

Descentralización de las acciones de control de la lepra en la microrregión de Almenara, Minas Gerais¹

Fernanda Moura Lanza²

Francisco Carlos Félix Lana³

El estudio tuvo como objetivo analizar el proceso de descentralización de las acciones de control de la lepra en las unidades de la Estrategia de Salud de la Familia en municipios de la microrregión de Almenara, Minas Gerais. Se trata de una investigación cualitativa, fundamentada en el concepto de "Organización Tecnológica del Trabajo", realizada en nueve municipios. Como técnicas para recolección de datos fueron utilizadas la entrevista semiestructurada y la investigación documental. Fueron realizadas 45 entrevistas con administradores y profesionales de salud. La recolección de datos ocurrió entre noviembre de 2007 y febrero de 2008. Para tratamiento y análisis de los datos fue utilizado el Análisis de Contenido. Los resultados apuntan que los municipios se encuentran en diferentes etapas de descentralización y que ese proceso fue determinado por la especificidad local y por el compromiso de los administradores y de los profesionales de salud. Varios municipios mantuvieron un equipo de referencia para dar apoyo a la atención básica. Concluimos que el proceso de descentralización es una estrategia capaz de enfrentar la endemia de lepra en la microrregión.

Descriptores: Descentralización; Atención Primaria de Salud; Lepra/Prevención & Control.

¹ Artículo parte de Disertación de Maestría "Tecnologia do Processo de Trabalho em Hanseníase: Análise das Ações de Controle na Microrregião de Almenara, Minas Gerais" presentada a la Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, MG, Brasil. Apoyo financiero CNPq, proceso nº 40.0785/2005-6.

² Enfermera, Estudiante de doctorado del Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, MG, Brasil. E-mail: fmlanza@yahoo.com.br.

³ Enfermero, Doctor en Enfermería, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, MG, Brasil. E-mail: xicolana@enf.ufmg.br.

Descentralização das ações de controle da hanseníase na microrregião de Almenara, Minas Gerais

O estudo teve como objetivo analisar o processo de descentralização das ações de controle da hanseníase, para as unidades da Estratégia de Saúde da Família, em municípios da microrregião de Almenara, Minas Gerais. Esta é uma pesquisa qualitativa, fundamentada no conceito de Organização Tecnológica do Trabalho, realizada em nove municípios. Como técnicas para a coleta de dados foram utilizadas a entrevista semiestruturada e a pesquisa documental. Foram realizadas 45 entrevistas com gestores e profissionais de saúde. A coleta de dados ocorreu entre novembro 2007 e fevereiro 2008. Para tratamento e análise dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo. Os resultados apontam que os municípios se encontram em diferentes estágios de descentralização e que esse processo foi determinado pela especificidade local e pelo engajamento dos gestores e dos profissionais de saúde. Vários municípios mantiveram uma equipe de referência para dar apoio à atenção básica. Conclui-se que o processo de descentralização é estratégia capaz de enfrentar a endemia hanseníase na microrregião.

Descritores: Descentralização; Atenção Primária à Saúde; Hanseníase/Prevenção & Controle.

Decentralization of Leprosy Control Actions in the Micro-Region of Almenara, State of Minas Gerais

This study analyzes the decentralization process of Leprosy control actions for Family Health Strategy units in the cities of the Almenara micro-region, in the state of Minas Gerais, Brazil. This qualitative research, based on the concept "Technological Organization of Work", was carried out in nine municipalities. Semi-structured interviews and document research were used for data collection. Forty-five interviews with care providers and health managers were conducted. The data collection took place between November 2007 and February 2008. Content Analysis was utilized to study the data and results indicate that the cities present different levels of decentralization and that the process was determined based on local specifications and on the engagement of care providers and health managers. Several cities kept a reference team to provide support to primary health care. The conclusion is that the decentralization process is a strategy that proves to be useful in facing Leprosy in the micro-region.

Descriptors: Decentralization; Primary Health Care; Leprosy/Prevention & Control.

Introducción

La lepra todavía se configura como un problema de Salud Pública en Brasil, apareciendo en las estadísticas de la Organización Mundial de Salud (OMS) del año de 2008 como el segundo país en número absoluto de casos nuevos detectados (38914), siendo que 52,4% de esos casos fueron diagnosticados en las formas multibacilares; 5,9% con grado II de incapacidad física y 7,0% en menores de 15 años⁽¹⁾.

