

## "A URBANIZAÇÃO DO TRATAMENTO DA HANSENÍASE".

Vera Lucia Gomes de ANDRADE\*

**RESUMO** - No Brasil, o Programa de Hanseníase vem passando por uma perda acelerada da qualidade de atenção aos pacientes residentes nas áreas urbanas. Dentro desta perspectiva, o diagnóstico da endemia para essas áreas passou a ser importante, valorizando-se a integração de todos os aspectos dos programas de interesse para a compreensão do processo de agravamento da endemia e suas conseqüências sociais. Esse trabalho tem o objetivo de auxiliar a formulação de intervenções adequadas a cada uma das realidades. Assumindo-se que o pré-requisito para a estruturação adequada do controle da hanseníase nas áreas urbanas é a descentralização do conhecimento do sujeito a ser estudado. Discute-se a descentralização da análise de dados com aperfeiçoamento da análise a nível local, para melhor monitorar o tratamento dos casos a partir dos alarmantes índices de abandono do tratamento, principal fator de falência do programa; a adoção do conceito áreas e comunidades de risco diferencial" e de prevalência de casos, considerando-se casos prevalentes paciente efetivamente em tratamento, e que este é o principal indicador de eficiência das atividades de controle. Sugere-se como pontos de partida para o processo de urbanização do tratamento: Ao nível individual: adequar o tratamento MDT-OMS a cada situação particular (flexibilidade nas doses supervisionadas). Ao nível de município (distrito, sub regional, núcleo, regional etc.): buscar o aproveitamento máximo da rede de saúde já existente, para diagnóstico e tratamento MDT-OMS; identificar centros de referência mais próximo para os casos de reações e intercorrências clínicas; buscar a participação de médicos generalistas e outros profissionais no diagnóstico e tratamento da hanseníase; buscar recursos (conhecimento e insumos) para que todos os casos novos diagnosticados sejam tratados com MDT/OMS; criar oportunidade para o tratamento específico para os pacientes que apresentam alguma incapacidade através da identificação de centros de referências; desenvolver um sistema de informações eficiente e adequado a cada área de atuação; desenvolver ações conjunta com o estado. Ao nível estadual: definir pólos de coordenação; assegurar um estoque de insumos para que todos os casos novos diagnosticados sejam tratados com MDT/OMS; estimular através dos meios de comunicação o cumprimento do tratamento completo (MDT/OMS), principalmente dos pacientes MB; garantir recursos tecnológicos para tratamento de pacientes portadores de incapacidades físicas; apoiar o desenvolvimento de um sistema de informações eficiente e adequado a cada área de atuação; viabilizar a capacitação e atualização contínua de recursos humanos; desenvolver meios para que as informações processadas e analisadas no nível central "desçam" até os profissionais que atuam em nível local ("feedback"); estimular a delegação de responsabilidade e a participação dos técnicos da linha de frente; assessorar os municípios no processo de transição do controle com a passagem do saber e da prática.

**Palavras-chave:** Hanseníase urbana; Programas de Controle; PQT.

\* Epidemiologista do Instituto de Dermatologia Sanitária - Rio de Janeiro

O aperfeiçoamento do sistema de informação do Programa de Hanseníase faz parte das estratégias do "Plano de Eliminação da Hanseníase" (Brasil, 1991)

No Brasil, apenas nove cidades são consideradas metrópoles, em vista de seus grandes aglomerados populacionais, importância administrativa - com o desenvolvimento de todos os tipos de atividades - e evolução tecnológica acelerada (9). A tendência mundial para a urbanização também está presente no Brasil, predominantemente para as regiões metropolitanas (3,18), que atualmente concentram mais de 30% da população total do país. A alta densidade e a grande mobilidade da população, aliadas às más condições de vida, amplificam os riscos de doenças contagiosas e endemias (19). Em dezembro de 1992, os casos de hanseníase registrados nestas regiões metropolitanas representavam cerca de 50% do número total de pacientes de hanseníase do Brasil (6).

