currículos do Ensino médio e formação técnica em saúde, bem como, nos currículos de graduação das categorias de saúde, formando profissionais habilitados a atenção integral ao portador de hanseníase e seus familiares (BRANDÃO, 2008, p. 783).

A primeira experiência de Educação em Saúde para Hanseníase ocorreu na Noruega, ao fim do Século passado, mas apenas na 3ª Conferência Internacional de Lepra ocorrida em 1923 na França, se destacou oficialmente o papel da Educação Sanitária na

profilaxia da doença e esclarecimento da população leiga, como a grande novidade que, em suas resoluções finais. (MONTEIRO, 1991). A educação e propaganda sanitária seriam pautadas ainda no Congresso Internacional de Leprologia de Madrid, para disseminar os conceitos não discriminatórios, o tratamento com sulfas e as formas de contágio, e no Congresso Internacional de 1958 no Japão. (SAVASSI, 2010)

No Brasil, a partir da década de 1930, a educação sanitária tornou-se uma ação importante do Departamento Nacional de Saúde (DNS), e deveria ser realizada através dos dispensários e fosse dirigida aos doentes, familiares e público leigo, à classe médica e enfermeiras, aos professores e ao clero, através de uma propaganda que desnudasse as condições de contágio da doença, meios de prevenção e os perigos do charlatanismo médico e farmacêutico. (SAVASSI 2010; MACIEL 2007)

Em 1941, a 1ª Conferência Nacional de Saúde, a “Comissão de Campanha contra a Lepra” apontaria pela primeira vez a necessidade de formação técnica especializada de profissionais da saúde médicos, enfermeiras e visitadoras sanitárias, além da educação sanitária para toda a população (DUCATTI 2009; CUNHA 2005).

A partir da década de 1960, a Campanha Nacional de Combate à Lepra (CNCL) previa a Educação Sanitária, preconizada pelo Serviço Nacional de Lepra, para estimular a população a procurar o tratamento ambulatorial e ver a doença como algo relativamente fácil de ser tratado e não mais como uma condenação social, com papel importante na profilaxia e tratamento da lepra. O programa foi elaborado pelos leprologistas do Serviço Nacional de Lepra e os profissionais do Serviço Nacional de Propaganda e Educação Sanitária, um órgão de âmbito geral e destinado a colaborar com todos os setores da saúde pública.

Os três pontos fundamentais que deveriam ser focalizados na educação sanitária eram: que a lepra era uma doença contagiosa e evitável, clinicamente curável, sobretudo quando diagnosticada precocemente; que as crianças e adolescentes eram especialmente receptivos ao contágio; finalmente, que a infecção era favorecida pelo contato próximo e prolongado, principalmente nos casos de coabitação. A educação sanitária deveria ser realizada através de folhetos, publicações, palestras e filmes, considerados "os meios mais eficientes de divulgação". (DUCATTI, 2009; ROTBERG, 1977)

Em julho de 1966, a lei 5.026 estabeleceria normas gerais determinando que qualquer campanha de saúde pública deveria ser exercida por dirigente do Ministério da Saúde, e isto afetaria diretamente a CNCL dois anos depois, através da lei 5.511 de 1968 (MACIEL, 2007). O desmonte da Campanha Nacional de Combate a Lepra na década de 70, coincidindo com o regime militar, o período inflacionário e a perda de recursos pelo Serviço Nacional de Leprologia levaria a descontinuidade de várias medidas educativas.

Desde a década de 1980, o Programa Nacional de Controle de Hanseníase (PNCH) promove campanhas na mídia televisiva e radiofônica, produção de cartazes, folhetos e cartilhas para a distribuição nos serviços de saúde pública, além de outdoors. Em 1988, uma campanha de grande porte seria veiculada pelo Governo Federal, com o slogan: “Hanseníase, vamos acabar com esta mancha no Brasil”, através de cartazes, folhetos, cartilhas, propagandas em rádio e na televisão. Em 1996, sob influência da Organização

Mundial de Saúde, ocorreria no país a “Campanha de Eliminação da Hanseníase” com o foco na eliminação como problema de saúde pública (CURI, 2002).

Os materiais educativos específicos para a hanseníase caracterizam-se pela verticalidade e fragmentação dos processos comunicativos no formato campanhista, em detrimento de atividades horizontais e participativas. Privilegia-se o saber biomédico, com homogeneização dos públicos e preocupação "distributivista" e "difusionista", que subtrai a diversidade sócio-cultural. (KELLY-SANTOS *et al.*, 2009). As diretrizes ministeriais da Educação para a Saúde definem a Educação em Saúde como “uma atividade planejada que objetiva criar condições para produzir as mudanças de comportamento desejadas em relação à saúde”, ou seja, tem como intenção reforçar padrões de saúde concebidos pelo governo para a população. (GAZZINELLI *et al.*, 2005)

A hanseníase parece ser negligenciada também pelos cursos de formação na área da saúde. Por se tratar de uma doença ambulatorial, é possível que os currículos de graduação com forte inserção em âmbitos secundários e terciários não consigam trazer para os profissionais em formação o contato com esta temática, especialmente nas atividades em campo de trabalho. Há limitações na formação e capacitação específica para a Hanseníase, mesmo entre médicos (BARRETO, 2012).

O material educativo em hanseníase no Brasil, além disto, tem como finalidade a promoção de maior conhecimento e estímulo à detecção de novos casos, sendo limitado o material educativo destinado a promoção do acompanhamento e controle de cura da doença.

Materiais educativos construídos por profissionais da saúde sem a participação de educadores ignoram os campos de conhecimento de outras especialidades e profissões da área, e não utilizam as técnicas de comunicação consolidadas na Educação em Saúde. Por outro lado, materiais propostos por educadores em saúde podem conter erros conceituais e utilizar simbologias inadequadas, que dêem margem a falsos conceitos, ou mesmo acirramento do estigma, fator fundamental na abordagem da hanseníase. O compartilhamento de saberes na etapa de produção é condição essencial para a elaboração de materiais educativos para pacientes e profissionais de saúde.

O objetivo deste estudo foi avaliar conhecimentos, comportamentos e acesso a material educativo em saúde por profissionais participantes de um curso de pós-graduação em Educação na Saúde e, portanto, mais susceptíveis de ter acesso e conhecimento aos materiais educativos, para avaliar sua pertinência e alcance.

### **Sujeitos participantes da pesquisa**

O grupo estudado foi composto por 17 profissionais das áreas das Ciências da Saúde, Ciências Humanas e Educação, avaliando estratégias educativas em hanseníase, dentre um universo de 40 alunos. Foram selecionados por amostra de conveniência na disciplina de Educação em Saúde da Pós-Graduação do Centro de Pesquisas René Rachou, a partir daqueles estudantes que livremente consentiram em participar voluntariamente.

## **Materiais**

Os profissionais foram avaliados através de um questionário de conhecimentos proposto por Oliveira *et al.*(2007), que abrange os componentes do conhecimento, do comportamento e preconceito, e das campanhas publicitárias e educação, seguido pela realização de um grupo focal com os participantes.

## **Métodos**

Foi conduzida uma pesquisa qualitativa (MINAYO, 2006), realizada através de um grupo focal (GF) com direcionamento tópico (FLICK, 2009). Os critérios de especificidade (KRUEGER, 1988) para seleção de participantes foram: profissionais com conhecimentos suficientes para emitir juízo de valor acerca de materiais educativos, para avaliar sua pertinência e alcance.

O questionário proposto por Oliveira *et al.*(2007) contextualiza conhecimentos, comportamentos e acesso a informação para a doença. Foi aplicado antes do Grupo Focal como forma de mensurar os participantes quanto a estes três eixos, juntamente com o termo de consentimento livre e esclarecido. Os resultados do questionário foram analisados por estatística descritiva.

O GF foi conduzido sob direcionamento tópico e, como tal, semi-estruturado nos seguintes eixos: 1) conhecimento sobre a hanseníase; 2) conhecimento das estratégias de educação e comunicação para hanseníase; 3) proposição de estratégias de ES para hanseníase; 4) informação efetiva para a população; 5) Definição de modelos de teorias educacionais mais adequados.

Dois avaliadores externos permaneceram no grupo, moderando-o, e o mesmo foi dividido em duas etapas: na primeira, foram abordados os temas do conhecimento de “lepra”, hanseníase e do acesso a informações educativas, seguido de um período de explanação sobre a doença, e a partir daí, um segundo momento do GF no qual os participantes foram estimulados a falar sobre estratégias de Educação na Saúde.

O grupo contou com observador externo, sendo conduzido e mediado pelos pesquisadores. Os dados foram gravados, transcritos e foram analisados na perspectiva da análise do conteúdo (AC) proposta por BARDIN (1988), através da codificação teórica em três etapas (aberta, axial e seletiva), que estabeleceu uma categoria principal e as subcategorias de análise através da leitura da transcrição do Grupo Focal, relacionando-as a fenômenos do contexto relatados (MORGAN, 1996)

O sigilo dos participantes foi mantido identificando-os por nomes de cores.

## **Preceitos éticos**

Toda a pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa sob o número CAAE- e pelo Comitê de Ética da Organização Panamericana de Saúde (PAHO-ERC) sob o número PAHO-2010.02.0006.

## Resultados

### A. Resultados do questionário de conhecimentos.

O questionário foi entregue aos participantes antes do grupo focal, contendo perguntas acerca da hanseníase. Responderam ao questionário 17 participantes, após livremente consentirem em participar, sendo mulheres (88,24%) em sua maioria.

Em relação à área de atuação, dez dos participantes atuavam em ciências da saúde, cinco em ciências humanas, quatro em ciências da educação (os resultados ultrapassam 100% porque dois participantes atuavam em ciências da saúde e da educação). Oito dos participantes (47,06%) trabalha especificamente com educação na saúde, dos quais apenas um (5,88%) trabalha com hanseníase.

Todos já haviam ouvido falar em “lepra” e em hanseníase. Treze (76,47%) acreditam se tratar de doença infecciosa e todos entendem que a doença tem tratamento.

Chamou atenção o fato de apenas cinco (29,41%) dos entrevistados responderem ser a bactéria o agente causal. Dentre os 10 respondentes que atuam em Ciências da Saúde, apenas quatro responderam bactéria, um respondeu fungos, dois responderam vírus, e três não souberam responder.

**Tabela 01. Domínio conhecimentos do questionário. CPqRR, Belo Horizonte, 2008.**

Q.1. Você já ouviu falar em lepra?	SIM	NÃO	NS/NR		
	17 (100%)	0 (0%)	*		
Q.2. E em hanseníase?	SIM	NÃO	NS/NR		
	17 (100%)	0 (0%)	*		
Q.3. É uma doença contagiosa?	SIM	NÃO	NS/NR		
	13 (76,47%)	2 (11,76%)	2 (11,76%)		
Q.4. É causada por:	vírus	bactéria	fungos	não sei	
	4 (23,53%)	5 (29,41%)	2 (11,76%)	6 (35,29%)	
Q.5. Você acha que tem tratamento?	SIM	NÃO	NS/NR		
	17 (100%)	0 (0%)	*		
Q.6. É necessário afastar o paciente em tratamento da família?	SIM	NÃO	NS/NR		
	0 (0,00%)	16 (94,12%)	1 (5,88%)		
Q.8. Você conhece os sintomas da hanseníase?	SIM	NÃO	NS/NR		
	10 (58,82%)	7 (41,18%)	*		
Q.9. Qual desses sintomas é de hanseníase?	alergia	manchas na pele	manchas na pele, com perda de sensibilidade	febre	perda de peso
	2 (11,76%)	5 (29,41%)	17 (100%)	0 (0%)	0 (0%)

**Tabela 02. Domínio comportamento e preconceito do questionário. CPqRR, Belo Horizonte, 2008.**

Q.7. O paciente com hanseníase deve ser afastado do trabalho?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	NS/NR
	3 (17,65%)	12 (70,59%)	2 (11,76%)
Q.10. Você conhece alguém que tem hanseníase?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	NS/NR
	5 (29,41%)	12 (70,59%)	0 (0,00%)
Q.11. Você se relacionaria com uma pessoa portadora de hanseníase?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	NS/NR
	11 (64,71%)	5 (29,41%)	1 (5,88%)
Q.12. Apertaria a mão dessa pessoa?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	NS/NR
	16 (94,12%)	1 (5,88%)	0 (0,00%)
Q.13. Você sentaria do lado de alguém com hanseníase na sala de aula?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	NS/NR
	17 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Q.14. Se alguém da sua família contrair a doença, você acha que ele tem que ficar isolado/a para sempre?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	NS/NR
	1 (5,88%)	15 (88,24%)	1 (5,88%)

*Obs.: as respostas negritadas sugerem comportamento preconceituoso.*

**Tabela 03. Domínio campanhas publicitárias e educação do questionário. CPqRR, Belo Horizonte, 2008.**

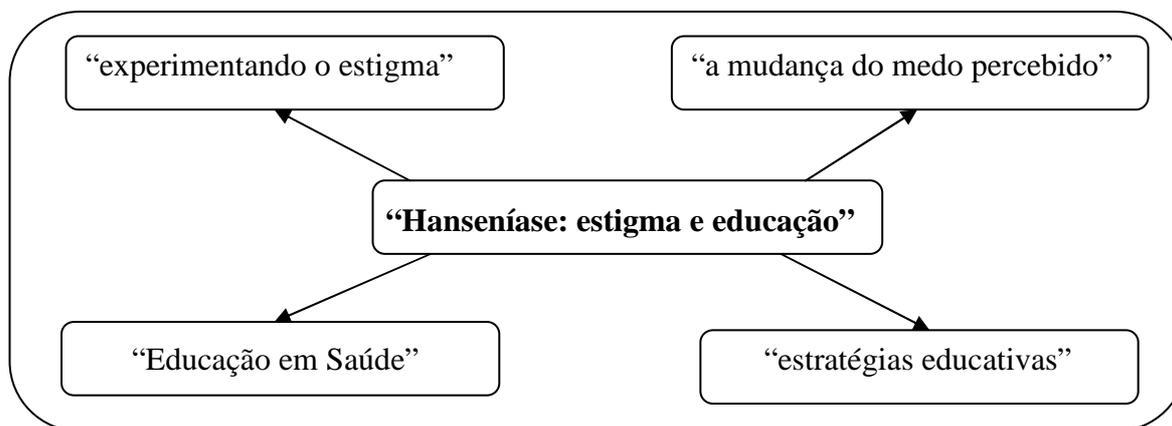
Q.17. Você já viu alguma campanha sobre hanseníase em:	tevé	rádio	cartaz	nunca vi
	10 (58,82%)	3 (17,65%)	9 (52,94%)	2 (11,76%)
Q.18. A sua instituição já promoveu palestras sobre este assunto?	<b>SIM</b>		<b>NÃO</b>	
	2 (11,76%)		15 (88,24%)	
Q.19. Você acha importante aprender sobre essa doença?	<b>SIM</b>		<b>NÃO</b>	
	17 (100%)		0 (0%)	
Q.20. Você acha que a instituição também é responsável pelas informações sobre a saúde?	<b>SIM</b>		<b>NÃO</b>	
	17 (100%)		0 (0%)	

A mídia que mais atingiu os participantes foi a TV, embora 41,12% dos participantes não fora atingido por campanhas televisivas, a despeito de todas as campanhas veiculadas. Métodos educativos como “cartazes” tiveram penetração baixa especialmente em profissionais da saúde, já que dentre dez profissionais desta área entrevistados, apenas quatro relataram ter visto essa mídia, contra cinco dos sete profissionais que não atuam em Ciências da Saúde.