Como la lepra es ampliamente influenciada por los estándares de ocupación del espacio, distribuyendo

desigualmente y concentrándose en los locales de mayor pobreza⁽²⁻³⁾, se encuadra en ese perfil el Valle del Jequitinhonha - región con los peores indicadores socioeconómicos del Estado de Minas Gerais. El Valle del Jequitinhonha es compuesto por cinco microrregiones que han presentado problemas en relación a la prevención y control de la lepra, siendo posible deducir que los servicios de salud locales no están siendo capaces de captar todos los casos existentes en la región⁽⁴⁾ y la microrregión de Almenara abarca municipios considerados prioritarios

para el control de la endemia en Minas Gerais. Datos de 2008 revelan que esa microrregión presentó una tasa de prevalencia de 47,8 casos de lepra por cada 10.000 habitantes y una detección de 49,4/ 100000 habitantes. De los 90 casos nuevos, 53,3% fueron diagnosticados con formas clínicas multibacilares y 2,2% con grado II de incapacidad física⁽⁵⁾.

El comportamiento epidemiológico de la enfermedad en esa microrregión - predominio de las formas clínicas multibacilares y altos porcentajes de casos diagnosticados ya con incapacidades físicas - sugiere que los servicios de salud están presentando dificultades para controlar la endemia⁽⁶⁾. El principio número uno del control de la lepra es el control de la morbilidad, o sea, es la realización de la detección oportuna de nuevos casos; tratamiento con el esquema poliquimioterapia; prevención de incapacidades y rehabilitación⁽⁷⁾. Para esto, es necesario asegurar que las actividades de control de la enfermedad estén integradas a los servicios de Atención Primaria a la Salud.

En Brasil, el actual escenario de la atención básica está anclado en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), que posee un papel fundamental en la reorientación del modelo asistencial y en la consolidación de las directrices del SUS, contribuyendo así para la universalización del acceso a los servicios de salud y para la descentralización de la asistencia. La publicación de la NOAS 2001 fue esencial para la descentralización de la asistencia a la salud y definió la eliminación de la lepra como una de las áreas estratégicas de actuación de los servicios de la atención básica⁽⁸⁾.

De esa forma, las acciones de prevención y control de la lepra están descentralizadas en las unidades de la ESF, que cuenta con un equipo multiprofesional que trabaja con el concepto de vigilancia de la salud y tiene sus prácticas orientadas a resolver los problemas de salud de mayor frecuencia y relevancia en su territorio. "El principal aspecto que ha facilitado la integración de las ACH en la Atención Básica, sin duda, es la implantación de la Estrategia del Programa de Salud de la Familia que aproximó, también, a la persona con lepra de la asistencia necesaria"⁽⁹⁾.

El éxito de una integración de las acciones de control de la enfermedad en la Atención Básica puede ser evaluado a partir de la mejoría de algunos indicadores epidemiológicos como la reducción de casos diagnosticados con incapacidades físicas; reducción del porcentaje de casos diagnosticados en menores de 15 años; reducción de la proporción de casos multibacilares y aumento de la proporción de cura⁽¹⁰⁾. Así, los municipios de la microrregión de Almenara poseen dificultades para la integración de las acciones de la lepra en la Atención Básica⁽⁶⁾.

Considerando la importancia epidemiológica de la lepra en esa microrregión y la inexistencia de estudios sobre la descentralización de sus acciones de control, el objetivo de este artículo es analizar el proceso de descentralización de las acciones de control de la lepra (ACH) para las unidades de la Estrategia de Salud de la Familia en municipios de la microrregión de Almenara, Minas Gerais.

Metodología

Esta investigación posee abordaje cualitativo y fue fundamentada en el concepto de "Organización Tecnológica del Trabajo", desarrollado en la área de la salud⁽¹¹⁾. Esa opción teórico metodológica fue escogida por ser capaz de captar la realidad de los diferentes escenarios y sujetos envueltos en la atención a la lepra, aportando algunas singularidades de esa práctica como momentos de una totalidad más amplia y de su contexto históricamente determinado.

El escenario de la investigación fue constituido por nueve municipios de la microrregión de Almenara, situada en el Valle del Jequitinhonha, Estado de Minas Gerais. Los municipios que participaron de la investigación fueron: Almenara, Jacinto, Jequitinhonha, Jordania, Monte Formoso, Palmópolis, Rubim, Santa Maria del Salto y Salto de la Divisa.