No Brasil, data da década de 70 os trabalhos que começaram a investigar as características da hanseníase em área urbana. Até a data atual um único estudo foi realizado para o conjunto das 9 áreas metropolitanas do país. Resultados desse estudo (15) mostram para o ano de 1975, uma pequena diferença entre o registro ativo das áreas metropolitanas, quando comparados com o total de casos do registro ativo das unidades federadas onde elas se situam. Entretanto, havia uma acentuada divergência com relação ao registro de casos novos. Refere o mesmo autor que os focos encontravam-se nas proximidades da periferia das cidades núcleos e satélites da área metropolitana, zonas essas de precárias condições de saneamento. Como produto dessa análise, a Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária recomendou a inclusão da hanseníase nas atividades das Unidades de Vigilância Epidemiológica, que poderiam realizar a investigação epidemiológica, a partir de cada caso novo registrado (4).

Desde então, muitas contribuições tem sido registradas, entretanto, nos últimos anos tem prevalecido estudos em áreas urbanas ou metropolitanas determinadas (1,2,7,13,14). A maior contribuição desses estudos é a mudança do olhar epidemiológico para uma perspectiva

mais de controle, acompanhando a emergente necessidade de eliminação dessa doença como um problema de saúde pública num futuro próximo (16,24).

Admitindo que no Brasil, que o Programa de Controle da hanseníase vem passando por uma perda acelerada da qualidade de atenção aos pacientes residentes nas áreas urbanas. Dentro desta perspectiva, o diagnóstico da endemia para essas áreas passou a ser importante, valorizando-se a integração de todos os aspectos do programa de interesse para a compreensão do processo de agravamento da endemia e suas conseqüências sociais.

Apesar de serem muitas as dificuldades em relação ao controle da hanseníase em áreas metropolitanas, principalmente no que se refere as interfaces políticas, esse trabalho tem o objetivo de auxiliar a formulação de intervenções adequadas a cada uma das realidades, uma vez que o processo de municipalização dos serviços de saúde é irreversível (20). O modelo de avaliação e monitorização das atividades do programa apenas realizado através dos indicadores essenciais recomendados pela Gerência Nacional-Brasil, não tem se mostrado eficientes não só pela agregação das informações, mascarando as desigualdade (20) como também por se tratar de um sistema de informação administrativo e não promotor da saúde. Reconhecendo-se a estreita relação entre o uso das informações para promover, nos diversos níveis, intervenções gerenciais práticas e efetivas, impõe-se nesse momento um redirecionamento desse sistema e seu aperfeiçoamento. Como por exemplo: a identificação de variáveis discriminativas do perfil de saúde dos Distritos Sanitários como proposto por Tasca (1994) evitando-se assim a robustez dos indicadores em uso cujas informações são a média do conjunto de dados, a qual pode, em algumas situações disfarçar as desigualdades que não foram modificadas pela gestão do sistema local de saúde (20). Em relação aos sistemas de coletas, processamento e análise, uma integração com o sistema de informação interdisciplinar de outros agravos deve ser previsto evitando que se executem de forma empírica ações de controle cujo impacto sobre o problema não poderá ser

medido nem avaliado (11).

O sistema de informações epidemiológicas e operacionais do Programa da Hanseníase deve além de trabalhar com os indicadores essenciais recomendados pela Gerência Nacional, de modo tal que permitam promover, nos diversos níveis, intervenções positivas nos fatores condicionantes e determinantes, deve também, a cada nível de atuação possuir indicadores que tenham o poder de discriminar as "áreas de risco".

Início essa discussão, apresentando os principais problemas observados nas áreas urbanas, definindo os objetivos a serem buscados e, finalmente, proponho algumas sugestões (a serem adequadas a cada realidade) para combater o problema.

Nas áreas urbanas, destacam-se cinco grandes grupos de problemas para o cumprimento dos objetivos propostos pelo Programa: 1) os relacionados ao paciente; 2) os atores políticos; 3) ao prestador de serviços; 4) à organização do Programa no âmbito do serviço de saúde e 5) o desconhecimento do contexto ambiental (espaço) no qual as ações de proteção a comunidade devem operar.