## B. Resultados do Grupo Focal

A categoria principal que resume o Grupo Focal foi “Hanseníase: estigma e educação”. Encontrou-se o preconceito ainda existente como fator relacionado à doença, e a falta de processos educativos perenes como dificultador. Quatro sub-categorias foram encontradas (Diagrama 1):

Diagrama 1. Categorias e subcategorias de análise do Grupo Focal



- Categoria: “experimentando o estigma”:

Neste tópico os participantes relatam suas experiências pessoais com a doença, lembrando por vezes fatos da infância. Chama a atenção o terror relacionado a “lepra”, manifesta pelo medo do contágio de uma doença gravíssima, que dissocia-se da propaganda oficial:

*“eu fui criada assim, com um preconceito assim, imenso em relação a hanseníase e minha mãe tinha pavor disso, de ouvir falar.” (rosa)*

*“num filme também, da idade média, que era um rei que tinha, que ele era todo coberto porque tinha lepra. Então o castigo que teve era uma pessoa que o traiu foi encostar na mão dele.” (laranja)*

*“minha empregada que ficou conosco de muitos anos, (...) tinha sido diagnosticada como lepra. Já não morava mais com a gente. Então foi um sufoco muito grande que a gente passou em busca de cuidado” (Violeta)*

*“o primeiro Sítio nosso próximo a Colônia Santa Izabel... não sei se tinha pessoas na estrada de terra, enroladas mesmo, pedindo esmolas, como a gente vê nos textos bíblicos. Eu sei que a Passagem por ali era bem tumultuada. As Pessoas tinham medo de passar ali. Era meio assim.. aquele estigma né?. ” (Lilás)*

*“eu não fui criada falando assim de preconceito, mas eu ia na propriedade agrícola que era justamente dos filhos dos leprosos lá da Santa Izabel. E eu tinha que ir escondida do meu pai. Se meu pai soubesse que eu ficava lá ele iria arrumar um escândalo? ” (Lilás)*

- Subcategoria “educação em saúde”: neste aspecto os participantes conseguem visualizar dois aspectos da educação para a hanseníase: as campanhas (educação por mídias com alvo populacional) e materiais de divulgação.

*“eu só vi na televisão... com a campanha que teve há um tempo atrás aí, que tive contato aí ” (Rosa)*

*“Eu também ouvi falar de hanseníase na propaganda na TV, falando de cuidados né?, que se aparecer uma mancha na pele... se você sentir que não tem sensibilidade no tato.” (Laranja)*

*“eu também... eu lembro de ter visto esta campanha da televisão, acho que tem um ano e pouquinho...” (Violeta)*

*“E também nas rádios falando que a Incidência de hanseníase tem aumentando em adolescentes.” (Azul)*

Em relação aos cartazes, há relatos pontuais de que foram visualizados pelos entrevistados:

*“Eu já vi em cartazes, né? ” (Vermelha)*

*“Eu já vi alguns cartazes. E eu morei em uma região que tem uma incidência alta de hanseníase” (Lilás)*

Apenas uma participante relata ter visto cartazes com maior frequência:

*“Eu já vi várias vezes (...) cartazes falando sobre a hanseníase especialmente da mancha que não tem sensibilidade e tal. E vi também a campanha do Ney Matogrosso né? Falando a respeito que tem cura e tal. (Branca)*

A percepção é de que se trata de um tema ainda pouco abordado, até mesmo no âmbito das instituições de educação:

*“Por mais que estejamos no meio acadêmico a gente sabe pouco sobre ela, a gente tem muito pouca segurança de falar. (...) Na disciplina de biologia não se falava nisto. E continua não sendo falado nas escolas.” (Marrom)*

- Subcategoria: “a mudança do medo percebido”: nesta sub-categoria, emerge uma informação fundamental: na visão dos presentes, a mudança na nomenclatura da doença parece afetar as concepções e as crenças da pessoa em relação a doença.

*“Os cartazes confundem a gente. Hoje em dia os cartazes colocam só com uma mancha, uma coisa bem mais leve, aí a gente acha que não existe mais a hanseníase, que um grau mais leve. Né?” (Bege)*

*“Então tem algumas doenças que geram muito medo na população. Tem gente que não fala a palavra câncer, tem gente que não fala a palavra hanseníase” (Roxo)*

Na visão dos presentes, hanseníase não apenas é algo que se libertou do estigma, mas parece ter se afastado também da imagem de uma doença grave.

*“Eu acho que o nome hanseníase é porque lepra, primeiro assusta, então para não assustar” (Lilás)*

*“Médico faz o diagnóstico, a gente começa a conversar com a pessoa, a aí você fala hanseníase e ninguém sabe. A pessoa não sabe o que é hanseníase. Ai você fala lepra elas dão um pulo... O que é isso? Não! É Mais no início, porque não esta caindo nada, não esta caindo pedaço” (Verde)*

- Subcategoria: “estratégias educativas”: neste ponto percebe-se que coincidem opiniões que reforçam que as mídias previamente discutidas (como a educação com foco para a comunidade) reemergem. Os entrevistados reforçam a importância de estimular o auto-exame:

*“as pessoas tem que ser sensibilizadas para a importância de fazer um auto-exame, de se observar” (Rosa)*

*“você se observar. (...) às vezes você tem uma manchinha mas que não esta te incomodando, nem nada, por não incomodar... porque se dói, se esta inchado, te incomoda você procura um medico para saber que mancha é essa.” (Branca)*

Os participantes também trabalham com a lógica de uma abordagem da comunidade, reforçando a comunicação e informação para a população:

*“processo de mobilização de educação continuada... Primeiro: mobilização social mesmo. Né? Educação só quando você trabalha com recursos comunitários do lugar né, e você ta sempre mobilizando aquelas informações constantemente, sem parar.” (Marrom)*

Outro ponto é o reforço da educação para os profissionais de saúde:

*“Eu quero falar, a gente quer falar de informação. Assim... para a população. Informar a população (...). Então eu acho que antes de tudo isso, em uma população, você tem que informar quem trabalha na ponta” (Azul)*

E os referenciais da Educação em Saúde são debatidos sob o foco da prática:

*“Acho que o Modelo de crenças em Saúde.” (rosa)*

*“Intervenção comunitária e material educativo, informativo. Bem Feito. Sim, seria Intervenção comunitária desta forma. Você construir e desconstruir as crenças erradas” (Verde)*

*“todo mundo culturalmente cresceu com a história de preconceito na família. Esses estigmas acho que são a primeira coisa... Quem falou modelo de crença foi você? Eu acho que se enquadra direitinho para desmistificar esse preconceito, esse pavor” (Branca)*

## **Discussão**

O resultado da aplicação do questionário demonstrou que, a despeito da maioria dos profissionais ser da área da saúde, houve dúvidas e erros conceituais quanto ao agente causal, contagiosidade, sintomatologia e necessidade de isolamento. O questionário apontou ainda, no componente do comportamento, a presença de preconceito nas relações sociais, afastamento do trabalho e necessidade de isolamento, além de uma baixa penetração das campanhas educativas.

Neste aspecto, a mídia que mais atingiu os participantes foi a TV, mas a despeito das campanhas veiculadas, 41,12% dos participantes não foram atingidos por campanhas televisivas. Uma campanha nacional ficou emblemática na década de 1980 demonstrando uma dona-de-casa se queimando “sem perceber” ao preparar a refeição da família, uma imagem que chocava pelo sintoma da insensibilidade localizada e da mancha dormente no braço sobre o fogo, e por muito tempo permaneceu no consciente coletivo, com bons resultados apesar da duração de três meses. (SAVASSI, 2010; CURI, 2002)

O conteúdo analisado no Grupo Focal apontou a fragmentação dos processos educativos, mediante campanhas pontuais, como fator relevante na insuficiência das informações para a erradicação. Encontrou-se o preconceito ainda existente como fator relacionado à doença e à falta de processos educativos perenes como dificultador. Além disto, há:

uma não-correspondência, freqüente, entre saber instituído e mudança de comportamento e de práticas, que estaria ligada ao fato de que comportamentos traduzem percepções, valores, representações simbólicas, relações de poder, crenças e sentimentos, não podendo, na maioria das vezes, ser modificados valendo-se, unicamente, de novos conhecimentos. (GAZZINELLI et al.2005, p. 202)

O Brasil mudou a terminologia da “lepra” na tentativa de afastar o estigma da doença, e favorecer o tratamento ambulatorial (BRASIL, 1995). Porém, percebe-se claramente uma dissociação entre o que é informado nas campanhas educativas e a realidade vivida pelas pessoas: a informação apreendida pela população foi sempre pautada pela deformidade e amputação, fortalecendo o temor do contágio, enquanto a propaganda institucional aponta a doença como algo simples, pertinente a “pessoas comuns”:

O medo do contágio pressupõe medo de suas conseqüências; portanto, é a concepção sobre quais são as conseqüências físicas e sociais da hanseníase que constitui o elemento fundamental a ser trabalhado na luta pela eliminação desta doença (FELICIANO & KOVACS, 1997, p.117)

Ainda segundo Kelly Santos *et al.*(2009), esta necessidade de produção de um novo conceito e imagem da doença, pela disseminação do termo hanseníase e da abordagem

focada nos aspectos clínicos da doença, embora pretenda romper com o estigma da lepra, traz para o cotidiano “um paradoxo na comunicação com o público, pois a hanseníase também pode causar deformidades físicas. Mediante isso, indaga-se em que medida o nome hanseníase pode substituir o termo lepra” (KELLY SANTOS *et al.*, 2009, p. 865)

A “lepra” é associada pelos entrevistados a visões e sentidos negativos – uma doença que “cai pedaços do corpo”. No relato dos participantes foi comum a “lepra” ser associada ao preconceito, à discriminação, ao medo e ao afastamento social, em especial no primeiro tópico do grupo focal. Já a hanseníase, segundo Kelly Santos *et al.* (2009) é geralmente referida como “uma enfermidade nova, ainda pouco conhecida pela população”. No relato de uma das entrevistadas no GF, o paciente pode entender que a hanseníase é uma doença inicial, porque “ainda não caiu pedaços”.

O objetivo final da Educação em Saúde é promover uma mudança de comportamento, consciente e informada, de uma atitude não benéfica à saúde, para uma atitude promotora de saúde (GLANZ, 2008). No caso específico da Hanseníase, esse comportamento é o de procurar o serviço de saúde na presença de sinais e sintomas que sugiram a infecção pelo bacilo. Assim, uma abordagem educativa adequada em saúde deve ir além da simples comunicação, não se restringindo apenas a informar a população, mas estimulando a mudança de comportamento. Caso contrário, “se estabelece o distanciamento entre o discurso e a prática pedagógica em saúde.” (GAZZINELLI *et al.*, 2005).

## Conclusão

As campanhas educativas em saúde não parecem atingir de maneira adequada os profissionais, que as consideram pontuais e fragmentadas. A doença permanece um desafio e a mudança no modelo de crenças acerca da “lepra” para hanseníase” parecem ter influenciado a ameaça percebida.

Neste estudo, os principais marcos teóricos da Educação em Saúde foram debatidos, apontando-se o empoderamento coletivo, e o modelo de crenças em saúde, como principais estratégias para a abordagem educativa da doença.

## Referências

- BARRETO, Jaison A. **Conhecimentos de médicos sobre hanseníase e reflexos em sua epidemiologia.** Artigos do CFM, 2012. [online] [capturado 10/01/2013]. Disponível em: [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=23040:conhecimentos-de-medicos-sobre-hansenias-e-reflexos-em-sua-epidemiologia&catid=46](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23040:conhecimentos-de-medicos-sobre-hansenias-e-reflexos-em-sua-epidemiologia&catid=46)
- BRANDÃO, Paula. Assistência ao portador de Hanseníase [entrevista]. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2008; 61(esp): 782-3.
- BRASIL, MS, SVS. Portaria conjunta no 125, de 26 de março de 2009. Brasil: DOU, Nº 59, de 27 de março de 2009. p. 73-78 . Define ações de controle da hanseníase.
- BRASIL. Lei nº 9.010, de 29 de março de 1995. Dispõe sobre a terminologia oficial relativa à hanseníase e dá outras providências
- CARVALHO, Geraldo B. Reis, papas e “leprosos”. Belo Horizonte: Pelicano Edições, 2004. 292 p.

- CUNHA, Vivian S. O Isolamento Compulsório em Questão. Políticas de Combate à Lepra no Brasil (1920-1941). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. Dissertação, 142 p.
- CURI, Luciano Marcos. Defender os sãos e consolar os lázaros. Lepra e isolamento no Brasil 1935/1976. Uberlândia: UFU, 2002. Dissertação 234 p.
- DAWSON, B. **Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services** . online. **London:** Ministry of Health; Consultative Council on Medical and Allied Services:
- DUCATTI, Ivan. A hanseníase no Brasil na Era Vargas e a profilaxia do isolamento compulsório: estudos sobre o discurso científico legitimador. São Paulo: Departamento de História, Programa de Pós-Graduação em História Social, Universidade de São Paulo, 2009. Dissertação. 199p.
- FELICIANO, KVO; KOVACS, MH. **Opiniões sobre a doença entre membros da rede social de pacientes de hanseníase no Recife.** *Rev Panam Salud Publica*[online]. 1997, vol.1, n.2, pp. 112-118. ISSN 1020-4989.
- FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa.** Porto Alegre: Artmed, 2009. 405 p.
- GAZZINELLI MF; GAZZINELLI, A; REIS, DC; PENNA, CMM. **Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(1):200-206, jan-fev, 2005
- GLANZ, K; RIMER, BK; VISWANATH, K. **Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice.** USA: WJ&S, 2008. 592p.
- KELLY-SANTOS, Adriana; MONTEIRO, Simone; ROZEMBERG, Brani. Significados e usos de materiais educativos sobre hanseníase segundo profissionais de saúde pública do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(4):857-867, abr, 2009
- KRUEGER, RA. **Focus Group: a practical guide for applied research**, Newbury Park: Sage Publications, 1988
- MACIEL, Laurinda Rosa. **"Em proveito dos sãos, perde o lázaro a sua liberdade": uma história das políticas públicas de combate à lepra no Brasil (1941-1962).** Rio de Janeiro: UFF, 2007. Dissertação, 380 p.
- MONTEIRO, Yara Nogueira **Da maldição divina à exclusão social: um estudo da hanseníase em São Paulo Vol. I e II.** Tese de doutorado em História Social da USP/SP. São Paulo, 1991.
- OLIVEIRA, SILMARA S; GUERREIRO, LARIZA B; BONFIM, PATRÍCIA M. **Educação para a saúde: a doença como conteúdo nas aulas de ciências.** *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro. 2007 v.14, n.4, p.1313-1328, out.-dez. 2007.
- ROBBINS G, TRIPATHY VM, MISRA VN, MOHANTY RK, SHINDE VS, et al. **Ancient Skeletal Evidence for Leprosy in India (2000 B.C.).** *PLoS ONE* 4(5): e5669.
- ROTBERG, A. **A Fase III do controle da hanseníase começa no Brasil** EDITORIAL *Hansen. Int.* 2(1), 1977<sup>a</sup>
- SAVASSI, Leonardo CM. Hanseníase: políticas públicas e qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores. Belo Horizonte: CPqRR/FIOCRUZ, 2010. Dissertação: 188 p.
- WHITE KL, WILLIAMS TF, GREENBERG BG. **The ecology of medical care.** *N Engl J Med.* 1961, Nov 2; 265:885-92.
- WHO. Leprosy update, 2011. Weekly epidemiological record. [online] 2 september 2011. No. 36, 2011, 86, 389–400. [online] [disponível em <http://www.who.int/wer>] [acesso em 31/12/2012].
- WHO. The World Health Assembly Resolution 1991: World Health Assembly (WHA) resolution to eliminate leprosy. Genebra : WHO, 1991. [disponível em <http://www.who.int/lep/strategy/wha/en/index.html>]
- WHO. **Primary Health Care. International Conference on Primary Health Care Alma-Ata, USSR 12 September 1978.** Geneva: WHO, 1978. 49 p.