Los datos fueron recolectados en los servicios de salud de la Atención Primaria que trabajan con la lepra en la rutina de atención de su demanda, siendo que en cada municipio fue escogida una unidad de salud para constituir el escenario de estudio. En Almenara, que es considerado el municipio polo de esta microrregión, optamos por recolectar los datos en dos unidades de salud de la Atención Primaria y también fue incluido el servicio de la Atención Secundaria (Centro de Especialidades Médicas), que es referencia municipal para la atención de la lepra. En total, los investigadores visitaron 10 unidades de Atención Primaria a la Salud, siendo todas habilitadas en la ESF y un centro de referencia, localizado en el municipio de Almenara.

Como técnicas para la recolección de datos fueron utilizadas la entrevista semiestructurada y la investigación documental en registros institucionales y estadísticos. Para obtener representatividad de los servicios y de los sujetos, considerando la profundidad del objeto en estudio, fueron realizadas, en total, 45 entrevistas. Fueron convidados los sujetos que poseen mayor representatividad en las prácticas de salud en lepra en el grupo social en estudio, indicados por los administradores municipales, siendo que en cada municipio fueron entrevistados, por lo menos, un médico,

un enfermero y un ACS, además de los administradores de la salud. Como esa última categoría contiene a los Secretarios Municipales de Salud, a los Coordinadores de la Atención Básica, y a los Coordinadores del Área Técnica de Lepra Municipal, el número de entrevistados varió en cada municipio debido a la presencia del respectivo profesional y a su disponibilidad. Sin embargo, en algunos municipios fueron entrevistados más de un sujeto por categoría profesional debido al destaque de estos como actores sociales en la realización de las acciones de control de la lepra, imprescindible para captar la realidad empírica. Los sujetos del estudio fueron constituidos por 13 Administradores; diez Médicos; doce Enfermeros y diez Agentes Comunitarios de Salud. En la investigación documental fueron analizadas 111 Actas del Consejo Municipal de Salud (de 2005 hasta 2007); 10 Planes Municipales de Salud (los dos últimos planes encontrados, siendo que el período varió entre los municipios) y 11 Informes Finales de las Conferencias Municipales de Salud (los dos últimos informes encontrados, siendo que el período varió entre los municipios). La recolección de datos ocurrió de noviembre 2007 a febrero 2008.

Para tratamiento y análisis de los datos, fue utilizado el Análisis de Contenido, en la modalidad Temática, propuesta por Bardin⁽¹²⁾. El análisis de los datos, desde el punto de vista operacional, siguió las siguientes etapas: transcripción total de las entrevistas y ordenación del material documental; codificación de los entrevistados y documentos; realización de la lectura fluctuante de los datos brutos; codificación de los datos brutos en unidades de registro y de contexto; formación de las categorías empíricas y la interpretación de los datos empíricos relacionándolos con las categorías analíticas. Fueron utilizadas las siguientes identificaciones de los entrevistados, seguida de un número en orden creciente, de acuerdo con el número de entrevistados por categoría: Administradores: G₁; G₂; hasta G₁₃; Médicos: MED₁; MED₂ hasta MED₁₀; Enfermeros: ENF₁; ENF₂; hasta ENF₁₂; Agentes Comunitarios de Salud: ACS₁; ACS₂ hasta ACS₁₀.

Este estudio fue realizado atendiendo las determinaciones de la Resolución 196/96, del Consejo Nacional de Salud, que establece directrices y normas reguladoras de investigaciones involucrando seres humanos y fue aprobado en el Comité de Ética en Investigación (COEP) de la Universidad Federal de Minas Gerais, conforme Parecer nº ETIC 459/05 - Ad 01/07. La investigación fue financiada con recursos provenientes del Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq), a través de la proclamación MCT-CNPq/MS-SCTIE-DECIT-N.35/2005.

Resultados y Discusión

En la microrregión de Almenara, la lepra es endémica y se configura como un problema de Salud Pública. El análisis de la distribución espacial de los casos de lepra de la microrregión de Almenara notificados entre 1998 a 2006 identificó la presencia de dos agrupaciones, una agrupación con casos por arriba de lo esperado, que engloba los municipios de Jacinto y parte de los municipios de Almenara, Jequitinhonha, Rubim y Santo Antonio del Jacinto y Santa Maria del Salto y otra agrupación con coeficientes por debajo de lo esperado, formado por Monte Formoso y parte de los municipios de Joáima y Jequitinhonha⁽⁶⁾. Esos autores sugieren que existe una relación entre la fuerza de transmisión de la enfermedad con la organización de los servicios de salud⁽⁶⁾. *Jequitinhonha tiene varios PSF's, parece que tiene siete PSF's y cuatro o cinco médicos, enfermeros, capacitados en lepra, ¿cierto? Es decir, tiene personal entrenado para hacer, pero es un personal que entrenó y no hace diagnóstico, ¿sabe? (G₁₃)*. Inclusive un profesional de un municipio hiperendémico también hace la siguiente relación: *¿La región no es endémica? ¿Los casos no existen? Donde no hay casos, no es porque no existen, es porque no está siendo hecho el diagnóstico, el raciocinio es lógico ¿entendió? (MED₁₀)*.