Os principais problemas ligados ao usuário, que dificultam particularmente a prestação do serviço e o seu acompanhamento, são a migração, a mobilidade intramunicipal e a falta de conhecimento da doença, com ausência de autoapresentação.

A discreta ou mesmo inexistente participação dos atores políticos nas ações de controle é devida possivelmente a falta de conhecimento a cerca da hanseníase como problema de saúde pública e do potencial incapacitante própria da doença a uma parcela dos pacientes.

Quanto aos prestadores de serviço, os principais problemas mais freqüentemente identificados são a falta de motivação (para a qual contribuem de sobremaneira os baixos salários dos profissionais de saúde), a multiplicidade de ações, a pouca integração com os demais serviços de saúde, a falta de conhecimento acerca da doença, a rotatividade do pessoal, o desconhecimento das normas (17) e a não credibilidade na cura da hanseníase.

Entretanto, um dos problemas para o bom desempenho do Programa nas áreas urbanas

está relacionado a atitudes e ações do pessoal, tendo como uma de suas principais conseqüências a não aplicação ou mesmo a não execução das suas normas e recomendações. Os motivos para tal fato são a falta de informação sobre o objetivo do trabalho e a importância da execução de tarefas, o desconhecimento da hanseníase como um problema de saúde pública, a ausência de retorno dos resultados obtidos através da análise dos dados, levando à falta de motivação para o cumprimento das metas do Programa.

Em relação à organização do programa, identificam-se como principais problemas o baixo número de unidades sanitárias onde o programa está implantado, a incerteza de uma captação de pacientes para diagnóstico e tratamento quantitativamente satisfatória, a centralização do atendimento pelo serviço de dermatologia sanitária, o desconhecimento da hanseníase como problema de saúde pública e um sistema de informações ainda ineficiente.

Sabe-se que a migração e a mobilidade intramunicipal dos pacientes das grandes cidades constituem problemas de grande interferência nas atividades de acompanhamento da maioria das doenças crônicas (12). A mobilidade por razões econômicas sempre existiu, mas o problema vem se agravando principalmente nas grandes metrópoles devido a aspectos legais e criminais. Além disto, a ruptura dos laços sociais tradicionais existentes em áreas rurais ou pequenas cidades faz com que a vizinhança desconheça o paradeiro dos indivíduos. Esta mobilidade não repercute apenas sobre o contágio, mas também no tratamento, causando índices elevados de abandono e interrupção prematura de quimioterapia. Entretanto, devido à complexidade do problema, que dificulta a definição de soluções viáveis, tanto com relação à implementação quanto aos aspectos econômicos envolvidos, a mobilidade dos doentes caracteriza-se como uma variável exógena não controlável. Entretanto para o controle da hanseníase um aumento de coberturas de unidades sanitárias com uma flexibilidade das doses supervisionadas do tratamento MDT/OMS (22) não tomariam o fenômeno de migração e dos movimentos migratórios uma restrição.

Antes da introdução da MDT como regime

oficial de tratamento, os indicadores do programa de hanseníase, que norteavam as decisões e eventuais modificações, eram direcionados para o número de doentes registrados. Com sua aplicação, o resultado desejado é a cura do paciente, e os indicadores voltam-se para o número de doentes curados. Após o sucesso na etapa da implantação da MDT, já referido, sabe-se que o tratamento não é o problema mais sério na organização do programa de hanseníase das grandes metrópoles brasileiras. Portanto, deve-se co-responsabilizar, congregando todas as pessoas em torno de um objetivo comum, resumido em duas ações: primeira, iniciar o tratamento com MDT-OMS o mais precocemente possível; segunda, completar o tratamento, obtendo a cura do paciente. A hanseníase só será eliminada através do tratamento dos pacientes. Atualmente, nos países do terceiro mundo, este é o recurso mais potente para a interrupção da cadeia de transmissão, além de diminuir as chances do desenvolvimento de incapacidades (o que terá um impacto sobre a diminuição do estigma). É o paciente tratado que impedirá o aumento no número de casos; logo, as prioridades do programa devem estar todas voltadas para o mesmo, sua detecção e seu efetivo tratamento.