## 5.4 Quarto Artigo

SAVASSI, LCM. MODENA, CM. **Hanseníase e a Atenção Primária: desafios educacionais e assistenciais na perspectiva de médicos residentes.** *Revista Brasileira de Educação Médica*

[Artigo submetido para publicação]

A partir do entendimento de como a educação em saúde é percebida por profissionais com especial interesse na educação em saúde (artigo anterior), optou-se por aprofundar o entendimento dos desafios da Atenção Primária a partir de um público alvo composto por Residentes de Medicina de Família e Comunidade de município com relevância histórica para a hanseníase.

A justificativa para esta escolha baseou-se no fato da Residência Médica ser o formato considerado “padrão-ouro” dentro dos modelos de formação médica. Assim, a opção foi por estes profissionais em processo de formação dentro da Atenção Primária e que, além disto, eram de graduação recente e, portanto capazes de emitir juízo sobre sua formação.

A análise do conteúdo (AC) do Grupo focal com direcionamento tópico, através da codificação teórica em três etapas (aberta, axial e seletiva) identificou três subcategorias de análise que explicaram quatro fenômenos:

Os entrevistados relataram uma formação insuficiente e fragmentada na graduação, dentro de ambulatórios de subespecialidades e primordialmente teórica. Esta deficiência na formação não é compensada pela educação continuada, visto que há uma dicotomia entre a necessidade de aprender para uma assistência adequada confrontada por uma prática em que a pessoa é acompanhada em um serviço de especialidade e, portanto, que o aprendizado se torna descontextualizado.

Ao se deparar com a prática em serviços de saúde, percebem que os serviços de especialidades são responsáveis pela pessoa diagnosticada, embora percebam o papel da Atenção Primária no processo de cuidado à pessoa com hanseníase, entendendo que esta diferenciação no atendimento é também uma forma de perpetuação do preconceito.

Os entrevistados identificam, por outro lado, uma APS sobrecarregada pela demanda, com excesso de pessoas cobertas pela equipe, sem ambiência adequada. Neste cenário, apontam que ela é capaz de dar respostas ainda que subvalorizada pelo serviço,

desde que respondidas algumas necessidades específicas de formação e com um serviço de contrareferência adequado.

A análise do conteúdo na subcategoria da educação para a saúde apontou a necessidade de ampliar a suspeição e a ameaça percebida, a necessidade de estimular o autoexame da pele como um todo (o que condiz com um cenário de abordagem sistêmica da pessoa, e não apenas do problema de saúde), traz reflexões acerca da importância da comunicação em especial midiática, do *Empowerment* comunitário e da influência do estigma.

Como conclusões da análise do conteúdo, percebeu-se novamente que a mudança da nomenclatura de “lepra” para hanseníase parece ter afastado o estigma da doença, mas interferiu com as crenças acerca dela, sendo necessário que as pessoas associem o sintoma (mancha) à gravidade (sequelas).

A educação em Saúde é trabalhada pelos entrevistados com receio de que isto aumente ainda mais a demanda já excessiva dos serviços de APS e a descrição dos residentes de MFC aponta para uma APS que ultrapassa a capacidade de atendimento, ou interfere na qualidade do cuidado.

## **Hanseníase e a Atenção Primária: desafios educacionais e assistenciais na perspectiva de médicos residentes.**

*Leonardo Cançado Monteiro Savassi*

*Celina Maria Modena*

### **Artigo submetido a Revista Brasileira de Educação Médica (RBEM)**

#### **Resumo**

A atenção primária é o âmbito privilegiado para ações de controle da hanseníase, doença infecciosa, negligenciada e estigmatizante, que ainda não foi erradicada como problema de saúde pública no Brasil. Com o objetivo de descrever a percepção de médicos que atuam na atenção primária acerca da hanseníase, foi realizado um grupo focal com quatro residentes de primeiro ano e três residentes de segundo ano de Medicina de Família e Comunidade do município de Betim, Minas Gerais. A análise do conteúdo apontou para as subcategorias das “fontes de conhecimento”, da “assistência no nível primário” e da “educação em saúde”. Na graduação médica, a formação em hanseníase é predominantemente teórica, com poucos casos e nas secretarias de saúde a educação permanente é insuficiente; a avaliação clínica da hanseníase exige um alto nível de suspeição; o reconhecimento da Atenção Primária a Saúde como âmbito privilegiado para os pacientes se confronta com a demanda excessiva e ambiência inadequada; a referência obrigatória para serviços de especialistas cria divisões, amplia o estigma e dificulta o acompanhamento horizontal dos pacientes com esta doença. Nas práticas educativas, percebe-se a dissociação entre a doença e a gravidade, fato atribuído a mudança da nomenclatura; quanto a comunicação, há necessidade de um linguajar popular, uso de mídia de massa; o estigma é um tema transversal. Conclusão: a graduação em medicina foi insuficiente pois se baseia em conteúdo teórico, poucos casos, e gera a percepção de uma doença rara, do campo de ação do subespecialista. As ações educativas devem associar o sintoma "mancha" à gravidade da doença, e demandam uma Atenção Primária a Saúde efetiva para atender adequadamente a estas pessoas.

Palavras-chave: hanseníase, educação em saúde, atenção primária a saúde.

**Abstract** Primary care is the privileged setting of actions to control leprosy, an infectious disease, neglected and stigmatized, which has not been yet eradicated as a public health problem in Brazil. Aiming to describe the perception of primary care physicians about leprosy, we conducted a focus group with four first-year residents and three second-year residents of Family Medicine in the municipality of Betim, Minas Gerais. The content analysis pointed to the subcategories of "knowledge sources", the "primary health care level" and "health education". Undergraduate medical training about leprosy is predominantly theoretical, with few cases and in the Municipality Department of Health, the continuing education is insufficient; clinical evaluation of leprosy demands a high level of suspicion; recognition of Primary Health as a privileged framework for patients faces with excessive demands and inadequate ambience; the obligatory reference to specialist services creates separation, expands the stigma and complicates horizontal monitoring of patients with this disease. In educational practices, it is clear the dissociation between the disease and severity, which was attributed to the change of nomenclature; concerning to communication, popular language is needed as so the use of mass media; stigma is a crosscutting theme. Conclusion: medical degree was insufficient because it relies on theoretical content, few cases, and generates the perception of a rare disease of the purview of subespecialista. Educational activities must engage the symptom "patch" to the disease severity, and require an effective Primary Health Care to adequately hand out these people.

Key-words: leprosy, health education, primary health care

## **Introdução:**

O Brasil, com prevalência de 1,54 caso/ 10.000 habitantes em 2011, é o último país do mundo a não erradicar a hanseníase como problema de saúde pública.[1,2]. Apesar de várias iniciativas no sentido de combater a doença, em especial as ações educativas, o país não cumpriu a meta assumida junto à Organização Mundial de Saúde de erradicar a enfermidade até o ano 2000.[3] Em 2011, foram registrados no território nacional 33.995 casos novos de hanseníase, ou 17,65 casos novos por 100 mil habitantes, sendo 2.192 casos em menores de 15 anos (4,77 por 100 mil habitantes). [2]

Uma estratégia primordial para erradicar a hanseníase é a Educação em Saúde, área do conhecimento que se utiliza das ferramentas da epidemiologia e da antropologia para, a partir de demandas concretas de conhecimentos, propor soluções. [4]. O primeiro registro de educação para hanseníase ocorreu na Noruega, ao final do Século XIX. O “modelo Norueguês” baseou-se em medidas educativas, investigação, censo, tratamento, prevenção, e isolamento seletivo e facultativo [5], mas foi usado para justificar cientificamente o isolamento compulsório, recomendado na 1ª Conferência Internacional de Lepra (em Berlim, 1897).

A “Educação Sanitária” se destacaria a partir da 3ª Conferência Internacional (em Estrasburgo, 1923) que orientou esclarecer a população leiga sobre a transmissão e contágio da “lepra”, reforçando a etiologia infecciosa, e não a hereditária, crença comum entre os leigos. [6]. Os eventos seguintes também reforçaram o papel da educação: o 5º Congresso Internacional de Lepra (CIL) (Havana, 1948), reforçava o papel de entidades de apoio e governo na Assistência Social, chamando pela primeira vez atenção para o caráter estigmatizante dos termos “lepra” e “leproso” e a necessidade de afastá-la da imagem de castigo divino ou perigo social; no 6º CIL (Madri, 1953), igualmente a educação e propaganda sanitária eram estratégias para disseminar conceitos não discriminatórios, o tratamento com sulfas e as formas de contágio; o 7º CIL (Tóquio, 1958) condenava o isolamento, inclusive seletivo, e o combate à doença seguiria dentre as estratégias, a educativa. [6,7]

No Brasil, na década de 1920, a Inspeção de Lepra e Doenças Venéreas foi o primeiro órgão federal de campanha contra a “lepra” e os primeiros Congressos de Higiene

abordariam como tática a “Educação Sanitária”. Na década de 1930, o então Departamento Nacional de Saúde já a apontava como um pilar da profilaxia da “lepra”, voltada para doentes e familiares, e também para médicos, enfermeiras, professores e o clero. Parte das ações educativas foi assumida pelas “Sociedades de Assistência aos Lázaros”, que se responsabilizavam pela distribuição de folhetos educativos. [7,8] Em 1933, ocorreria a Conferência para Uniformização da Campanha Contra a Lepra, em 1936 o “Centro Internacional de Leprologia” formaria 40 Leprologistas no “1º Curso de Oficial de Leprologia” e em 1937 a “Reforma Capanema” previa a Educação Sanitária das massas. [6,9,10]

O Serviço Nacional de Propaganda e Educação Sanitária esclareceria a população a procurar médicos especializados, vendo a doença como tratável e não mais uma condenação social. [6] Seus três pontos-chave eram: doença contagiosa, evitável e clinicamente curável, à época pela Chaulmoogra; crianças e adolescentes eram especialmente susceptíveis; e a infecção ampliava-se pelo contato próximo e prolongado. A campanha só atingiu alcance nacional em 1935 quando a União apoiou os Estados, chegando ao marco de 41 leprosários construídos.

A Inspeção daria lugar ao Serviço Nacional de Lepra (SNL) do Departamento Nacional de Saúde. [11] em 1941 e a primeira Conferência Nacional de Saúde (CNS) definiria papéis do Governo Federal, Estados e Municípios respectivamente em uniformizar ações, executar cursos técnicos e estágios, e auxiliar as autoridades e instituições particulares na educação sanitária. Enfatizou-se a formação especializada de médicos, enfermeiras e visitadoras sanitárias, e a educação popular para o tratamento precoce de uma doença “cl clinicamente curável”, se diagnosticada precocemente. Os cursos de especialização para formação profissional iniciaram em 1942, mas só tiveram procura a partir de 1948.

Em 1947 reforçava-se a necessidade de "*tornar conhecidas as condições de contágio da doença, os meios de prevenção aconselháveis e os perigos do charlatanismo médico e farmacêutico*" [12] p.38, indicando a necessidade de uniformizar a propaganda e educação sanitária e o funcionamento dos institutos de Leprologia. Finda a estrutura asilar, o SNL promoveria a partir de 1954 a Campanha Nacional de Combate a Lepra (CNCL), que não resultaria em redução significativa, fato imputado ao estigma

relacionado a “lepra”, o que motiva na década de 1970, a mudança da nomenclatura de “lepra” para hanseníase nos meios científicos [13]

O Governo Militar centralizaria as campanhas educativas, encerrando a CNCL [14], e a hanseníase voltaria à tona somente na VIII CNS de 1986, quando foi exposta a situação social dos ex-pacientes que viviam no espaço das antigas colônias. Dois anos depois, o Governo Federal lançaria a campanha “Hanseníase, vamos acabar com esta mancha no Brasil” e no ano seguinte “Quanto mais cedo a procura, mais cedo é a cura”, com cartazes, folhetos, cartilhas, propagandas em rádio e na televisão e reconheceria ser um dos cinco países mais endêmicos do mundo.

Na década de 1990, a nova terminologia da hanseníase sepultaria em definitivo os termos “lepra”, “leproso”, e afins em âmbito oficial [15] e a “Campanha de Eliminação da Hanseníase” de 1996 visaria a eliminação pactuada com a OMS [3], como ação pontual focada na cadeia de transmissão, ressaltando a mobilização da comunidade e divulgando sintomas da doença em canais de televisão e rádio [5]. Em 2009, o país muda sua estratégia de ação, e volta-se para campanhas de controle e não mais de erradicação da hanseníase [16]

O Ministério da Saúde considera a Atenção Primária a Saúde (APS) como o âmbito primordial de diagnóstico e cuidado para a Hanseníase. [16,17,18,19] Assim, o objetivo deste estudo foi compreender, na percepção de residentes em Medicina de Família e Comunidade, como é a atuação da Atenção Primária em relação à hanseníase, sob a perspectiva dos conhecimentos, da assistência e da própria educação em saúde.

#### **Materiais e métodos:**

Foi conduzida uma pesquisa qualitativa [20], realizada através de um grupo focal (GF) com direcionamento tópico [21], e seleção de participantes de acordo com critérios de especificidade [22]: médicos de graduação recente, e por isto capazes de emitir juízo acerca de sua formação, e que atuavam no âmbito em Atenção Primária, e cursavam pós-graduação na mesma área.

Participaram do grupo sete residentes de Medicina de Família e Comunidade, correspondendo ao universo dos residentes de um município de médio porte, atuando

em equipes de Saúde da Família (eSF) que livremente consentiram em participar. Este município, além disto, é sede do ex-hospital colônia mais antigo do Estado de Minas Gerais.

Os participantes foram identificados como R1-A, R1-B, R1-C, R1-D para residentes do primeiro ano e R2-A, R2-B e R2-C para residentes do segundo ano. O roteiro de entrevista foi estruturado sob os seguintes tópicos: conhecimentos, capacitação, assistência, acessibilidade, horizontalidade. O grupo contou com observador externo, sendo conduzido e mediado pelos pesquisadores.