De ese modo, los municipios que se encuadran en la agrupación "por arriba de lo esperado" podemos inferir que poseen servicios de salud más eficientes en las ACH. La configuración de los modelos de atención o de intervención de las necesidades de salud de una población depende del contexto histórico y de la combinación de tecnologías que organizan los medios de trabajo (conocimientos e instrumentos) utilizados en las prácticas en salud⁽¹³⁾.

Debido a que el proceso de descentralización de las ACH ocurre de forma distinta de acuerdo con el local y el momento histórico, encontramos en la microrregión de Almenara *municipios que están más avanzados, municipios intermedios y municipios que todavía están muy atrasados (G₁₃)*.

Con base en esta clasificación realizada por un administrador, podríamos decir que entran en el grupo de los "municipios avanzados" Jacinto, Jordania, Santa Maria del Salto, Palmópolis y Rubim. En todos esos municipios, la atención a la lepra es descentralizada en las unidades de la ESF y todos poseen una cobertura de la ESF de 100,0% de la población, tanto urbana como rural. Para planificar esa descentralización, los municipios contaron con el apoyo de la Gerencia Regional de Salud (GRS) de Pedra Azul, que proveyó la capacitación para los profesionales médicos y enfermeros, ya que en un servicio de lepra integrado en la Atención Básica las acciones de prevención y control son

desempeñadas por profesionales de salud generalistas⁽¹⁴⁾. Con ese entrenamiento, fue dada la partida rumbo a la descentralización.

El primer municipio a contar con las acciones de lepra descentralizadas en la red de la Atención Básica fue Rubim, en el año de 2005. En 2006, los demás municipios iniciaron el proceso de descentralización. Una característica importante de ese proceso de descentralización fue que en esos municipios, con excepción de Palmópolis, se mantuvo un equipo de referencia para dar apoyo a los equipos de la ESF: *después con la llegada de los PSF's y con el entrenamiento del personal, entonces fue más fácil para nosotros. Entonces todos los profesionales del PSF hoy, todos ellos hicieron el curso, hicieron el entrenamiento de acciones de control. Entonces todos los médicos del PSF hacen diagnósticos y nosotros acompañamos y nosotros nos reunimos todos los viernes en la tarde, nosotros nos reunimos cuando hay caso, ¿verdad?* (ENF₅). Para sustentar las actividades de control de la lepra en un modelo de atención integrado a las acciones de la Atención Básica, se preconiza que exista una referencia para proveer soporte y supervisiones a los equipos de Atención Básica como, por ejemplo, conducir los casos con complicaciones⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

La discusión de casos con profesionales con más experiencia, además de ser una actividad de entrenamiento de personal, es una oportunidad para obtener mejor calidad del trabajo en lepra⁽¹¹⁾. Eso corrobora que el comportamiento epidemiológico de la lepra es influenciado por la calidad de los servicios de salud en la implementación de programas de control ya que las tasas de prevalencia y detección de la lepra son muy influenciadas por la capacidad operacional de los servicios de salud⁽¹⁶⁾.

Y fue la organización de los servicios de salud, en especial del programa de prevención y control de la lepra, que fue el responsable por el aumento de número de casos en Jacinto, que inclusive fue considerado, por la Secretaría de Estado de la Salud de Minas Gerais, como prioritario para el control de la enfermedad en el Valle del Jequitinhonha. Primeramente, los profesionales de salud fueron sensibilizados en un curso de acciones de prevención y control de la lepra que se realizó en el municipio de Almenara, en 2005. Esos profesionales "se pusieron la camisa", siguieron las orientaciones del curso, organizaron los servicios de salud y descentralizaron la atención a la lepra para las unidades de la ESF: *cada PSF hacía sus acciones independientes una de las otras, no era una cosa organizada con flujo, no había eso, era independiente, cada uno iba allá diagnosticaba, trataba y tal, no tenía una organización, era aislado, cada uno hacía sus acciones aisladas* (G₉).