A centralização do conhecimento, associada à complexidade dos procedimentos, tem igualmente dificultado a compreensão, por parte dos demais técnicos, do caráter de saúde pública da hanseníase. O modelo assistencial promove o grande acúmulo de responsabilidade e poder decisório para um pequeno número de profissionais, à medida que o procedimento técnico se torna mais complexo. Assim, o topo da pirâmide apresenta um número reduzido de profissionais conscientes do problema, enquanto a base está pouco informada e desmotivada. Esta má distribuição de responsabilidades talvez seja o núcleo do problema (8). Propõe-se, aqui, a inversão dessa situação, de modo que a base do sistema possua profissionais motivados e conscientes da hanseníase como um problema de saúde pública.

Embora haja um elevado número de unidades de saúde, aponta-se como um dos principais problemas relacionados ao serviço de saúde a

não certeza de que a captação de novos casos de hanseníase seja satisfatória, devido ao baixo número e conseqüente baixa cobertura de unidades sanitárias que desenvolvem atividades do Programa, o que faz com que a resolubilidade para diagnosticar e manter em tratamento os casos de hanseníase ainda seja insatisfatória.

Das dificuldades identificadas, esta é a de solução mais viável e com melhor custo-benefício sob a perspectiva da gerência, através da integralização do atendimento, delegando-se responsabilidade à base, como proposto há 40 anos (5,10). Esse processo de horizontalização e integralização das atividades de atendimento da hanseníase na rotina das demais clínicas requer a partilha da responsabilidade com um número maior de pessoas na rede de saúde primária. Para que seja reconhecido como atendimento "urbanizado", deverão ser exigidas mudanças do pessoal que opera na linha de frente.

Um dos problemas observados quanto à estrutura e organização do controle é a ineficiência do sistema de informação associada a pouca confiabilidade das informações que são problemas passíveis de correção a curto prazo. Em algumas metrópoles, o sistema de informação é ainda insuficiente, dificultando o conhecimento da área de trabalho, a monitorização, a supervisão e a avaliação do Programa, apesar das vantagens de concentração geográfica e acesso à tecnologia.

Em síntese, os quatro principais problemas que identifiquei nas áreas urbanas são: a mobilidade da população; a centralização do conhecimento; a centralização do atendimento e a ineficiência do sistema de informações.

#### **DIVIDINDO RESPONSABILIDADES:**

Para a resolução destes problemas, "**urbanizar**" o atendimento, nas bases desejadas, e encontrar a resposta para a questão: **Como dividir as responsabilidades das atividades do Programa de Hanseníase do Serviço de Dermatologia Sanitária com a clínica geral das unidades primárias de saúde?**

O vazio que existe entre o nível central e local deve ser revisto para que se possa juntos, planejar, treinar e supervisionar. Treinar dividindo responsabilidades para diagnosticar, tratar, e

retornar a informação ao nível central ou topo da pirâmide, é o grande desafio.

Considerando-se a infra-estrutura de saúde existente, onde as atividades do Programa de Hanseníase já estão integradas ao serviço de dermatologia sanitária e o fato de que apenas 20% dos pacientes hansênicos em tratamento desenvolverão episódios reacionais, incapacidades, efeitos colaterais e/ou intercorrências clínicas, os demais 80% devem ser integrados às demais atividades de saúde primária, somando-se à demanda da clínica geral, da hipertensão, do diabetes e das gestantes (5).

A adequada "urbanização" do atendimento dos pacientes de hanseníase nas atividades de saúde primária dependerá da correta identificação e seleção das unidades sanitárias existentes e com potencial para desenvolver o diagnóstico e tratamento. A reestruturação desse setor da saúde está na dependência direta da atualização dos profissionais da rede através de *capacitação de curta duração e conteúdo de fácil compreensão* acerca dos aspectos relacionados ao diagnóstico e tratamento da hanseníase e a gerência de programa de controle. A preparação de um programa de treinamento com estas características não exige esforço de monta para o pessoal do nível central.

