

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



Maria Lucia Lima Cardoso

**Avaliação da qualidade da assistência ao portador de Hanseníase na atenção primária  
em saúde e referência, no município de São Luís - MA**

Rio de Janeiro

2017

Maria Lucia Lima Cardoso

**Avaliação da qualidade da assistência ao portador de Hanseníase na atenção primária em saúde e referência, no município de São Luís - MA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Vigilância em Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Rosely Magalhães de Oliveira.

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Cristina Gonçalves Vaz dos Reis.

Rio de Janeiro

2017

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

C268a Cardoso, Maria Lucia Lima.  
Avaliação da qualidade da assistência ao portador de Hanseníase na atenção primária em saúde e referência, no município de São Luís-Ma. / Maria Lucia Lima Cardoso. -- 2017.  
207 f. ; il. color. ; graf. ; mapas ; tab.

Orientadora: Rosely Magalhães de Oliveira.

Coorientadora: Ana Cristina Gonçalves Vaz dos Reis.

Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017.

1. Hanseníase. 2. Avaliação em Saúde. 3. Planos e Programas de Saúde. 4. Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde. 5. Atenção Primária à Saúde. I. Título.

CDD – 23.ed. – 616.99809812

Maria Lucia Lima Cardoso

**Avaliação da qualidade da assistência ao portador de Hanseníase na atenção primária e referência, no município de São Luís - MA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Vigilância em Saúde.

Aprovada em: 01 de junho de 2017.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Ziadir Francisco Coutinho  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública

Profa. Dra. Marly Marques da Cruz  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública

Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Cristina Gonçalves Vaz dos Reis  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Dra. Rosely Magalhães de Oliveira (Orientadora)  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública

Rio de Janeiro

2017

Ao meu marido e fiel companheiro, Cid Ribeiro Cardoso e minha filha, Pérola Lima Cardoso, que me deram força, incentivo e apoio para que eu chegasse até aqui e galgar mais um degrau em minha caminhada profissional, pelos momentos de distância que se fizeram necessários, obrigada pela compreensão de vocês. Amo-os!

## AGRADECIMENTOS

À Deus, pela sua misericórdia e por me conceder forças para seguir sempre adiante.

Aos meus pais José dos Santos Lima e Maria da Cruz Lima (in memoriam) por todos os seus ensinamentos, me tornando uma pessoa idônea e comprometida com o meu saber.

Aos meus familiares, Lima e Cardoso por todo apoio e incentivo, pelas ausências em nossos encontros de família, pois as mesmas foram necessárias para que eu chegasse até aqui. Amo vocês.

À minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dra. Rosely Magalhães, por compartilhar seus ensinamentos e conhecimentos, pelo apoio, incentivo, estímulo, por ter acreditado em mim. Jamais esquecerei o seu “Confio em você”. Muito obrigada por tudo.

À minha Coorientadora, Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Reis pelas muitas correções sugeridas no intuito de melhorar meu trabalho. Meu muito obrigado.

Às coordenadoras do mestrado de avaliação, Marly Cruz e Ana Cláudia Figueiró pela honra de conhecê-las e por compartilhar seus conhecimentos e pelo incentivo. Grata a vocês pela bela aprendizagem e crescimento ao longo desses dois anos.

Às amigas conquistadas ao longo dessa caminhada, principalmente à Letícia Janotti, Márcia Quaresma e Stênia Marília Rodrigues. Juntas, formamos o quarteto das “estrangeiras” e construímos uma bela amizade, dividimos sonhos, problemas, superamos obstáculos e mantivemos o nosso propósito mesmo diante de algumas dificuldades. A vocês, muito obrigada pelo acolhimento, conselhos, correções, diversões.

Aos demais colegas de curso e aos que se fizeram amigos em especial ao Leo, Rodrigo, Fernandinha, Irene, Chris e meu carinho especial a Élem Sampaio pelos nossos finais de tarde de lazer após nossas aulas, obrigada!

Aos profissionais especialistas que se prontificaram em analisar e consensuar o modelo lógico e as matrizes desta pesquisa. Obrigada pela colaboração.

Aos gestores das Unidades Básicas de Saúde e da Referência Municipal de Saúde e coordenadores de área e do programa de hanseníase que possibilitaram o acesso às informações necessárias para a realização deste estudo. À Joyce pelos dados disponibilizados do Sistema de informação. Aos enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e agentes comunitários das unidades de saúde que me receberam tão bem e prontamente e se dispuseram em colaborar com esta pesquisa. Obrigada a todos vocês.

Aos demais professores do curso, em especial aos da banca de qualificação e defesa.