Pero esa descentralización ocurrió de forma aleatoria y no hubo una supervisión, por eso cada unidad básica de salud (UBS) realizaba aisladamente las acciones de

lepra. En el año de 2007 el municipio de Jacinto inició el proceso de organización de la descentralización de la lepra. Primeramente, fue realizada la capacitación de todos los profesionales de salud de nivel superior (inclusive odontólogos) para después partir para la capacitación de los ACS, auxiliares y técnicos de enfermería, profesionales de la Fundación Nacional de Salud (FUNASA), profesionales de la limpieza y profesores de Enseñanza Fundamental y Media. Después de todos los profesionales sensibilizados, el municipio partió para la movilización de la comunidad. Fueron utilizadas diversas estrategias como: entrevistas en la radio, charlas sobre lepra en los grupos de hipertensos y diabéticos, distribución de folletos y orientaciones de los ACS durante las visitas domiciliarias.

Ese municipio adoptó una política de supervisión de las acciones de control de la lepra desempeñadas por los profesionales de la Atención Básica⁽¹⁷⁾, como la *descentralización es el PSF correr atrás, sólo que el PSF no corre atrás sin estímulo* (MED₁₀), fue creado un equipo municipal de referencia para la lepra, que sirve de apoyo para los profesionales de la ESF: *no fue necesario crear un centro de especialidad, nada de eso, fue el PSF, sólo que ahí yo después voy a llamar ese paciente en un momento, voy sentarme con él, hago una evaluación también completa de estesiometría, acuidad visual, todo. No en el sentido así: ¡Vamos a verificar! Nada de eso, todos saben prácticamente la misma cosa de lepra, pero en el sentido siguiente: como estos profesionales de repente han lidiado menos con lepra es una cuestión de entrenamiento, palpación de nervios es una cosa difícil, se encontró que estaba espesado, yo no encontré. Entonces nosotros estamos haciendo centralizando un poquito en el sentido de estar siendo un poco un tutor, ser un poco así una referencia, pero el trabajo es de los puestos* (MED₁₀). La fórmula del éxito del programa de control de lepra de Jacinto fue basada en un modelo mixto, que no es ni centralizado y ni descentralizado. Ese modelo tiene cuatro pilares: profesionales sensibilizados y comprometidos *ojos atentos, vigilancia constante* (MED₁₀), equipos de la ESF integradas, comunidad movilizada y trabajo por resultados.

Y son fallas en los pilares de sustentación del programa de lepra que caracterizan los servicios de salud de los municipios que pertenecen al agrupación de casos por debajo de lo esperado: Monte Formoso y Jequitinhonha. *Jequitinhonha es un municipio grande, que tiene gente entrenada, pero también no encuentra los casos. Aparece uno, dos casos por año y son casos así con grado II. Entonces nosotros vemos que él tiene una prevalencia oculta, es un municipio que no despega también* (G₁₃). La proporción de incapacidades entre los casos nuevos indica la pasividad de los servicios de salud en la implementación de las estrategias de control y apunta para la necesidad de intensificación de las

acciones, principalmente actividades de sensibilización de la comunidad y capacitación profesional, para promover el diagnóstico precoz y tratamiento para todos los casos en la comunidad⁽¹⁸⁾.

El propio discurso de los administradores y profesionales confirma que esos municipios no tienen la preparación para lidiar con la lepra: *no hay trabajo estructurado no, nosotros no tenemos, es lo que te dije, aquí es la demanda espontánea. Llegó el caso, la sospecha, nosotros tomamos las medidas, tratar de aclarar el diagnóstico como nuestros casos ahí todos surgieron de demanda espontánea, es decir, nosotros no tenemos aquella demanda del problema. Y el programa de lepra reza principalmente esa búsqueda, esa búsqueda de esos pacientes que no son descubiertos, ¿verdad? Y nosotros no tenemos ese programa aquí. Y te confieso, no hay un acompañamiento, no hay un servicio así integrado de lepra, ni en nuestra unidad, ni en la región (MED₃)*.

Los profesionales que actúan en Jequitinhonha y Monte Formoso apuntan que no existe organización del servicio de salud y ni capacitación de los profesionales para realizar las ACH. En esas situaciones, es necesario cuestionar sobre la real situación epidemiológica de la enfermedad⁽¹⁹⁾, principalmente en Monte Formoso, municipio que nunca diagnóstico un caso de la enfermedad en su comunidad⁽⁶⁾.