A "**urbanização**" do atendimento dos pacientes de hanseníase na clínica geral necessita de melhores métodos de avaliação do que na atual organização centralizada.

A "**urbanização**" exige maior equilíbrio de responsabilidades entre o grupo central e o grupo local. Para a negociação desse relacionamento, a existência de um sistema de informação eficaz toma-se fundamental.

A "**urbanização**" do atendimento e a organização do sistema de informações permitirão uma maior capacidade de diagnóstico e tratamento ao nível local, o que será fundamental no período de baixa prevalência e eliminação da hanseníase, quando o número de casos diminui muito, e os profissionais não têm mais conhecimento sobre a existência desta doença.

Acredito que o processo de "**urbanização**" permitirá em curto prazo:

- diminuir as oportunidades perdidas para o

diagnóstico e tratamento quimioterápico e das incapacidades dos casos de hanseníase;

- aumentar a disponibilidade de tempo dos técnicos especializados (dermatologistas e outros) para a capacitação de recursos humanos, elucidação diagnóstica, supervisão, e referência para reabilitação física e social;

- aumentar o efetivo do pessoal habilitado (conhecimento, capacidade e motivação) quanto à hanseníase.

## COMPARTILHANDO INFORMAÇÕES

Tradicionalmente, o nível local é um gerador de informações, que não analisa e não conhece os resultados obtidos por seu trabalho. Quando os dados são analisados, essas informações não retornam ao nível local.

Deve ser instalado um mecanismo através do qual o nível local colha, analise os dados, encaminhe-os para o nível central, onde serão somados aos demais para que a análise global se concretize. Este conhecimento permitirá discutir, estabelecer e acompanhar o trabalho, tendo o profissional local envolvido no processo de tratamento e cura dos pacientes. O estabelecimento de um ciclo de fornecimento de informação, seguido de retorno dos dados consolidados e analisados, é fundamental para o estabelecimento de uma nova relação entre os diversos níveis do sistema. A divulgação dos resultados aos profissionais, para que efetivamente conheçam a situação de sua área de abrangência, será o fechamento do modelo. O sistema de informações será eficiente quando as informações consolidadas "descerem" de forma que se possa reverter o desconhecimento por parte do pessoal local acerca da produção de sua área e das demais áreas.

Modificações nos métodos de análise e na informatização dos dados, devem ser previstos no sentido de estarem integrados no processo conjunto da formação e da estruturação dos Distritos Sanitários. Uma dependência das informações agrupadas provenientes do nível municipal ou estadual para tomada de decisões deve ser evitado. Este é um grande passo para que a atenção à hanseníase se dê no mesmo nível da assistência primária e integrada à saúde

Uma reorientação em dois planos. O primeiro plano onde as atividades de vigilância epidemiológica sejam executadas em todos os níveis de prestação de serviços. E no segundo plano onde as informações produzidas deverão ser provenientes de um sistema dinâmico em relação as necessidades de cada comunidade. Como dinâmico, entende-se a utilização de outras variáveis já contidas no sistema sempre que o perfil epidemilógico da área sofra modificações. Variáveis bem definidas e conceitos padronizados, para que comparações entre as demais áreas e níveis possam ser feitas é recomendável. Para tanto as funções de coletar, reunir, processar, analisar e interpretar os dados devem ser previamente determinadas superando a dicotomia entre a vigilância e a assistência ao paciente.

Tentar modificar o padrão tradicional de análise centralizada, aperfeiçoando a análise a nível local, promoverá efetivamente a monitoração do tratamento dos casos, principal fator defalência do programa, expresso pelas alarmantes índices de abandono do tratamento. Esse tipo de medida permitirá um imediato conhecimento acerca não só da situação individual como também da sua própria área de abrangência, permitindo intervenções imediatas. A análise a nível local servirá também como instrumento para nortear as supervisões. Assim, o pré-requisito para a estruturação adequada do controle da hanseníase nas áreas urbanas é a descentralização do conhecimento do sujeito a ser estudado.