Os dados foram gravados, transcritos e foi analisados na perspectiva da análise do conteúdo (AC) proposta por BARDIN (1988)[23], através da codificação teórica em três etapas (aberta, axial e seletiva), que estabeleceu uma categoria principal e as subcategorias de análise através da leitura da transcrição do Grupo Focal, relacionando-as a fenômenos do contexto relatados [21,24]

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa sob o número CAAE- e pelo Comitê de Ética da Organização Panamericana de Saúde (PAHO-ERC) sob o número PAHO-2010.02.0006.

### **Resultados e discussão:**

O grupo focal foi precedido de um “aquecimento”, fundamental para promover informalidade [21], no qual foram solicitadas aos presentes associações de palavras (Quadro 1). Este por si, já traz resultados fundamentais, pois demonstra o peso da palavra “lepra”, associada diretamente ao estigma, enquanto “hanseníase” tem uma conotação mais científica. Conforme apontou ROTBERG (1977)[13], a hanseníase nasceria como uma doença de tratamento ambulatorial e livre da corrente do estigma associada ao termo “lepra”, o que foi observado na prática das Equipes de Saúde da Família [25], dos pacientes [26], e da população em geral [27]:

*No âmbito técnico, se busca estabelecer uma distinção básica entre a realidade epidemiológica hanseníase, com diagnóstico refinado e disponibilidade de tratamento com drogas eficazes, e a lepra como uma*

*representação social do passado, a quem se atribuem efeitos que pertencem a outras entidades epidemiológicas [26] p.117*

A análise do conteúdo apresentou como categoria central a perspectiva da Atenção Primária em relação à Hanseníase, como modelo explicativo para o Fenômeno dos Desafios para o Cuidado. As subcategorias encontradas e respectivos fenômenos estão sistematizados no DIAGRAMA 1.

### **Fontes de conhecimento**

A primeira subcategoria identificada foi a das “fontes de conhecimento”. Dentre elas, a mais relevante para os participantes foi a graduação, onde o conteúdo é “*só teórico, prática nenhuma*” [R1-B] e isto se reflete nos conhecimentos atuais. Além disto, trata-se de conteúdo científico visto somente em estágios específicos ou ambulatórios de especialidades.

Há uma baixa prioridade em relação à hanseníase por parte da medicina, e “*os médicos em geral receberam treinamento insuficiente e inadequado para lidar com a hanseníase*” [28] P. 483) resultando em despreparo para diagnosticar a doença, um dos motivos para o diagnóstico tardio. Segundo os participantes:

*Teórica mesmo, na faculdade. Eu tinha teórica, não aprofundava na prática, mas tinha prática de dermat, mesmo assim, não tive muitos casos... [R1-D]*

*O pouco de ambulatório que eu tive de dermat, eu não vi casos (...) extremamente teórico mesmo [R1-C]*

*A impressão que dá é que pelo menos durante a faculdade, parece que é uma doença que é muito pouco prevalente, que não tinha tanta repercussão (...) a gente ficou bem com a teoria e parecia que na prática eu também não ia encontrar muito esses pacientes (...) que era uma coisa teórica assim, que não existe muitos casos ou se existe eles estão em algum local separado, definido né. Que alguém é especialista na área e ele que cuide disso [R1-B]*

O desconhecimento acerca da hanseníase na graduação já foi observado anteriormente:

*a proporção dos diagnósticos equivocados, resultado direto da ignorância generalizada dos médicos em geral com respeito à hanseníase, revela também que focalizar doenças deste tipo não é prioritário pelo sistema de educação médica. [28] p. 488.*

Além disto, o conteúdo é negligenciado na graduação, pois não é visto nos hospitais universitários [29]. Os residentes apresentam algumas hipóteses para “a gente não aprende[r] tanto quanto deveria” [R2-B] na Faculdade:

*eu acho assim, que a faculdade não dá conta de aprofundar em tudo. Não tem como, sabe? Os ambulatórios que a gente... em dermatologia, na faculdade, a gente não vê hanseníase. [R2-B]*

*As três palavras que a gente falou, que é estigmatizante, a própria cultura do povo brasileiro acaba sendo, sei lá... não tocar muito nesse assunto, sabe. Eu acho que as faculdade acabam fazendo isso também. [R1-A]*

Os profissionais também “(...) tem um estagio na residência médica disso, então eu acho isso uma coisa importante.” [R1-C]. A Residência Médica é uma modalidade de pós-graduação com treinamento em serviço mediante tutoria.

*o estágio do [nome do preceptor da residência] me ajudou, (...) dá um pouco de segurança: a gente saber manejar um pouco melhor, os efeitos adversos da terapia. Não to falando pra gente saber tratar, porque é muita coisa pra pensar, a gente vai pensar é coisa demais. Agora, às vezes tentar er... manusear melhor né? [R2-A]*

Já nas capacitações do serviço “o número de vagas devia ser aberto para todos os profissionais e não fechado (...) se é para capacitar, vamos capacitar a rede toda” [R2-C] e as necessidades assistenciais superam para o gestor as necessidades de formação: “a minha enfermeira tá indo, eles não vão deixar a minha equipe sem ninguém” [R1-D]. As capacitações em hanseníase para a Atenção Primária já foram avaliadas, apontando que mesmo depois de cursadas, persiste a insegurança quanto ao diagnóstico da doença [29, 30, 31]. Assim, percebe-se que:

*“Se não houver um enfrentamento da situação, com priorização do ensino sobre a doença na graduação, além do treinamento em serviço, em massa, dos profissionais de saúde que já atuam nas unidades básicas, é bem pouco provável que a doença tenha sua incidência reduzida nos próximos anos.” [29] p. 2.*

### **Atenção Primária a hanseníase**

A segunda sub-categoria que emerge do GF referiu-se ao papel dos médicos residentes como fonte de “Assistência no nível primário”, e neste aspecto é importante ressaltar

que – pelo fato de estarem realizando o treinamento em serviço – os participantes se comportam ao mesmo tempo como alunos em formação de pós-graduação e profissionais da rede de serviços na Atenção Primária.

Esta foi a sub-categoria que gerou mais *insights* por parte dos participantes, com questões relativas ao Papel da Atenção Primária frente à pessoa com diagnóstico de hanseníase, e outras relacionadas às possibilidades de ofertar este cuidado.

Os participantes entendem que a atenção primária é uma fonte adequada de cuidados, uma vez que *“em setor primário é muito mais fácil controlar (...) do que o setor secundário e terciário, [já] que a gente está diretamente ligado ao paciente”* [R1-C].

Uma primeira questão que interfere na assistência se refere ao próprio papel das eSF frente à pessoa com hanseníase. O contexto desses profissionais envolve a convivência com um serviço de referência altamente preponderante onde, até pela presença quase secular da estrutura de um ex-hospital colônia:

*“Você começa [com] os doentes, aí você pede exame e tal. Quando confirma, aí você vai e encaminha pra referência. (...) aí o paciente passa a ser acompanhado pela referência e não mais por você.”* [R1-D].

Na visão destes profissionais, há um “atendimento VIP” [R1-D] [R2-C] para o paciente diagnosticado. Por outro lado, este serviço especializado pode ser um potencial gerador de estigma (ver também Box 1). Os residentes foram unânimes em reconhecer que a presença deste serviço quebra o vínculo pessoa (usuário)-eSF e há fragmentação do cuidado ao longo da rede:

*Não vai com a gente. A gente já marca consulta com a enfermagem, então a gente nem fica sabendo (...) Eu acompanho os pacientes quando é permitido né?* [R1-D]

*É acompanhado no centro de especialidade no caso é a colônia, mas ele vai lá por outros motivos clínicos né, eu acabo [que] pergunto pra ele por curiosidade, quem acompanha ele mesmo é o especialista.* [R2-B]

*Eu também cheguei a um ponto de ver um diagnóstico, mas aí fechou o diagnóstico e foi pra outro setor e a gente não pode acompanhar.* [R2-C]

*Tem um na minha área que tem, mas é acompanhado lá na unidade de referência(...)Eu tenho notícias sobre ele mas é completamente diferente de um acompanhamento médico. Notícias, eu tenho só que é do sexo feminino.* [R1-C]

A atenção primária é o primeiro nível de atenção, com menor densidade tecnológica, mas com alta complexidade de situações. Norteia-se pelos princípios da acessibilidade, integralidade, horizontalidade e coordenação do cuidado, e tem como aspectos derivativos o foco na família, abordagem comunitária e a competência cultural [32]. Quanto à hanseníase, os entrevistados entendem que a APS tem papel fundamental como fonte de cuidados, sob o princípio da acessibilidade e da integralidade:

*Mora ali perto da gente, com hanseníase... ele tem uma dor. Por que é que ele vai pro [Centro de Referência]? Se a gente soubesse planejar isso, era melhor... Até porque a pessoa vai na casa do paciente. A gente tem acesso livre [R2-B]*

Da coordenação do cuidado:

*Mas eu acho que a nossa obrigação, pode ser utópico, pode, mas eu acho que um dia vai dar certo, entendeu. Que a gente tenha o domínio sobre a população no sentido assim, olhar pro cara e falar: olha, eu sei que esse aqui um dia já tratou de hanseníase. [R1-C]*

*Às vezes a gente pensa assim, já que ele tá sendo acompanhado por outro serviço, será que eu devo ficar... o ideal seria que sim, que a gente fosse acompanhando ele também. [R2-B]*

E do cuidado ao longo do tempo:

*Vou atendê-lo igual qualquer outro paciente. Não vai ser um pós tratamento de hanseníase. Não. Vai ser o meu paciente, entendeu? [R1-A]*

Estima-se que a APS resolva de 80 a 95% dos problemas de saúde de sua população de referência [32,33], mas para funcionar adequadamente, os profissionais necessitam de contra-referências e de linhas guia de atendimento, pois consideram que seus conhecimentos são insuficientes para um acompanhamento integral.

*A gente precisa do atendimento secundário, a gente precisa de especialistas em hanseníase, sem dúvida alguma [R1-C]*

*A questão não é atender! A questão é que por exemplo, a gente não tem conhecimento suficiente, a gente não recebe contra referência de quando que esse paciente recebeu alta, do quê que a gente tem que fazer com ele. Eu não tenho nem idéia! [R1-A]*

*Talvez o protocolo fosse um tipo de... eu adoro protocolo (risos) De como você vai agir nessa e nessa situação. Pelo menos te dá uma segurança que você não*

*vai meter os pés pelas mãos, mas você vai, você pode agir dentro disso aqui.*  
[R2-A]

Assim, há implícito um discurso de defesa pessoal quanto ao desconhecimento, comum nas entrevistas com especialistas [21], como por exemplo na fala de [R1-C] quando justifica o seu não saber pelo fato de “por enquanto ainda ser R1”, ou quando se coloca que pode-se acompanhar o paciente “se a referência deixar” [R1-D], se fornecer laudos, e os residentes também se agrupam em torno do discurso da falta da contra-referência para “falar a mesma língua com o paciente” [R2-C],

*Eles [nível secundário] deveriam também talvez mandar uma parte de contra-referência pra nós, pra gente ficar mais por dentro do que ta acontecendo ao longo do tratamento deles e assim por diante.* [R2-B]

*Falta essa ponte (...) seria muito interessante pro paciente, seria bom pro tratamento do paciente se a gente conseguisse ter essa contra referência* [R2-C]

Uma segunda questão destacada na subcategoria “Assistência no nível primário” se refere às condições de atendimento da APSe a falta de tempo para atender o paciente [31].

*um consultório que não tem um banheiro pra você examinar um paciente (...)na prática eu nunca examinei um paciente, tirando criança, sem roupa, porque não tem banheiro, não tem infra estrutura pra isso.* [R2-A]

*se o paciente não levar a queixa, é muito difícil a gente olhar isso. Até porque nem nosso tempo vai dar pra gente tá procurando, se ele tem alguma mancha, assim: ah deixa eu te olhar. Aí por acaso você pode ver.* [R1-D]

A análise do GF aponta para uma demanda na APS que ultrapassa a capacidade de atendimento, ou interfere na qualidade do cuidado. Uma residente domina as falas iniciais neste sentido e o grupo entra em concordância com ela ao longo do processo.

*na hora de colocar na prática às vezes a gente tem alguns empecilhos, por exemplo, a exigência da produtividade* [R2-A]

*Pelo amor de Deus! Se a gente pegar todo mundo que ainda acompanha com os especialistas e ainda a gente ficar acompanhando a gente não dá conta não, não dá conta. Não tem como.* [R1-A]

*uma coisa que angustia também é que agora é tudo da atenção básica (risos) Tudo! (...) Então esse é o problema: 2500 eu dou conta, eu vou ter, desde que eu faça realmente 2500 entendeu. (...) então às vezes sufoca, porque você não dá conta de não fazer nada bem feito.* [R2-A]

O Ministério da Saúde reconhece o papel da Atenção Primária no controle da Hanseníase [17,18,19]. No entanto, as eSF trabalham com até 4.000 habitantes por equipe, enquanto em outros países, a proporção varia de 2.500 pessoas (Canadá), a até 850 pessoas por equipe (Itália). [34]. Além disto, um número de 1.947 pessoas é o máximo estimado para que uma equipe de APS consiga realizar todas as ações necessárias de prevenção promoção, cura e reabilitação [35]. Assim, esta fala reflete um discurso profissional de defesa de 2.500 pessoas por equipe da entidade representante destes futuros especialistas, também típico de entrevistas com especialistas [21]

Chama a atenção também no grupo o modelo do discurso médico em saúde: os profissionais discursam com mais tranquilidade quando conseguem estabelecer analogias com outras doenças e serviços da rede. Quando se referem a dificuldades de tratamento, eles utilizam como paralelos a Tuberculose e doenças crônicas; ao trabalhar ações educativas, propõem um paralelo com outras doenças de pele; no auto-exame, o paralelo é com o câncer de mama; e na lógica da mudança de comportamento, o fazem em relação ao tabagismo.