En los municipios considerados, por el administrador 13, como "intermedios" en el control de la lepra, Salto de la Divisa y Almenara, mismo ocurriendo fallas en la organización del programa de lepra, los profesionales están diagnosticando los casos, sin embargo en formas clínicas avanzadas, con incapacidades físicas ya instaladas⁽²⁰⁾. El diagnóstico precoz de casos es esencial para el éxito del control tanto de la enfermedad como de sus complicaciones⁽²¹⁾. En Salto de la Divisa ningún caso fue diagnosticado en la forma indeterminada, que es la forma inicial de la enfermedad⁽²⁰⁾. En ese municipio los profesionales son capacitados, la atención de la lepra es descentralizada en las unidades de la ESF, pero no hay integración entre los equipos, inclusive los profesionales del mismo equipo tienen dificultades de programar las actividades de la unidad. Otro agravante es que los profesionales todavía no realizaron la divulgación de las señales y síntomas de la enfermedad para la comunidad y el desconocimiento de la población es uno de los factores que impiden el diagnóstico precoz. *Salto de la Divisa es un municipio que nosotros sabemos que tiene casos, pero que el servicio no ha detectado, no ha buscado esos casos y nosotros vemos que es una demanda espontánea muy tímida, por falta de campañas de divulgación de señales y síntomas. Busca activa mismo no se ha hecho (G₁₃)*.

En Almenara, hasta el año de 2005 la atención

a la lepra era totalmente centralizada en el Centro de Especialidades Médicas y esa centralización era responsable por el desinterés de los profesionales de la Atención Básica con la enfermedad. En 2005, la Secretaría Municipal de Salud decidió descentralizar las ACH y enfrentó varios obstáculos durante ese proceso como la recusa de los médicos en realizar este tipo de servicio en la atención básica. Por eso fueron necesarios más entrenamientos para que los profesionales se sintiesen capaces de las nuevas responsabilidades y así permitir la implantación de las ACH en la Atención Básica.

Las inversiones en la capacitación de los profesionales y en la realización de campañas educativas para la comunidad se reflejaron en el aumento del número de casos diagnosticados en el año de 2005 (57 casos nuevos) en relación al año anterior (47 casos diagnosticados en el año de 2004)⁽²⁰⁾. Esos son los resultados que son esperados cuando los profesionales de salud son adecuadamente entrenados, ya que ellos se tornan capaces de realizar el diagnóstico y tratamiento en la Atención Primaria a la Salud⁽¹⁴⁾. Pero en Almenara todavía son encontrados casos que podrían ser resueltos en las propias unidades de PSF, pero son encaminados para referencia debido a la falta de preparación médica: *hay casos que aparecen aquí que ya pasó por varios médicos y no fue diagnosticado. A veces son manchas bien características, el paciente está quejándose que no está teniendo sensibilidad y a veces parece que no tuvo así aquel interés, nadie le preguntó correctamente, examinó bien, ¿sabe? Ya llegaron casos de paciente venir con una secuela mismo, ya venir con aquella mano en garra, ¿verdad? O aquel pie sin sensibilidad y que no fue diagnosticado en las unidades. Pasó por los médicos de las unidades de la familia, pero no fue diagnosticado (ENF₁₂)*.

En el municipio de Almenara, lo que dificultó el fortalecimiento de la descentralización de las acciones de control de la lepra fue la resistencia del médico de referencia, que fue contra la descentralización por recelo de como sería el acompañamiento del cliente en la UBS, con miedo del cliente evolucionar para un surto de reacción y los profesionales no saber conducir el caso. "Los factores que han dificultado esta integración son, entre otros: [...] la visión antigua de que el control de esa enfermedad es de responsabilidad de centros especializados y no de la Atención Básica; la dificultad del servicio de referencia de entender e incorporar su nuevo papel de repasar experiencia y apoyar la Atención Básica, y no más de asumir integralmente el tratamiento; la formación de los profesionales de salud dirigida para la especialización y también, la falta de información actualizada sobre la lepra manteniendo, entre los profesionales de salud, el prejuicio contra el enfermo"⁽⁹⁾.