Nesse processo de reorientação a adoção do conceito "áreas e comunidades de risco diferencial" e de prevalência de casos nas etapas de informatização dos dados, nos métodos de análise e na retroalimentação dos dados devem também ser considerados.

Para atender essas necessidades, o sistema de informação deve proporcionar informações em níveis cada vez menores (Distritos, Municípios, Subáreas etc...). É recomendável que esse conjunto de informações tenha variáveis de caráter epidemiológico e também de espaço como os indicadores sócio-econômicos e demográficos, de forma que as diferenças entre áreas possam ser identificadas. "Áreas e comunidades de risco diferencial" refere-se "*Como o produto de uma posição*

*subordinada na sociedade, que se cristaliza num determinado momento e num determinado território, em fatores específicos (ambientais e sociais) que, porsua vez determinam uma elevada probabilidade, para a população considerada, de ver deteriorada o próprio estado de saúde"* (20). "Áreas e comunidades de risco diferencial" refere-se também como o resultado de processos sociais produtores de desigualdade, cujos efeitos se traduzem em falta de acesso ao consumo de bens e serviços em situações de áreas de difícil acesso, de conflitos urbanos, de situações climáticas rigorosas etc...

Para o cumprimento da meta de redução significativa dos coeficientes de prevalência, devem ser feitos grandes esforços para evitar o acúmulo de pacientes inativos nos registros através de medidas efetivas de localização dos casos desaparecidos; também na identificação dos casos novos ainda em tratamento, que por diversas razões, não podem segui-lo regularmente. Considerando que o objetivo do controle é curar através do tratamento completo, uma adequação às necessidades dos pacientes deve ser adotadas. Uma flexibilidade na administração das doses supervisionadas de MDT-OMS é uma atitude efetiva para o cumprimento do tratamento (22). Na classificação de paucibacilares adotada pelo Brasil, esses casos apresentam raramente uma carga bacilar acima de  $10^7$  log (21), logo, com uma probabilidade muita baixa de vir a desenvolver mutantes resistentes, então, porque o tratamento de paucibacilares tem que ser necessariamente supervisionado? *Quais são as justificativas para os pacientes paucibacilares residentes em áreas metropolitanas não receberem seu tratamento integral não supervisionado?* Quais são os impedimentos éticos para essa situação? Não fornecer a dose supervisionada porque os pacientes não compareceram a data marcada é ético?

Em algumas metrópoles, atingir a meta de eliminação (16,23) significa reduzir a prevalência a níveis  $10^2$  vezes menores. Antes da revisão e atualização dos arquivos (limpeza dos arquivos), deve-se, criteriosamente, estabelecer as definições de caso e das diversas situações administrativas dos pacientes do arquivo

(abandono, faltosos, etc.). Na prática, verifica-se a necessidade de esclarecer que a prevalência não é a quantidade de fichas de pacientes existentes no arquivo, nem tampouco que essa forma de mensurar o problema represente a real magnitude da hanseníase. Em síntese, faz-se urgente entender que prevalência registrada é paciente efetivamente em tratamento, e que este é o principal indicador de eficiência das atividades de controle.

Diante desses problemas, é necessário que o Gerente identifique, para cada um dos principais elementos do Programa, as atividades capazes de estabelecer, na prática, um procedimento mais adequado à (sua realidade) consecução dos objetivos propostos. Para isso, sugere-se como pontos de partida para o processo de urbanização das atividades:

**a) a nível Individual:**

- adequar o tratamento MDT-OMS a cada situação particular (flexibilidade nas doses supervisionadas)

**b) a nível de município (distrito, sub regional, núcleo, regional etc.):**

- buscar o aproveitamento máximo da rede de saúde já existente, para diagnóstico e tratamento MDT-OMS;

- identificar centros de referência mais próximo para os casos de reações e intercorrências clínicas.

- buscar a participação de médicos generalistas e outros profissionais no diagnóstico e tratamento da hanseníase.

- buscar recursos (conhecimento e insumos) para que todos os casos novos diagnosticados sejam tratados com MDT/OMS;

- "criar oportunidade" para o tratamento específico para os pacientes que apresentam alguma incapacidade através da identificação de centros

de referências.