### **Educação em saúde**

A terceira subcategoria que emerge do GF a partir da análise de conteúdo é a da “Educação em Saúde”. A questão primordial para os participantes é a educação para a suspeição, já que *“tão importante quanto a gente ter a capacitação pro diagnóstico é a gente passar os sinais de alarme pro paciente.”* [R1-C]:

*Mas não adianta nada a gente ter uma porta aberta se o paciente não sabe das características da doença. Então eu acho que o grande enfoque (...) seria a população, (...)o foco pra tudo é a educação da população. Pra tudo, entendeu. E a hanseníase não fica de fora dessa também não. [R1-C]*

*Eu acho que o melhor seria (...) divulgar prá o paciente chegar com a queixa relacionada, que a gente não vai pesquisar. É muito difícil. Pode até ser... mas é complicado. [R1-A]*

O conteúdo de educação em saúde é centrado no saber médico, vertical e com caráter distributivo. Esta percepção é refletida na forma como os residentes discutem a comunicação. [36] O objeto para o paciente situa-se na questão da mancha, e da perda de sensibilidade. Então é necessário *“divulgar pro paciente chegar com a queixa relacionada, que a gente não vai pesquisar.”*[R1-A]

*Ou se você não sente, não sente a sua pele ao tocar. Aí essa palavra teria que ser trabalhada dependendo do tipo de usuário que vai ler esse cartaz né E, mas eu acho que o foco aí seria a questão da perda da sensibilidade. [R2-C]*  
*Uma frase que realmente tocasse ele no sentido de despertar a curiosidade dele pra o que ta acontecendo naquela lesão, que ele tem que procurar ajuda. (...) Às vezes é só uma manchinha mesmo, não tem problema não. Vai lá e a gente tira a dúvida dele. Às vezes outros vão ser realmente uma lesão significativa. [R2-C]*

Outro ponto é a adequação de linguagem. Como os profissionais estão mais próximos da população, percebem que a comunicação deve se adequar, desde os sinais e sintomas ao invés de enquadrar o paciente em algum rótulo diagnóstico [37]:

*É, alguma coisa nesse sentido... a mancha. É... “nem toda mancha é só uma mancha”, uma coisa assim. Tem que ser rápido né? E, não adianta você dar um nome pra doença né? Eh Hanseníase. Se você falar lepra também Lepra tem cura, alguns vão falar: não tem! ta na Bíblia né? Eh e eu acho que tem que ir pra isso, pros sinais, sintomas né [R1-B]*

A partir deste momento, no grupo, o foco passa ao auto-exame da pele e caminha para o consenso de que o paciente se auto-examinar é a maneira mais efetiva de se produzir suspeição, fazendo um claro paralelo com a campanha contra o câncer de mama.

*Chamar a atenção das pessoas pra que se auto examinem e vejam se tem alguma lesão de pele, E, que tem alguma alteração de sensibilidade pra poder vir e examinar [R2-A]*

*O auto exame de mama não é tão bem divulgado? Então por que não fazer isso pra hanseníase também? Que impasse é esse que tem? [R1-C]*

Há dois pontos fundamentais a se discutir: o primeiro refere-se ao limite entre a responsabilização do paciente e a “terceirização” do cuidado para o paciente. Até que ponto responsabilizar o paciente por levar sintomas para a consulta é abrir mão da qualidade mínima do atendimento?

O segundo refere-se a maneira como se faz educação e comunicação em saúde: a comunicação em saúde em geral é realizada pelos órgãos oficiais atuam transferindo o saber instituído e definindo novos valores, pautada em uma campanha “conteudista, normativa e cientificista” que não se traduziu na mudança de comportamento. [38].

Este é um momento emblemático no grupo, pois os participantes percebem que mais do que ampliar a suspeição para uma doença, é necessário ampliar a atenção para problemas gerais de saúde, no caso em questão, da pele:

*Por isso que eu acho que às vezes melhor do que fazer uma coisa focal poderia fazer uma coisa assim pra chamar a atenção do exame da pele né... e pra conseqüências não só da hanseníase, um câncer de pele, uma metástase de um câncer de pele, se for olhar assim, né? porque aí não deixaria, seria um chamado de atenção pra várias coisas de prevalências importantes, que o câncer de pele também é super comum [R2-A]*

*you já examinou o maior órgão do seu corpo que é a pele(...) Já examinou, já fez o auto exame da sua pele pra identificar algum problema, alguma mancha? [R2-A]*

*Eu acho que não mostrar só a gravidade da hanseníase. Mostrar a gravidade das outras doenças de pele também. Aí tiraria o foco isolado de uma coisa só. [R2-A]*

Esta é uma discussão fundamental a ser feita, pois quando se trabalha com doenças específicas em um âmbito de atuação generalista, muitas vezes as pessoas se perdem no meio de tanta informação sobre tantas doenças. É comum em unidades de saúde você se deparar com um volume elevado de informações em quadros de avisos, o que dificulta muito o foco. Um residente especificamente relatou suas impressões ao falar de um cartaz em seu consultório e imaginar como o paciente se sentiria, reconhecendo que, se o médico não chama a atenção, o paciente não vai atentar para a campanha.

Os médicos residentes então entram no debate acerca dos meios de divulgação e a educação midiática de massa para a população, é pautada. O grupo enfatiza estratégias educativas midiáticas como a inserção de um caso de hanseníase em obras de ficção televisivas. É interessante ressaltar que na campanha de 1988 a imagem de uma dona-de-casa se queimando no fogão “sem perceber”, com a mancha dormente no braço sobre o fogo, permaneceu no consciente coletivo, o que corrobora o papel fundamental da TV.

*Coloca um caso de hanseníase na novela das oito e acho que ajudar bem. [R1-D]*

*Os meios de comunicação de massa eles não tem muito essa abordagem, fora os Globo Repórter da vida, as coisas específicas, mas tem aquela coisa diária né? [R1-B]*

*Eu falei aqui de supetão, mas tem que ser muito bem pensado, planejado, tem que instigar, e às vezes colocar na novela, não só o cartaz. Tem que ser as*

*várias coisas ao mesmo tempo ... nas mensagens subliminares nas novelas, igual tem as propagandas né que o povo coloca nas novelas [R1-D]  
a televisão é um veículo incrível pras pessoas. Todo mundo assiste televisão, assiste a população geral, porque a pessoa pode não ter comida em casa, mas tem televisão. . [R1-D]  
Começar a ver que existe morbidade, pôr nessa “Malhação” da vida também, né, as coisas tem que ser um ‘boom’ de informações. [R1-B]*

A discussão aprofunda-se quando se trabalha a questão da adequação da comunicação em saúde para o público alvo, relatando as dificuldades de comunicação com o paciente que não teve acesso a educação básica, e terminam abordando a Educação Popular em Saúde, entrando aí algumas situações do *empowerment* comunitário:

*Marketing e propaganda. (...) Não dá pra gente montar um cartaz aqui assim, né? Precisa definir o visual, como é que vai ser o vocabulário, parará, parará, né? [R1-C]*

*Agora educação em saúde você pode buscar de outras formas mesmo. O paciente é analfabeto? Então como que eu posso fazer pra atingi-lo pra fazer ter uma educação em saúde sem ter educação escolar. [R1-A]*

*Quando essas regras são trabalhadas em conjunto com o paciente, na questão, por exemplo, da adesão ao tratamento, tem um resultado melhor. Não impondo regras. Vamos discutir qual o seria o melhor o caminho. [R2-C]*

*Paulo Freire (...) o método bancário que a gente utiliza de depositar o conhecimento. Existe o professor, o termo de professor, de eu professo idéias né. Educador e educando é diferente, eles ao longo do tempo vão debatendo, chegando no senso comum [R2-B]*

*Aliança terapêutica, porque hoje em dia não se impõe o tratamento: antigamente o médico tinha uma... outra posição, assim, ele tava do outro lado, de cima e o paciente ele tava mais naquela posição submissa, que aceitava tudo que era imposto pra ele. Hoje em dia não. Hoje em dia tem que negociar o tratamento e aos poucos tentar estabelecer uma certa confiança com ele, em você pra que a partir daí, depois dessa aliança feita pra você ter um melhor resultado [R2-A]*

Por outro lado, a educação em Saúde é trabalhada também com receio de que isto aumente ainda mais a demanda. A postura dos médicos residentes é de defesa quanto à demanda:

*E, divulgação em massa e piorar a nossa fila, piorar o nosso acolhimento. Até que ponto que a gente vai ter uma sensibilidade que não vai atrapalhar o serviço? Então eu acho que tem, por isso que é difícil. [R1-D]*

*chamar atenção pra ele mesmo se observar né, pra auto estima, pra auto cuidado mesmo, né, pra não deixar tudo na mão do médico: o médico que tem que pesquisar, o médico que tem que correr atrás, o médico que faz isso, o médico que faz aquilo, ele também tem que fazer. [R2-A]*

E quando ao papel da equipe de saúde, não apenas centrada no saber médico, algo que foi extensamente pautado na literatura [25, 31, 36, 38] :

*Aí, procure a unidade básica de saúde, não o seu médico, porque acolhimento, acolher, qualquer um pode acolher né? E, e todos que estão lá na unidade básica de saúde pode receber esse paciente e orientar né? Aí sim, ele vai passar por uma triagem e se tiver necessidade ta passando pelo médico. [R2-C]*

*Eu acho também que a gente devia enfatizar qualquer coisa de educação em saúde não só ficar centrado na nossa figura, na nossa figura fazendo isso. Tirar aquele negócio de só do médico né. [R2-A]*

Enquanto área do conhecimento, a Educação em Saúde estuda o que leva as pessoas a adotarem um comportamento, sendo seu objetivo a mudança para hábitos saudáveis. Uma das teorias utilizadas é o Modelo de Crenças em Saúde (MCS) [39, 40], que envolve percepções do sujeito acerca da susceptibilidade, gravidade da doença, benefícios percebidos na mudança de comportamento, as barreiras para mudar o comportamento, a auto-eficácia e em cima destes construtos, avalia estratégias relacionadas a mudança de atitude (Diagrama 2)

Há no Brasil uma baixa percepção do risco da doença. [27, 28] No Grupo Focal, os residentes apontam a necessidade de relacionar a doença com a ameaça percebida, construto resultante da percepção da susceptibilidade e da gravidade da doença:

*Eles acabam abrindo, mostra também o lado ruim também. Não sei assim né, que infelizmente a gente se preocupa com o pior né, a gente só volta a nossa atenção. Tentar, às vezes mostrar um centro de reabilitação, não sei se... uma pessoa que tivesse o diagnóstico e começasse a preocupar e fosse conhecer a morbidade da doença também (...) mostrar que existe uma morbidade, que existe consequência, apesar da cura. [R1-B]*

*É tipo o câncer de mama. Por quê que funcionou? Porque chamou a atenção o seguinte: câncer de mama? (Com tom amedrontador) Câncer de mama! Mas se for no início cura, entendeu.[R2-A]*

A ampliação da ameaça percebida, entretanto, pode gerar situações consideradas complicadas pelos residentes:

*com o tabagismo (...) não adianta colocar o cara lá, apesar de todas as propagandas, falando que o cara é entubado lá, o cara é traqueostomizado, isso daí não alerta a população tanto quanto a educação propriamente dita da população, né. (...) eu acho que pra população a gente tem que dosar bem esse lado aí exatamente por causa do estigma [R1-C]*

*E é difícil saber até que ponto você vai deixar assim, a pessoa, qualquer manchinha começa aquela... aquele clima de, pode gerar até pânico né [R1-D]*

O MCS trabalha ainda com a perspectiva da susceptibilidade percebida, que é um foco primordial das campanhas educativas. Nos discursos percebe-se esta necessidade quando os residentes focam nas campanhas de auto-exame, o que estará diretamente ligado por um lado ao construto de “benefícios percebidos” [40, 41], e por outro a necessária integração entre a comunicação e a mudança de comportamento. [38]

Por se tratar de uma doença crônica com repercussões de longo prazo, a presença de algum gatilho para a ação provavelmente será tardio, quando as sequelas já caminham para repercussões mais graves, como a amputação por osteomielite, que é secundária as perfurantes ósseas causadas pela neuropatia e vasculopatia periféricas.

Um agravante da abordagem da hanseníase é o estigma associado, originário da bíblia [42], em um país de intenso cristianismo, em um contexto em que há “*um quadro transicional onde se confrontam expectativa de cura e uma visão estigmatizante das conseqüências da doença*” [27] p. 112 :

*Se você falar lepra também. Lepra tem cura. Alguns vão falar: não tem, ta na Bíblia né? [R1-B]*

*Agora, eu acho que pode ter sim, pode ter gente que não queira fazer porque o [Centro de Referência] também tem esse estigma de ser o lugar né, [R2-A]*

O estigma é um tema transversal ao longo do grupo, e para exemplificá-lo, os participantes utilizam metáforas a pacientes com tuberculose, HIV positivos, epilepsia e serviços como o CERSAM. A loucura é a herdeira natural da “lepra” e os manicômios que abrigavam “leprosos” na idade média passaram a abrigar “loucos” [43]

*Esse paciente (...) não tem que ser especial por hanseníase. Especial não. Tem que ter o centro de reabilitação pra seqüela, (...) Igual, teoricamente é pra tuberculose, né. A gente já tem um esquema definido, a gente já sabe onde tem que começar né. [R1-B]*

*È, isso vale, por exemplo, pra epilepsia, que é cheio de estigma, cheio de... são várias doenças, mas tem muito, se tem um boom de informação assim, as pessoas acho que começam a agir com mais naturalidade, vê que pode estar no dia-a-dia de qualquer pessoa [R1-B]*

As categorias que surgiram do GF envolvem todos os ângulos do “Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde” [44] que permitem compreender a hanseníase na perspectiva educacional: ensino, atenção gestão, além do controle social, que é margeado ao longo das falas dos entrevistados. E, embora o GF tenha identificado três subcategorias, elas não se encontram isoladas no contexto, e durante todo o tempo o ciclo conhecimentos (ausentes) - assistência (insuficiente) - educação para saúde (suspeição) se integra (DIAGRAMA 3).

### **Considerações finais:**

A hanseníase é uma doença relacionada à falta de informação. Embora curável, suas repercussões dependem do diagnóstico precoce e tratamento baseado em uma poliquimioterapia prolongada, cercada de falhas de adesão. Resulta também da falta de acessibilidade dos sistemas de saúde, pois o diagnóstico é eminentemente clínico e seu tratamento não exige custos elevados nem instrumentos de maior complexidade tecnológica.

A “educação sanitária” no Brasil sempre foi realizada através de folhetos, publicações, palestras e filmes, inicialmente no sentido de desestigmatizar a “lepra” e depois informar a população para procurar serviços de saúde em casos suspeitos. Entretanto, os materiais são verticais e cientificistas, não abordando o sujeito nem sua rede social. Quando os participantes do GF apontam que é necessário mostrar a morbidade da doença, encontram eco na dissociação entre “lepra” e hanseníase, e quando apontam para a necessidade de difusão de sintomas e para uma abordagem mais sistêmica, mais do que doenças, demonstram que a APS está um passo mais próxima de cumprir esses objetivos.

O conteúdo analisado aponta para uma formação insuficiente, ao menos na graduação, que se pauta pela fragmentação, tendo em vista que o conteúdo específico é dado em um ambulatório de uma subespecialidade, primordialmente teórico. Isto também é

observado na prática, em que serviços de especialidades são responsáveis por cuidar da doença da pessoa diagnosticada.

A Atenção Primária é reconhecida pelos participantes do grupo como o nível adequado para o cuidado à pessoa com a doença, mas são muitos os fatores que dificultam isto na prática: a presença e o conseqüente estigma dos centros de tratamento especializados, a falta de linhas guia/ protocolos e organogramas nas redes de atenção a saúde, a insegurança dos profissionais para lidar com o paciente. Contribui sobremaneira a carga excessiva relatada pelos médicos residentes, que coincide com a realidade da Atenção Primária.