La unidad de referencia de Almenara también es

responsable por la atención de 35% de la población que no está vinculada a la ESF. Lo restante de la población es atendido en las unidades básicas de salud y el gran desafío del municipio de Almenara es la garantía del acceso a las ACH de calidad en las unidades de la ESF: *yo tengo hoy siete unidades básicas que hacen inclusive el trabajo de la lepra, algunas más desarrolladas, otras sin aquel desempeño que nosotros esperábamos en el proceso de la descentralización. El centro de referencia atiende, los casos referenciados por todas las otras unidades básicas, de la salud de la familia, del PACS, que no dan cuenta de resolver el caso, que no dan cuenta de realizar el diagnóstico, que tienen dudas son encaminadas aquí para referencia, además de todos aquellos otros casos que no tienen cobertura de la Atención Básica, ¿entendió? (G₁₁).*

De esa forma, el municipio de Almenara posee dos modelos de atención a la lepra: un modelo descentralizado, que atiende la población que es cubierta por las acciones de la ESF, que a pesar de las dificultades, poseen una concepción más amplia del proceso de trabajo en lepra, o sea, realizan acciones de prevención y control de la enfermedad, y un modelo centralizado, ejercido por el Centro de Especialidades Médicas, referencia municipal para la atención a la lepra, que es responsable por la atención de los 35% de la población que no es vinculada a la ESF, donde son realizadas acciones fragmentadas del programa de lepra.

La manutención del modelo vertical de atención a la lepra no favorece el acceso de la población al diagnóstico y tratamiento en la fase inicial de la enfermedad y dificulta la realización de busca activa de los contactos, acciones educativas porque el centro de referencia no posee profesionales que puedan realizar esas actividades, contribuyendo para la existencia de una prevalencia oculta en esas regiones que no poseen equipos de la ESF. Esos son ejemplos de limitaciones que hacen con que los programas de lepra integrados en la Atención Primaria sean más apropiados para fortalecer las actividades de control de la enfermedad en comparación con los programas verticales⁽²²⁾. Por eso no hay más espacio para que la atención de la lepra sea hecha por especialistas y así los equipos de la ESF deben asumir el compromiso de realizar las ACH.

La descentralización efectiva de las ACH ocurrirá cuando el municipio alcance 100% de la población cubierta por la ESF, y cuando eso suceda, el programa de control de la lepra estará bien más estructurado y fortalecido, con las unidades de la ESF responsables por la búsqueda activa, sensibilización de la comunidad, diagnóstico, tratamiento, prevención de incapacidades y examen de contactos. En ese modelo, se espera que los casos sean diagnosticados precozmente, en las formas clínicas paucibacilares, sin

incapacidades físicas en el diagnóstico, alta cobertura del examen de contactos y baja proporción de abandono del tratamiento. Así, la unidad de referencia quedará para atender los casos en que las unidades de la ESF no consiguen confirmar el diagnóstico, atender a los clientes en surtos de reacción, ofrecer servicios de rehabilitación, y ser los responsables por la educación continuada de los profesionales del municipio.

Consideraciones finales

La integración de las acciones de prevención y control de la lepra en la Atención Primaria a la Salud es la mejor estrategia para alcanzar el control de la enfermedad en áreas endémicas una vez que ese proceso tiene como base los principios de la equidad y de la accesibilidad.

De esa forma, las actividades de diagnóstico y tratamiento están próximas a la comunidad, siendo ofertadas juntamente con los demás programas realizados por los servicios de salud, disponibles todos los días de funcionamiento de las unidades de salud, tornándose así una enfermedad que no necesita de servicios ofrecidos por centros de referencia.

El proceso de descentralización de las acciones de control de la lepra en la atención básica de la microrregión de Almenara se inició tardíamente (en 2005), en el momento en que la meta de eliminación de la enfermedad fue postergada para 2010, y partir de entonces fue considerada una estrategia capaz de enfrentar la endemia de la lepra en la microrregión de Almenara. Por eso, en algunos municipios, el proceso de descentralización para las unidades de la ESF todavía está incompleto ya que en algunas unidades de salud solamente la sospecha diagnóstica es realizada, pero el tratamiento está a cargo de la unidad de referencia. Almenara posee una característica histórica, que es la atención de la lepra en el Centro de Especialidades Médicas (unidad de referencia para la lepra), que hace con que los profesionales de salud de la ESF se posicionen entre el nuevo y el antiguo modelo de atención en un proceso de contradicción, que acaba no permitiendo el involucramiento efectivo de la atención básica en el control de la enfermedad. Este obstáculo debe ser reconocido por los administradores para enfrentar y superar los problemas a fin de sustentar el proceso de descentralización de las ACH en la atención básica a la salud.