- desenvolver um sistema de informações eficiente e adequado à cada área de atuação, possuindo indicadores que tenham o poder de discriminar as "áreas de risco" diferencial.

- desenvolver ações conjunta com o estado.

**c) a nível estadual:**

- definir pólos de coordenação

- assegurar um estoque de insumos para que todos os casos novos diagnosticados sejam tratados com MDT/OMS:

- estimular através dos meios de comunicação o cumprimento do tratamento completo (MDT/OMS), principalmente dos pacientes MB;

- garantir recursos tecnológicos para tratamento de pacientes portadores de incapacidades físicas.

- apoiar o desenvolvimento de um sistema de informações eficiente e adequado a cada área de atuação;

- viabilizar a capacitação e atualização contínua de recursos humanos, com cursos de curta duração e fácil conteúdo;

- desenvolver meios para que as informações processadas e analisadas no nível central "desçam" até os profissionais que atuam em nível local ("feedback");

- estimular a delegação de responsabilidade e a participação dos técnicos da linha de frente, onde a ação acontece, na análise dos dados e no planejamento das atividades de controle.

- assessorar os municípios no processo de transição do controle com a passagem do saber e da prática.

**ABSTRACT-** *In Brazil, the leprosy Control Program is presently showing some loss of quality in the care of patients of urban areas. In this regard, the study of the endemic in these areas is of importance, being of value the integration of all aspects of the control program that have some connection to the understanding of the deterioration of the endemic and its social consequences. The purpose of this paper is to present some suggestions to the formulation of interventions to each conditions. Taking into consideration that decentralization of the knowledge of the object to be studied is the pre-requisite to an adequate structure of the leprosy control program in urban areas, the author discuss the decentralization of the data analysis with improvement of its analysis in the local lever to a better monitoring of treatment in view of the alarming number of defaulters which is the main cause of the failure of the leprosy control program; the adoption of a concept of "areas and communities with differential risk" and the concept of prevalence which, in the author's point of view, should consider only patient effectively under treatment and, additionally, that this is the best indicator to the efficiency of leprosy control programs. To the process of urbanization of the treatment the author suggests: at the individual level : to adapt WHO-MDT treatment to fit each particular situation ( flexible supervised doses ); in the district level: to take maximum advantage of the existing basic health network for diagnosis and treatment with WHO- MDT; to identify nearby referral centers to cope with reactional cases and other ailments; to assure the participation of the general clinicians and other health personnel in the diagnosis and treatment of leprosy cases; to look for resources (knowledge and materials) in order that all news cases are properly treated with WHO-MDT; to guarantee referral for patients with disabilities; to develop an adequate and efficient information system in each area; to develop joint action with the State level; at the State level: to define focal points of coordination; to guarantee resources and drugs for treatment with WHO-MTD of all new cases; to stimulate by mass media the completion of treatment, mainly to MB cases; to guarantee the adequate treatment of disabilities; to support the development of an information system adequate to each specific area of actuation; to guarantee training and continuing education of human resources; to ascertain the the information processed in the central level reach the district level (feedback); to stimulate the delegation of responsibility and the participation of technical personnel in the field level; to support the local level during the transition process offering knowledge and improving practical abilities.*

**Key-words:** *Urban leprosy; Control programs; MDT.*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 -ALBUQUERQUE, M.F.P.M., MORAIS, H.M.M., XIMENES, R. A expansão da hanseníase no nordeste brasileiro. *Rev. Saúde Públ. São Paulo.*, 23: 107-116, 1989.
- 2 - ANDRADE, V.L.G. *Características epidemiológicas da hanseníase em área urbana: Município de São Gonçalo.* Rio de Janeiro. Dissertação de mestrado apresentada na Escola de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1990.
- 3 - BECKER, B. K. Repensando a questão ambiental no Brasil a partir da geografia política - In: Leal, M.C. et al., (org) *Saúde, Ambiente e Desenvolvimento.* São Paulo: Hucitec, 1992. p.127-152
- 4 - BRASIL. Hanseníase no Brasil. **Boletim Div. Dermat. Sanitária:** Rio de Janeiro, 36: 13-30. 1977.
- 5 - BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações de Saúde . Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. *Situação da Hanseníase no Brasil.* Brasília:MS, 1988. 63 p. (Mimeogr.)
- 6 - BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de