ROTBORG (1977a) apontava, em relação ao fenômeno social da hanseníase:

*“não é, nem será jamais ‘doença como as outras’, mas, pelo contrário, ‘fenômeno psico-social-somático’ excepcional, a ser tratado de modo excepcional (...) essa ‘corrente psico-social’ bloqueia hoje, e bloqueará sempre, o caminho para a aplicação de toda e qualquer medida médica (...) e de controle da endemia por quaisquer métodos, presentes ou futuros.”* [13] p. 2

A proposta de Rotberg se refletiu na adoção da terminologia hanseníase, abolindo qualquer referência a “lepra” e suas variantes. Essa nova nomenclatura parece ter realmente afastado o estigma da doença, mas interferiu com as crenças acerca da doença. As falas dos residentes apontam para uma associação entre o sintoma (mancha) à gravidade (sequelas). E isto é corroborado na análise de conteúdos, quando a educação aponta para a necessidade de ampliar a suspeição e a ameaça percebida. Como a hanseníase é margeada pelo estigma bíblico, os médicos residentes deixam claro que há um limite para esta ameaça, por exemplo, na campanha “Hanseníase, vamos acabar com esta mancha no Brasil” de 1998 o modelo educacional foi taxado de estigmatizante, ligado ao sentido de mácula, sujeira, descrédito na reputação.

Assim, os caminhos traçados envolvem a inclusão da mídia de massa (televisiva em especial) como meio para a comunicação em saúde, pautada na ampliação da suspeição e demonstração da gravidade das sequelas que a doença pode ocasionar, favorecendo a procura pelo serviço de saúde. Para que isto ocorra, é fundamental ofertar a população APS de qualidade, com profissionais bem capacitados, algo que parece ainda distante de

uma realidade nacional em que se considera que qualquer profissional estaria apto a atuar na APS.

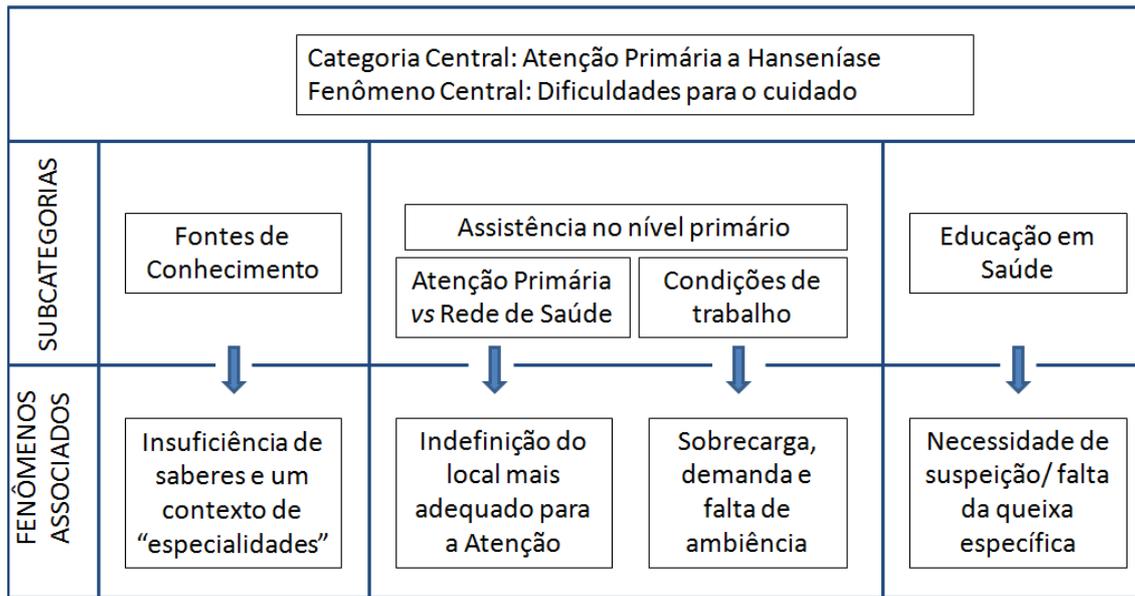
Da forma como é conduzida a formação destes profissionais na graduação, inseridos em contextos hospitalares, ou em ambulatórios selecionados, a chance de terem contato com a doença é reduzida. Quase todos afirmaram atender pessoas com hanseníase em sua área de atuação, e durante a graduação o contato deles com a doença foi nulo ou restrito. Faz-se necessária a inserção de alunos de graduação em medicina em cenários de prática reais, com casuística semelhante a que encontrarão na prática, considerando-se a pretensão da academia formar um generalista pleno.

### Elementos gráficos anexos ao artigo [submetido]:

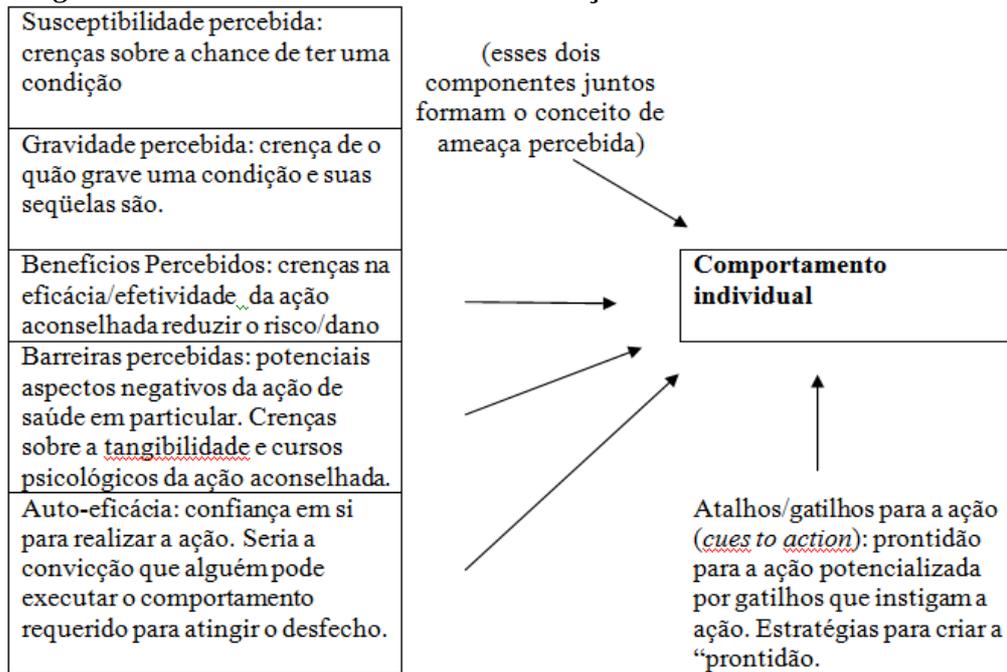
**Quadro 1. Três palavras que lhe vem a cabeça quando eu digo... hanseníase e “lepra”**

<b>Participante</b>	<b>Hanseníase</b>	<b>Lepra</b>
[R1-A]	Mancha Alteração de Sensibilidade Bacilo	Preconceito Isolamento Social
[R1-B]	Alteração sensitiva Lesão de pele	Religiosidade Isolamento Escurecimento
[R1-C]	Lesão dermatológica Curável Acompanhamento	Sequela Preconceito Antiguidade
[R1-D]	Mancha Alteração de Sensibilidade Sequela	Preconceito Colônias Sequelas
[R2-A]	Mancha Alteração de Sensibilidade Sequela	Sequela Preconceito
[R2-B]	Parestesia Anestesia Bacilo	(Não consta)
[R2-C]	Lesão de pele Preconceito no passado Perda de sensibilidade	Sequela Estigma Isolamento

**Diagrama 1. Resultado da análise do Grupo Focal sob a perspectiva da análise de conteúdo.**

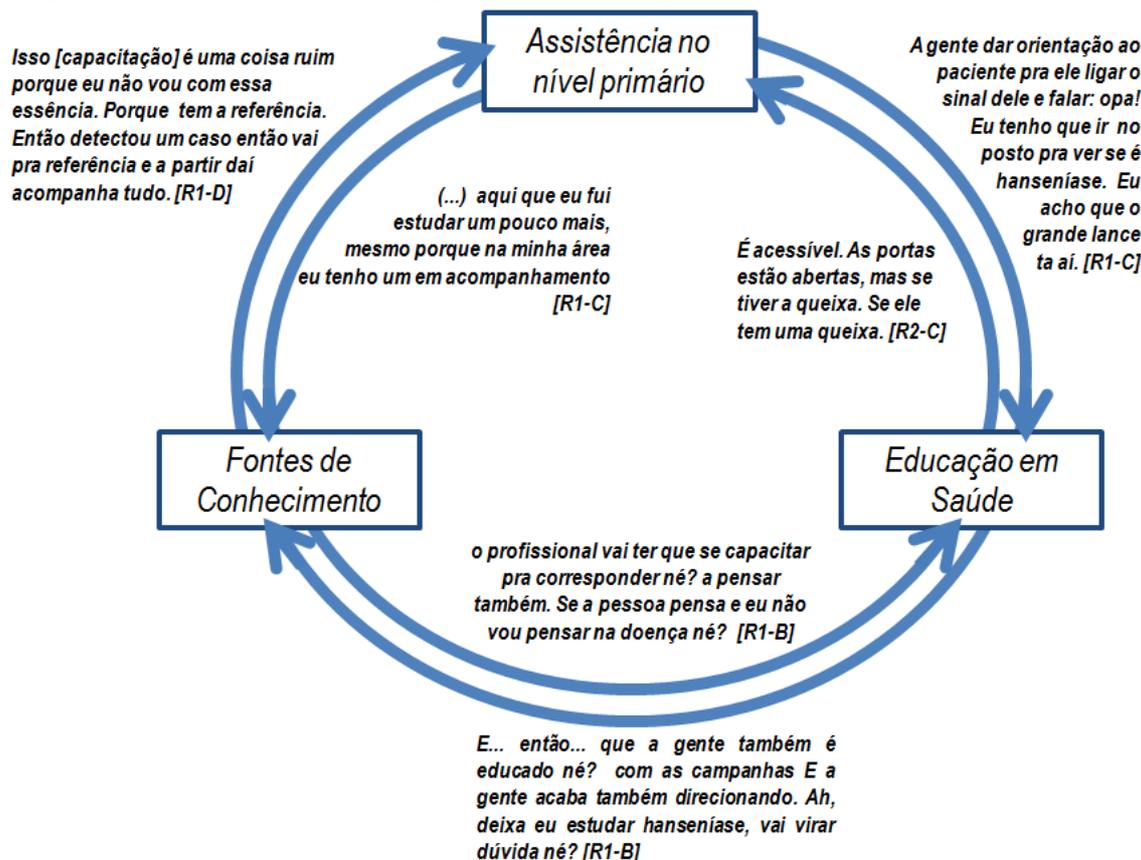


**Diagrama 2: Construtos do Modelo de Crenças em Saúde:**



Fonte: Adaptado de GLANZ. [39]

Diagrama 3. Interrelação das sub-categorias e como uma influencia a outra ao longo do conteúdo.



## Referências bibliográficas do artigo:

1. WHO. **Leprosy update, 2011**. Weekly epidemiological record. [online] 2 september 2011 [capturado 31/12/2012], No. 36, 2011, 86, 389–400. Disponível em: <http://www.who.int/wer>
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. **Indicadores epidemiológicos e operacionais de hanseníase no Brasil em 2011**. [online] [capturado 03/08/2012]. Disponível em: [http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Jan/26/hanseníase\\_2011\\_final.pdf](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Jan/26/hanseníase_2011_final.pdf)
3. WHO. **The World Health Assembly Resolution 1991: World Health Assembly (WHA) resolution to eliminate leprosy**. [online] Genebra: WHO, 1991. [capturado 12/10/2011]. Disponível em <http://www.who.int/lep/strategy/wha/en/index.html>
4. WHO. **A guide to leprosy Control**. [online] Geneva: WHO, 1998 [acesso em 02/01/2013]. 2ª Ed. 121 p. Disponível em [http://whqlibdoc.who.int/publications/1988/9241542233\\_\(part2\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/1988/9241542233_(part2).pdf)
5. CURI, LM. **Lepra e preventórios do Brasil: a Educação a serviço do “bem”. Evidência – olhares e pesquisa em saberes educacionais**. [online] Ano II, n.2, 2006 [capturado 27/12/2012]. P.149-179. Disponível em <http://www.uniaraxa.edu.br/ojs/index.php/evidencia/article/viewFile/298/280>
6. MACIEL, LR; OLIVEIRA, MLW; GALLO, MEN; DAMASCO, MS. **Memories and history of Hansen's disease in Brazil told by witnesses (1960-2000)**. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* [online]. 2003, vol.10, suppl.1, pp. 308-336.
7. DUCATTI, I. **Discurso científico e legitimação política: hanseníase e isolamento compulsório (Brasil, Século XX)** *Projeto História, São Paulo*, n.34, p. 303-315, jun. 2007

8. MONTEIRO, YN. **Prophylaxis and exclusion: compulsory isolation of Hansen's disease patients in São Paulo.** *Hist. cienc. saude-Manguinhos* [online]. 2003, vol.10, suppl.1, pp. 95-121.
9. SANTOS, ViSM. **Pesquisa documental sobre a história da hanseníase no Brasil.** *Hist. cienc. saude-Manguinhos* [online]. 2003, vol.10, suppl.1, pp. 415-426.
10. BRASIL. **Lei 378**, de 13 de janeiro de 1937. “Dá nova, organização ao Ministério da Educação e Saúde Publica”.
11. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE, SERVIÇO NACIONAL DE LEPROA. **Manual de Leprologia.** Brasil, MS, SNL: Rio de Janeiro, 1960. 171 p.
12. BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE, DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE. **Portaria nº. 46, de 30 de junho de 1947.** Diário Oficial (Seção I) de 08 de julho de 1947.
13. ROTBERG, A. A Fase III do controle da hanseníase começa no Brasil EDITORIAL *Hansen. Int.* 2(1), 1977
14. BRASIL. **Decreto nº 77.513**, de 29 de Abril de 1976. “Revoga o Decreto nº 968, de 7 de maio de 1962, e dá outras providências.”
15. BRASIL. **Lei nº 9.010**, de 29 de março de 1995. “Dispõe sobre a terminologia oficial relativa à hanseníase e dá outras providências”
16. BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria conjunta nº 125**, de 26 de março de 2009. Imprensa Nacional: DOU, Nº 59, de 27 de março de 2009. p. 73-78 . “Define ações de controle da hanseníase.”
17. BRASIL, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Informe da Atenção Básica n. 3** – Agosto 2000. 2p.
18. BRASIL, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Informe da Atenção Básica. n. 42**, ano VIII, setembro/outubro de 2007. 2p.
19. BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Imprensa Nacional: DOU Nº 204, de 24 de outubro de 2011, Seção 1, p.48-55. “Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)”.
20. MINAYO, Maria CS. **O desafio do conhecimento.** São Paulo/ Rio de Janeiro: HUCITEC, 2006. 406 p.
21. FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa.** Porto Alegre: Artmed, 2009. 405 p.
22. KRUEGER, RA. **Focus Group: a practical guide for appliedresearch,** Newbury Park: Sage Publications,1988
23. BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1988.
24. MORGAN, S. **Focus Groups.** Annual Review of Sociology, Vol. 22 (1996), pp. 129-152
25. KELLY-SANTOS, A; MONTEIRO, S; ROZEMBERG, B. **Significados e usos de materiais educativos sobre hanseníase segundo profissionais de saúde pública do Município do Rio de Janeiro, Brasil.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.25, n.4, pp. 857-867. ISSN 0102-311X
26. SANTOS, A.K.; RIBEIRO, A.P.G.; MONTEIRO, S. **Hanseníase e práticas da comunicação: estudo de recepção de materiais educativos em um serviço de saúde no Rio de Janeiro.** *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.16, n.40, p.205-18, jan./mar. 2012.
27. FELICIANO, KVO; KOVACS, MH. **Opiniões sobre a doença entre membros da rede social de pacientes de hanseníase no Recife.** *Rev Panam Salud Publica*[online]. 1997, vol.1, n.2, pp. 112-118. ISSN 1020-4989.
28. QUEIROZ, MS; CARRASCO, MAP. **O doente de hanseníase em Campinas: uma perspectiva antropológica.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 1995, vol.11, n.3, pp. 479-490. ISSN 0102-311X.
29. BARRETO, Jaison A. **Conhecimentos de médicos sobre hanseníase e reflexos em sua epidemiologia.** Artigos do CFM, 2012. [online] [capturado 10/01/2013]. Disponível em: [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=23040:conhecimentos-de-medicos-sobre-hanseníase-e-reflexos-em-sua-epidemiologia&catid=46](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23040:conhecimentos-de-medicos-sobre-hanseníase-e-reflexos-em-sua-epidemiologia&catid=46)