El principal desafío de los municipios de ese estudio es la reestructuración del programa de control de la enfermedad fundamentada en políticas públicas efectivas que garanticen el control de la lepra en la atención básica, reafirmando así el potencial de la ESF en la reorientación del modelo asistencial.

Referencias

1. World Health Organization. Weekly Epidemiol Record 2009;84(33):333-40.
2. Lapa T, Ximenes R, Silva NN, Souza W, Albuquerque MFM, Camposana G. Vigilância da hanseníase em Olinda, Brasil, utilizando técnicas de análise espacial. Cad Saúde Pública. 2001;17(5):1153-62.
3. Gauy JS, Hino P, Santos CB. Distribuição espacial dos casos de hanseníase no município de Ribeirão Preto no ano de 2004. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2007;15(3):460-5.
4. Lana FCF, Amaral EP, Franco MS, Lanza FM. Detecção da hanseníase no Vale do Jequitinhonha - Minas Gerais: redução da tendência epidemiológica ou problemas operacionais para o diagnóstico? Hansen Int. 2004;29(2):118-23.
5. Secretaria de Estado da Saúde (BR). Coordenadoria de Controle da Hanseníase. Seminário Estadual 2009. Belo Horizonte (MG); 2009.
6. Amaral EP, Lana FCF. Análise espacial da hanseníase na microrregião de Almenara, MG, Brasil. Rev Bras Enferm. 2008;61(esp):701-7.
7. Organização Mundial de Saúde. Estratégia global para aliviar a carga da hanseníase e manter as atividades de controle da hanseníase (Período do Plano: 2006-2010). Genebra; 2005.
8. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): CONASS; 2007.
9. Grossi MAF. Vigilância da Hanseníase no Estado de Minas Gerais. Rev Bras Enferm. 2008;61(esp):781.
10. Kasturiaratchi ND, Settinayake S, Grewal P. Processes and challenges: how the Sri Lankan health system managed the integration of leprosy services. Lepr Rev. 2002;73(2):177-85.
11. Mendes-Gonçalves RBM. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC; 1994. 278 p.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977. 229 p.
13. Paim JS. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. [acesso: 06 dez 2008]. Disponível: <http://www.anvisa.gov.br/Institucional/snvs/coprh/seminario/modelo.htm>
14. Visschedijk J, Engelhard A, Lever P, Grossi MAF, Feenstra P. Leprosy control strategies and the integration of health services: an international perspective. Cad Saúde Pública. 2003;19(6):1567-81.
15. Samy AA. National Workshop on "Is integration a leap forward? - Implications of integration on quality care in leprosy", Mumbai. Lepr Rev. 2007;78(3):306-8.
16. Waldman EA, Silva LJ, Monteiro CA. Trajetória das doenças infecciosas: da eliminação da poliomielite à reintrodução da cólera. Inf. Epidemiol. SUS. 1999;8(3):5-47.
17. Moreira TMA. Avaliação da descentralização das ações programáticas de hanseníase: um estudo de caso [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
18. Lana FCF, Amaral, EP, Lanza, FM, Saldanha ANSL. Desenvolvimento de incapacidades físicas decorrentes da hanseníase no Vale do Jequitinhonha, MG. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2008;16(6):993-7.
19. Helene LMF, Pedrazzani ES, Martins CL, Vieira CSCA, Pereira AJ. Organização de serviços de saúde na eliminação da hanseníase em municípios do Estado de São Paulo. Rev Bras Enferm. 2008;61(esp):744-52.
20. Amaral EP. Análise espacial da hanseníase na microrregião de Almenara - Minas Gerais: relações entre a situação epidemiológica e as condições socioeconômicas [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2008.
21. Byamungu DC, Ogbewi OI. Integrating leprosy control into general health service in a war situation: the level after 5 years in Eastern Congo. Lepr Rev. 2003;74(1):68-78.
22. Feenstra P, Visschedijk J. Leprosy control through general health services - revisiting the concept of integration. Lepr Rev. 2002;73(2):111-22.

Recibido: 29.4.2010

Aceptado: 3.1.2011

Como citar este artículo:

Lanza FM, Lana FCF. Descentralización de las acciones de control de la lepra en la microrregión de Almenara, Minas Gerais. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. jan.-feb. 2011 [acceso en: _____];19(1):[08 pantallas]. Disponible en: _____

URL

día año
mes abreviado con punto