- Epidemiologia. Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária. *Relatório Final da Avaliação Independente do Programa Nacional de Controle e Eliminação da Hanseníase*: Brasília: MS, 1992. 294 p. (Mimeogr.)
- 7 - BRASIL, M.T.L.R.F. *Estudos sorológicos de hanseníase em área de alta endemicidade no estado de São Paulo*. Dissertação de mestrado apresentada na Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 134 p. 1995.
- 8 - CARLZON, J. *A hora da Verdade*; adaptação Paulo Jacobson; tradução Maria Luiza Newlands Silveira - 6 edição. Rio de Janeiro: COP, p.120. 1992
- 9 - CASTELLS, M. Urbanización, Desarrollo y Dependencia In: *La cuestión urbana*. Siglo veintiuno editores. 2 edição. México, 1976
- 10 - DINIZ, O. Profilaxia da lepra no Brasil. Plano atual da Campanha e sua execução. *Rev. Bras. Lepr.*, 26:141-154. 1958.
- 11 - FERREIRA, J. Vigilância Epidemiológica em Hanseníase. In: Lombardi, C., (org) *Hanseníase: Epidemiologia e Controle*. São Paulo, Imprensa Oficial de Estado: Arquivo do Estado, 1990. 33-61 p.
- 12 - GANAPATI, R. Urban Leprosy Control. *Trop. Doctor.*, 13: 76-78. 1983.
- 13 - LOMBARDI, C. Tendência secular da detecção da hanseníase no Estado de São Paulo. *Rev. Pat. Trop.*, 22: 407-487, 1993
- 14 - MARTELLI, C.M.T., MORAES NETO, O.L., ANDRADE, A.L.S.S., SILVA, S.A., SILVA, L.M., ZICKER, F. Spacial patterns of leprosy in a urban area in central Brasil. *Bull. WHO.*, 73:315-319, 1995.
- 15 - MELLO, A. - Hansen íase nas áreas metropolitanas. *BoL Div. Dermat. Sanitária.*, 36:31-40. 1977.
- 16 - NOORDEEN S.K., *Global strategy for the elimination of leprosy as a public health problem*, document OMS WHO/CTD/LEP/94.1.
- 17- REVANKAR, C.R.; ANGARE, S.; GANAPATI, R. Field follow-up of Leprosy cases in an urban area. *Ind. J. Lepr.*, 56:861-867. 1984.
- 18 - RIBEIRO, L.C.Q.; LAGO, L.C. Crise e mudanças nas metrópoles brasileiras: a periferização em questão - In: Leal, M.C. et al., (org) *Saúde, Ambiente e Desenvolvimento*. São Paulo: Hucitec, 1992. v.1, p.153-180.
- 19- SABROZA, P.C.; LEAL, M.C. Saúde, ambiente e desenvolvimento: alguns conceitos fundamentais - In: Leal, M.C. et al., (org) *Saúde, Ambiente e Desenvolvimento*. São Paulo: Hucitec, 1992. v.1, p. 31-44.
- 20-TASCA R., GRECO, C., DI VILLAROSA, F.N. Sistemas de informações em saúde para distritos sanitários. In: Mendes, E.V. (org) *Distrito Sanitário. O processo social de mudança das políticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 267-310.
- 21 - WORLD HEALTH ORGANIZATION Study Group. *Chemotherapy of leprosy for Control Programmes*. Geneva: WHO, 1982. (Techical Report Series, 675)
- 22 - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *A guide to eliminating leprosy as a public health problem*. Geneva: WHO, 1995. p. 60.
- 23 - WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1991. *Resolution (WHA 44.9)*.

**Agradecimentos:** Agradeço ao Dr. Wagner Nogueira e a Sra. Tadiana Moreira pela revisão do texto e sugestões.