- 30.** MORENO, Cléa Maria C; ENDERS, Bertha C & SIMPSON, Clélia A. **Avaliação das capacitações de hanseníase: opinião de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família.** *Rev. bras. enferm.* [online]. 2008, vol.61, n.spe, pp. 671-675. ISSN 0034-7167.
- 31.** RESENDE, DM; SOUZA, MR; SANTANA, CF. **Hanseníase na atenção Básica de saúde: principais causas da alta prevalência de Hanseníase na cidade de Anápolis-GO.** *Hansen Int* 2009; 34 (1): 27-36.
- 32.** STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.
- 33.** LANDSBERG, GP SAVASSI, LCM SOUSA, AB FREITAS, JM NASCIMENTO, J & AZARGA P. **Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2012, vol.17, n.11, pp. 3025-3036.
- 34.** JEPSON GMH. **How do primary health care systems compare across Western Europe?** *Pharmaceutical Journal* 2001; 267:269-73.
- 35.** ALTSCHULER J, MARGOLIUS D, BODENHEIMER T, GRUMBACH K. **Estimating a reasonable patient panel size for primary care physicians with team-based task delegation.** *Ann Fam Med.* 2012 Sep-Oct;10(5):396-400.
- 36.** KELLY-SANTOS, Adriana; MONTEIRO, Simone Souza and RIBEIRO, Ana Paula Goulart. **Acervo de materiais educativos sobre hanseníase: um dispositivo da memória e das práticas comunicativas.** *Interface (Botucatu)* [online]. 2010, vol.14, n.32, pp. 37-51. ISSN 1414-3283.
- 37.** MCWHINNEY, Ian; FREEMAN, Thomas. **Textbook of Family Medicine.** New York, Oxford University Press, 2009. 460p.
- 38.** GAZZINELLI MF; GAZZINELLI, A; REIS, DC; PENNA, CMM. **Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(1):200-206, jan-fev, 2005
- 39.** GLANZ, K; RIMER, BK; VISWANATH, K. **Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice.** USA: WJ&S, 2008. 592p.
- 40.** HOCHBAUM, G.M. (1958). **Public participation in medical screening programs: A sociopsychological study.** PHS publication no. 572. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1958 [capturado 06/01/2013], 23 p. [New York State Library online] Disponível em: <http://128.121.13.244:8080/awweb/main.jsp?flag=browse&smd=1&awdid=1#>
- 41.** HOCHBAUM, Godfrey M.; SORENSON, James R. and LORIG, Kate. **Theory in Health Education Practice.** *Health Educ Behav* October 1992 19: 295-313
- 42.** SAVASSI, L. C. M. ; BOGUTCHI, T. ; OLIVEIRA, APS ; MODENA, CM . A influência da internação compulsória em Hospitais-colônia na Qualidade de Vida de Cuidadores e Pacientes com Sequelas de Hanseníase. *Hansenologia Internationalis* (Impresso), v. 34, p. 21-31, 2009
- 43.** FIGUEIREDO, Flaviane S. **Lepra e loucura.** Betim: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, 2005. Monografia, 56 p002E
- 44.** CECCIM, RB; FEUERWERKER, LCM. **O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: ensino, gestão, atenção e controle social.** *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O dilema da abordagem de doenças marcadas pelo estigma não está ultrapassado. Nos Estados Unidos, somente em 2009 foi revogada uma lei que proibia a entrada de pacientes infectados pelo vírus do HIV, o que muito se assemelha às medidas tomadas no início do século passado com os então “leprosos” (PRESTON, 2009). O medo também é utilizado frequentemente, como foi o exemplo recente da pandemia Influenza A H1N1. E a política de internação compulsória de usuários de crack demonstra que nem mesmo o isolamento foi extinto como medida de saúde pública.

Entender o passado nos permite projetar o futuro e na hanseníase a cultura ocidental foi fortemente influenciada pelos preceitos da religião cristã como a responsável pela associação da doença “lepra” aos conceitos de punição, castigo, pecado e mesmo de contagiosidade. Nenhuma outra doença mereceu destaque tão grande na Bíblia.

A descoberta do bacilo de Hansen no final do século XIX estabeleceu a legitimidade científica necessária para o estado segregar o reservatório até então único do bacilo (o doente) para proteger os sadios. Estas ações, pautadas por um discurso higienista, levaram a construção de Leprosários, Preventórios e Educandários para os quais os “leprosos” e seus descendentes foram segregados no Brasil do século XX. Passada a necessidade de internação compulsória, o tratamento passa a ser ambulatorial, e o isolamento acaba para os “novos casos”, mas persistiu para os antigos internos, mesmo após a “abertura das correntes”, pois a reintegração é difícil.

A desapropriação do estigma teve conseqüências, e estas parecem se refletir na dificuldade do Estado Brasileiro em erradicar a doença como um problema de saúde pública. Neste aspecto, a Educação para a Saúde tem um papel fundamental.

Entender como as pessoas lidam com o medo e percebem a gravidade da doença, bem como incentivar a auto-eficácia para o auto-exame da pele parecem ser medidas capazes de induzir a mudança de comportamento no sentido da suspeição. E o Modelo de Crenças em Saúde pode ser uma forma de entender e trabalhar estes preceitos. É necessária a construção de material educativo que consiga elencar as duas visões acima para obter resultados adequados.

A atenção primária necessita se reestruturar, e adequar suas ações educativas para abordar corretamente a hanseníase. Para isto, é necessário realizar uma série de modificações, tanto estruturais quanto formativas. Os resultados dos estudos apresentados sugerem que a formação para a hanseníase na graduação, em especial para médicos é insuficiente, e ainda distante da realidade do campo da prática.

A percepção na graduação, e mesmo no serviço de saúde, é de uma doença do campo de atuação do especialista focal, a despeito da percepção dos profissionais acerca do papel da Atenção Primária como fonte primordial, contínua e mais adequada de atenção. Somam-se a isto as dificuldades de fixação profissional na APS, que geram políticas de saúde que não primam pela qualificação profissional.

A implantação recente da Estratégia Saúde da Família como ordenadora da Atenção Primária, se tornando o modelo de cobertura da maioria dos brasileiros somente em 2009, criou um mercado de trabalho grande, sem uma base de qualificação para seus profissionais tanto na graduação quanto na pós-graduação.

A avaliação dos principais motivos de consultas na atenção primária nos demonstra dois pontos fundamentais: o primeiro é que as doenças dermatológicas não são motivos frequentes de consultas na faixa etária do adulto, sendo mais comuns na infância (0 a 9 anos) e depois somente no idoso, provavelmente pelas alterações senis da pele. Ou seja, o adulto não tem o costume de procurar o serviço de saúde por causa de problemas de saúde relacionados à pele.

O segundo é que, referente especificamente à codificação da hanseníase, já que nenhuma consulta foi registrada por este motivo, o que sugere que, ao menos no município estudado, ou o paciente não procura a atenção primária como sua fonte de atenção, ou realmente não há demanda espontânea por cuidado, guardadas as devidas limitações de tempo e especificidades locais da atenção.

A educação em saúde no Brasil não se apoderou das metodologias educativas amplamente utilizadas no exterior, e seus modelos explicativos. Ela está fortemente embasada no *empowerment* comunitário, proposta por Paulo Freire, através da Educação Popular. Mecanismos de Educação Permanente, ou “educação na saúde”, por outro lado, são distributivistas e não consideram especificidades locais.

Novas estratégias são necessárias para a abordagem da hanseníase no país, e a abordagem em especial da percepção das pessoas acerca da susceptibilidade e gravidade da doença, somadas a campanhas de massa que estimulem a procura por serviços de saúde em caso de problemas de pele parecem ser alternativas viáveis, desde que respeitando e apontando para as especificidades locais, em especial quanto às crenças populares acerca da doença.

Porém, sem uma atenção primária com profissionais capacitados para tal, formados em um âmbito ambulatorial, ambiência necessária, e uma população de cobertura que ao menos de aproxime do ideal, as ações educativas podem não ser suficientes para a redução do número de casos.

Resta-nos lembrar por fim que, ainda que o país chegue a cumprir a meta da OMS de menos de um caso para 10.000 habitantes, a doença ainda não estará extinta, e medidas educativas, assistenciais e sociais ainda serão necessárias.

## **7 ANEXOS**

### **7.1. Anexo 1. The World Health Assembly Resolution 1991**

The Forty-fourth World Health Assembly, which met in Geneva in May 1991, adopted a resolution to eliminate leprosy as a public health problem by the year 2000, defining elimination as attaining a level of prevalence below one case per 10 000 population, at the global level.

This resolution reflected WHO's ongoing commitment to achieving the global elimination of the disease, and recognised the significant progress made with multidrug therapy (MDT) and the consequent reduction in disease prevalence. It also recognised and welcomed the substantial support from non-governmental organizations (NGOs), and the increased priority accorded to leprosy control by many of its Member States.

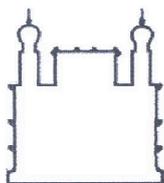
The resolution urged Member States to strengthen their political commitment to leprosy elimination so as to reach the elimination goal as soon as possible. It requested WHO to increase its technical support to Member States, and to continue to mobilize and coordinate resources from NGOs and others in order to achieve that goal.

By establishing a target for the year 2000, the WHA drew attention to the effectiveness of the available treatment technology, the need for leprosy-endemic countries and donor agencies to no longer regard leprosy as a permanent and intractable problem, and to redouble their efforts towards controlling leprosy, and its acceptance as simply another health problem with a clear solution.

Armed with a clear mandate from its Member States, WHO approached the international donor community to fund an elimination strategy. By 1995 it had established a global supply of MDT drugs, a key element of the strategy, which it then made available free of charge to all patients around the world.

The elimination of leprosy at the global level was achieved by the end of 2000, after which WHO then established its own more radical targets of reaching elimination at national and then sub-national levels. The setting of such targets helped generate and maintain high levels of political commitment in endemic countries, as well as encouraging donor support for essential activities such as MDT supply and logistics.

## 7.2. Anexo 2. Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisa René Rachou

Comitê de Ética



### CARTA DE APROVAÇÃO Nº 19/2009 – CEP / CPqRR

**Protocolo CEP - CPqRR nº: 22/2009**

**Projeto de Pesquisa:** "Proposta de Educação em Saúde para a Hanseníase no Brasil". Grupo III.

**Pesquisador Responsável:** Leonardo Caçado Monteiro Savassi

**Instituição Vinculada:** Centro de Pesquisa René Rachou

**CAAE:** 0022.0.245.000-09

Ao se proceder à análise do protocolo em questão, constatou-se que o projeto atende aos aspectos fundamentais da Resolução CNS 196/96, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro de Pesquisa René Rachou / FIOCRUZ, de acordo com as atribuições da Resolução 196/96, manifesta-se pela homologação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: **PROJETO APROVADO**

**Firma-se diante deste documento a necessidade de serem apresentados os relatórios:**

**- Final: Setembro 2010.**

**Bem como a notificação de eventos adversos, de emendas ou modificações no protocolo para apreciação do CEP.**

Belo Horizonte, 11 de Setembro de 2009.



*João Carlos Pinto Dias*  
João Carlos Pinto Dias  
Coordenador do CEP/SH-CPqRR

Dr. João Carlos Pinto Dias  
COORDENADOR  
COMITÊ DE ÉTICA

DRA. LILÉIA GONÇALVES BÍOTTA  
Vice-coordenadora  
Comitê de Ética - CEP



## Organización Panamericana de la Salud Comité de Revisión Ética (PAHOERC)

Dictamen de Evaluación para Proyectos de Investigación

PAHOERC REF No. PAHO-2010-02-0006  
Unidad: (Previamente 2009-11-0013)  
PANAFTOSA  
Título del Proyecto: Proposta de Educação em Saúde para a Hanseníase  
Investigador/a Principal: Dr. Leonardo Cançado Monteiro SAVASSI  
Punto Focal: Dra. Zaida YADÓN  
País(es): Brasil

El proyecto fue revisado por el Comité de PAHOERC (15 Abril 2010) y se concluyó que este proyecto es **Aprobado**.

*PAHOERC invita al equipo de investigadores a considerar las siguientes recomendaciones que pudieran fortalecer al proyecto. Sin embargo, la propuesta ha sido aprobada y no requiere ser reenviada para revisión.*

### **Recomendaciones:**

El Comité felicita a los investigadores por esta propuesta que puede conducir a mejoras en la calidad de vida de la población afectada. Las observaciones hechas por PAHOERC (28 Ene 2010) fueron apropiadamente atendidas por los investigadores.

### **Observación:**

Incluir una ficha de consentimiento informado adaptada para los “cuidadores”.

### **Sugerencia:**

El estudio se beneficiaría si los materiales educativos resultantes fueran evaluados en grupos focales.

Los cambios a la propuesta deben notificarse a los comités de ética respectivos.

PAHOERC agradecerá el envío al Secretariado de PAHOERC de las referencias o publicaciones resultantes de este estudio

PAHOERC invita a los investigadores a publicar los resultados de los estudios en revistas indizadas de acceso abierto y a que cuando estos correspondan a ensayos clínicos, los registren en bases de datos compatibles con la Plataforma Internacional de Registros de Ensayos Clínicos de OMS (<http://www.who.int/ictrp/>). Los investigadores tienen una responsabilidad científica, ética y moral de registrar sus investigaciones en base de datos disponible al público, antes de implementar sus investigaciones (Declaración de Helsinki <http://www.wma.net/s/policy/b3.htm>).

Nombre: Paulo Lyra, Vicepresidente, PAHOERC

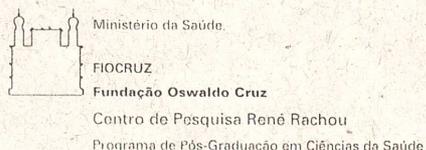
Fecha: 19-abr-10

Nombre: Luis Gabriel Cuervo, Secretario, PAHOERC

Fecha: 19-abr-10

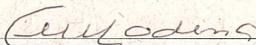
**Nota:** Copia de este documento aprobado por PAHOERC debe ser incluido en la documentación anexa al solicitar la elaboración de Contratos, Cartas Acuerdos o documentos legales de la OPS pertinentes a este proyecto de investigación.

### 7.3 Anexo 3. Ata de aprovação pela Banca

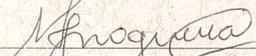


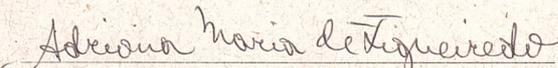
#### Ata da sexagésima sexta defesa de tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, do aluno Leonardo Cançado Monteiro Savassi sob a orientação da Dra. Celina Maria Modena.

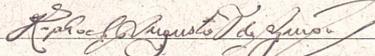
Aos vinte e cinco dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e treze, às quatorze horas, realizou-se no Auditório da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais - ESP/MG, o exame da sexagésima sexta defesa de tese de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisa René Rachou/FIOCRUZ, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutor em Ciências - área de concentração Saúde Coletiva. A tese do aluno Leonardo Cançado Monteiro Savassi, intitula-se "Atenção Primária e Hanseníase: desafios educacionais e assistenciais". A banca examinadora foi constituída pelos professores: Dra. Celina Maria Modena (Orientadora/Presidente da banca); Dra. Virginia Torres Schall - CPqRR/Fiocruz (Titular); Dra. Maria José Nogueira - CPqRR/Fiocruz (Titular); Dra. Adriana Maria de Figueiredo - UFOP (Titular); Dr. Raphael Augusto Teixeira de Aguiar - UFMG (Titular). Após arguir o aluno e considerando que o mesmo demonstrou capacidade no trato do tema escolhido e sistematização na apresentação dos dados, a Banca Examinadora assim se pronunciou: De acordo com o regulamento do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, o aluno foi considerado aprovado. Uma vez encerrado o exame, eu, Celina Maria Modena, presidente da Banca, assino a presente ata juntamente com os membros da Banca Examinadora. Belo Horizonte, vinte e cinco de fevereiro de dois mil e treze.

  
Dra. Celina Maria Modena

  
Dra. Virginia Torres Schall

  
Dra. Maria José Nogueira

  
Dra. Adriana Maria de Figueiredo

  
Dr. Raphael Augusto Teixeira de Aguiar

## 8 REFERÊNCIAS

- AGRÍCOLA, Ernani. **A lepra no Brasil (Resumo histórico)**. In: BRASIL, MS, DNS, SNL. **Manual de Leprologia**. Rio de Janeiro: SNL, 1960. 171 p. pgs. 11-29.
- AGUIAR, Raphael AT. **A construção internacional do conceito de Atenção primária a saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do sistema único de saúde no Brasil**. UFMG: Dissertação, 2005.
- ARAÚJO, Maria RN. **A saúde da família: construindo um novo paradigma de intervenções no processo saúde-doença** [doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1999.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1988.
- BRASIL. **Lei n.º 378, de 13 de janeiro de 1937**. Dá nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública. Distrito Federal: Diário Oficial da União de 15/01/1937, Página 1210, Coluna 1.
- BRASIL, 1988. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. [online] [Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)] [acesso em 15/02/2009]
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE/FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Programa de Saúde da Família: Saúde dentro de Casa**. Brasília: DF, 1994, 18 p.
- BRASIL. **Lei n.º 9.010, de 29 de março de 1995**. “Dispõe sobre a terminologia oficial relativa à hanseníase e dá outras providências”
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde / NOB-SUS 96**. Brasília, DF, 1997, 34p.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Informe da Atenção Básica n. 3 – Agosto 2000. 2p.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n.º 648/gm de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA. DEPARTAMENTO DE APOIO À GESTÃO PARTICIPATIVA. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 160 p.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Informe da Atenção Básica. n. 42, ano VIII, setembro/outubro de 2007a. 2p.
- BRASIL. **Decreto Federal n.º 6.168, de 24 de julho de 2007**. Regulamenta a Medida Provisória no 373, de 24 de maio de 2007, que dispõe sobre a concessão de pensão especial às pessoas atingidas pela Hanseníase concedendo pensão especial às pessoas atingidas pela hanseníase que foram submetidas a isolamento e internação compulsórios. Brasil, 2007b.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Portaria conjunta no 125, de 26 de março de 2009**. Imprensa Nacional: DOU, N.º 59, de 27 de março de 2009. p. 73-78 . “Define ações de controle da hanseníase.”
- BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).Brasília: Imprensa Nacional, Diário Oficial da União n.º 204, de 24/10/11 – Seção 1 p. 48-55.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. COORDENAÇÃO GERAL DE HANSENÍASE E DOENÇAS EM ELIMINAÇÃO. **Indicadores epidemiológicos e operacionais de**

**hanseníase no Brasil 2000 – 2011.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. [online] [disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/indi\\_epidemiologicos\\_operacionais\\_hans\\_br2000\\_2011.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/indi_epidemiologicos_operacionais_hans_br2000_2011.pdf)]

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. COORDENAÇÃO GERAL DE HANSENÍASE E DOENÇAS EM ELIMINAÇÃO. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. **Indicadores epidemiológicos e operacionais de hanseníase no Brasil em 2011.** [online] [disponível em: [http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Jan/26/hanseniase\\_2011\\_final.pdf](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Jan/26/hanseniase_2011_final.pdf)]

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família.** [online] [disponível em [http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)] [acesso em 11/12/2013]

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 1999, vol.4, n.2, pp. 393-403. ISSN 1413-8123.

CARVALHO, Geraldo B. **Reis, papas e “leprosos”.** Belo Horizonte: *Pelicano Edições*, 2004. 292 p.

CECCIM, Ricardo Burg. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário.** *Interface (Botucatu)* [online]. 2005, vol.9, n.16, pp. 161-168. ISSN 1807-5762.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA. **Resolução CNRM nº 05/2002.** Diário Oficial da União. Brasília, 23 de dezembro de 2003, Seção 1.

CUBA. Ministerio de la Salud Publica. **Carpeta Metodologica de Atención Primária de Salud y Medicina Familiar. Organización y Funcionamiento del Equipo Basico de Salud.** Havana: MinSap, 1982.

CUNHA, Vivian S. O Isolamento Compulsório em Questão. Políticas de Combate à Lepra no Brasil (1920-1941). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. Dissertação, 142 p .

CURI, Luciano Marcos. Defender os sãos e consolar os lázaros. Lepra e isolamento no Brasil 1935/1976. Uberlândia: UFU, 2002. Dissertação 234 p.

DAWSON, B. **Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services .** online. London: Ministry of Health; Consultative Council on Medical and Allied Services:

His Majesty's Stationery Office, 1920. [online] [Disponível em: <http://www.sochealth.co.uk/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/>] [acesso em 15/12/2012]

DUCATTI, I. Discurso científico e legitimação política: hanseníase e isolamento compulsório (Brasil, Século XX) Projeto História, São Paulo, n.34, p. 303-315 , jun. 2007

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. **Describing national health systems. Health systems organization – National Health Systems 2006.** [Online] [Disponível em [http://ec.europa.eu/health/healthcare/health\\_systems\\_organisation/national\\_health\\_systems/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/healthcare/health_systems_organisation/national_health_systems/index_en.htm)] [acesso em 21/08/2010]

FELICIANO, KVO; KOVACS, MH. **Opiniões sobre a doença entre membros da rede social de pacientes de hanseníase no Recife.** *Rev Panam Salud Publica*[online]. 1997, vol.1, n.2, pp. 112-118. ISSN 1020-4989.

FINEBERG, Harvey V. **A Successful and Sustainable Health System — How to Get There from Here.** *N Engl J Med* 2012; 366:1020-1027 March 15, 2012

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa.** Porto Alegre: Artmed, 2009. 405 p.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido.** Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 2005. 213 p.

GAZZINELLI MF; GAZZINELLI, A; REIS, DC; PENNA, CMM. **Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(1):200-206, jan-fev, 2005

- GIOVANELLA L. **Primary care in European Union countries: configurations and organizational reforms in the 1990s.** *Cad Saude Publica*. 2006 May;22(5):951-63.
- GLANZ, K; RIMER, BK; VISWANATH, K. **Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice.** USA: WJ&S, 2008. 592p.
- GREEN LA, FRYER GE JR, YAWN BP, LANIER D, DOVEY SM. **The ecology of medical care revisited.** *N Engl J Med*. 2001 Jun 28;344(26):2021-5.
- GREEN LW , KREUTER MW. **Commentary on the Emerging Guide to Community Preventive Services from a Health Promotion Perspective.** *Am J Prev Med* 2000; 18; 7-9.
- GUSSO, Gustavo DF; BENSENOR, Isabela JM and OLMOS, Rodrigo F. **Terminologia da atenção primária à saúde.** *Rev. bras. educ. med.* [online]. 2012, vol.36, n.1, pp. 93-99.
- JAFFE, S. **US health reform still faces challenges.** *The Lancet*, Nov 17, 2012. Vol. 380 No. 9855 pp 1727-1728
- JEPSON GMH. **How do primary health care systems compare across Western Europe?** *Pharmaceutical Journal* 2001; 267:269-73.
- MAURANO, Flávio. **História da lepra no Brasil e sua distribuição geográfica.** In: AGRICOLA, Ernani; CAPANEMA, Gustavo. **Tratado de Leprologia – Tomo 1. BRASIL: Serviço Nacional de Lepra, RIO DE JANEIRO – 1950.** 2ª Edição, Vol 1.381p. Cap. 1 – 168 pg.
- MORHAN. **Institucional.** s/d [website] [online] [disponível em <http://www.morhan.org.br/institucional>] [acesso em 15/01/2013]
- NASCIMENTO DC. **Hanseníase: Educar para controlar.** *Hansen Int* 2009; 34(1): 5-6.
- PRESTON, Julia Obama Lifts a Ban on Entry Into U.S. by H.I.V.-Positive People. *New York Times*, October 30, 2009. [online] [disponível em [http://www.nytimes.com/2009/10/31/us/politics/31travel.html?\\_r=0](http://www.nytimes.com/2009/10/31/us/politics/31travel.html?_r=0)] [acesso em 24/11/2013]
- RAFFERTY, Joy. **Curing the stigma of leprosy.** *Lepr Rev* (2005) 76, 119–126
- ROSEN, George. **Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica.** Rio de Janeiro: Graal, 1980. 401p.
- ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS (RCGP). **It's Your Practice: A patient guide to GP services.** England: RCGP, 2011. 47 p.
- SAVASSI, Leonardo CM; BOGUTCHI, Tatiana RS; OLIVEIRA, Ana Paula S ; MODENA, Celina M. **A influência da internação compulsória em Hospitais-colônia na Qualidade de Vida de Cuidadores e Pacientes com Sequelas de Hanseníase.** *Hansenologia Internationalis* (Impresso), v. 34, p. 21-31, 2009.
- SAVASSI, Leonardo CM. **Hanseníase: políticas públicas e qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores.** Dissertação (Mestrado) – Dissertação para obtenção do título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós - Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou. Área de concentração: Saúde Coletiva. – Belo Horizonte, 2010. xvii, 179 p
- SAVASSI, Leonardo CM. **Iniciação à Prática de ESF.** Faculdade Senac: Belo Horizonte, 2011. 80 p
- SAVASSI, Leonardo CM; MODENA, Celina M. **Colônia Santa Isabel: A História da Hanseníase em Minas Gerais.** Ouro Preto: Anais do 16o Congresso Brasileiro de História da Medicina [Anais], 2011. p.31-32.
- SCHALL VT, STUCHINER M. **Educação em saúde: novas perspectivas.** *Cad. Saúde Pública* 1999; 2: 4-5.
- SOUZA-ARAÚJO, Heráclito. **A lepra e as organizações anti-leprosas do Brasil em**

1936. *Mem. Instit Oswaldo Cruz*. 32 (1): 1937. p.112

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

STARFIELD, Barbara. **Is primary care essential?** *Lancet*. 1994 Oct 22;344 (8930):1129-33.

THE LANCET (NOTES). **MEDICAID, MEDICARE, AND MEDEX**. *The Lancet*, July 23, 1966. Vol. 288 No. 7456 pp 214-215

TURRINI, Ruth Natalia Teresa; LEBRAO, Maria Lúcia and CESAR, Chester Luiz Galvão. **Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.24, n.3, pp. 663-674. ISSN 0102-311X.

UNITED STATES TASK FORCE ON COMMUNITY PREVENTIVE SERVICES (USTF-CPS), Policy Development. [website] [online] [disponível em: [http://www.thecommunityguide.org/uses/policy\\_development.html](http://www.thecommunityguide.org/uses/policy_development.html)][acesso em 21/12/2007]

VASCONCELOS, Eymard M. A Educação Popular na Atenção Primária à Saúde. *Rev. APS*, v. 11, n. 3, p. 344-345, jul./set. 2008.

VIACAVA, F. **Acesso e uso de serviços de saúde pelos brasileiros**. *Revista Radis (Fiocruz)* nº 96, p. 12-19. Rio de Janeiro: Fiocruz, Agosto de 2010. [[http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/96/pdf/radis\\_96.pdf](http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/96/pdf/radis_96.pdf)]

WHO. **Primary Health Care. International Conference on Primary Health Care**

**Alma-Ata, USSR 12 September 1978**. Geneva: WHO, 1978. 49 p.

WHO. **The World Health Assembly Resolution 1991: World Health Assembly (WHA) resolution to eliminate leprosy**. *Genebra: WHO, 1991*. [disponível em <http://www.who.int/lep/strategy/wha/en/index.html>]

WHO. **The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever**. Genebra: WHO, 2008. 129 p.

WHO. Leprosy update, 2011. *Weekly epidemiological record*. [online] 2 september 2011. No. 36, 2011, 86, 389–400. [online] [disponível em <http://www.who.int/wer>] [acesso em 31/12/2012].

WHO. Global leprosy situation, 2012. *Weekly epidemiological record*. [online] 24 August 2012. vol. 87, 34, 317–328 [online] [disponível em <http://www.who.int/wer>] [acesso em 22/12/2013].

WHITE KL, WILLIAMS TF, GREENBERG BG. **The ecology of medical care**. *N Engl J Med*. 1961, Nov 2; 265:885-92.

WORLD ORGANIZATION OF NATIONAL CLINICAL ASSOCIATIONS (WONCA). WONCA in brief. [website][online][disponível em: <http://www.globalfamilydoctor.com/AboutWonca/brief.aspx>] [acesso em 02/01/2013]

WORLD ORGANIZATION OF NATIONAL CLINICAL ASSOCIATIONS (WONCA). **A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral / Medicina Familiar)**. Barcelona: WONCA EUROPA. 2002, 41 p. [online][disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/media/file/artigos/definicao\\_europa2002.pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/file/artigos/definicao_europa2002.pdf)] [acesso em 02/01/2013]