À minha amiga Cláudia Rachel que partiu tão precocemente, se não tivesses me incentivado a me inscrever neste mestrado, jamais chegaria aqui.

## RESUMO

A hanseníase é um importante problema de saúde pública. Teve como objetivo geral avaliar o grau de implementação das ações de assistência do Programa de Controle da Hanseníase, na atenção primária de saúde e referência, no município de São Luís, Maranhão, com foco na qualidade e, como específicos caracterizar o contexto externo e organizacional relacionados à implementação das ações de assistência; verificar se os insumos estão disponíveis e se as ações assistenciais estão em conformidade com as normas do programa; estimar o grau de implementação da qualidade da assistência através de indicadores considerando a estrutura e processo tendo como unidades de análise duas Unidades Básicas de Saúde com a inserção de Equipes de Saúde da Família e a Unidade de Referência Municipal. Metodologia: elaborou-se o modelo lógico do programa e matrizes de indicadores; de análise e julgamento validados por especialistas. Tratou-se de uma pesquisa normativa, formativa, avaliativa do tipo análise de implementação com método misto tendo como estratégia, o estudo de caso único com dois níveis de análises. Os indicadores foram obtidos a partir de entrevistas semiestruturadas com gestores, coordenadores, profissionais da equipe de saúde da família e unidade de referência municipal; observação direta não participante e através da consulta em prontuários, livros de registros e no Sistema de Informação de Agravos de Notificação da Vigilância Epidemiológica Municipal nos anos de 2014 e 2015. Para apreciar o Grau de Implementação (GI) considerou-se quatro graus de implantações das ações: Implantado 75% a 100%; Parcialmente Implantado de 50% a < 75%; Incipiente de 25% a < 50% e Não Implantado de 0 a < 25%. Resultados: Observou-se discordância de dados dos casos encontrados em prontuários com os inseridos no Sistema de Informação Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN); dos indicadores levantados, nem todos estavam 100% adequados, houve resultados entre 0% a 80%, pouco adequado ou inadequado como recursos humanos insuficientes, deficiência de normas e protocolos acessíveis à equipe, ambiência física, exames de contatos, avaliações de grau de incapacidade e força e prontuários preenchidos pouco adequados. O GI do Programa em São Luís, nas unidades selecionadas ficou como parcialmente implantado considerando os insumos e as atividades nos serviços. Conclusão: Os resultados mostraram que há necessidade de estratégias para otimizar as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, garantindo melhor acesso ao portador de hanseníase e a oportunação do diagnóstico e tratamento em tempo hábil.

Palavras-chave: Hanseníase. Avaliação em Saúde. Qualidade da Assistência à Saúde. Planos e Programas de Saúde. Atenção Primária à Saúde

## ABSTRACT

Hansen disease is an important public health problem. The general objective was to evaluate the degree of implementation of the assistance actions of the Hansen disease Control Program in Primary Health Care and referral in the municipality of São Luís, MA, focusing on quality and, as specific, to characterize the external and organizational context related to the implementation of assistance actions; verify that inputs are available and that the welfare actions are in accordance with the program norms; estimate the degree of implementation of quality of care through indicators considering the structure and process having as units of analysis two Basic Health Units with the insertion of Family Health Teams and the Municipal Reference Unit. Methodology: the logical model of the program and matrix of indicators were elaborated; of analysis and judgment validated by specialists. It was a normative, formative, evaluative research of type analysis of implementation with mixed method having as strategy, the single case study with two levels of analysis. The indicators were obtained from semi-structured interviews with managers, coordinators, professionals of the Family Health Team and municipal reference unit; direct non-participant observation and through consultation in medical records, records books and the Municipal Epidemiological Surveillance Notification Aggravation Information System in the years 2014 and 2015. In order to appreciate the Degree of Implementation (DI) it was considered four degrees of implantation of the actions: Implanted 75% to 100%; Partially Implanted from 50% to <75%; Incipient from 25% to <50% and Non-Implanted from 0 to <25%. Results: Data were discordant from the cases found in medical records with those inserted in SINAN; of the indicators raised, not all were 100% adequate, there were results between 0% to 80%, little adequate or inadequate as insufficient human resources, deficiency of norms and accessible protocols to the team, physical environment, contact tests, assessments of incapacity and strength degree and inadequate records completed. DI of the Program in São Luís, in the selected units was partially implanted considering the inputs and the activities in the services. Conclusion: The results showed that there is a need for strategies to optimize the actions recommended by the Ministry of Health, ensuring better access to Hansen disease patients and the opportune diagnosis and treatment in a timely manner.

Keywords: Hansen disease. Evaluation in health. Quality of health care. Health plans and programmes. Primary health care

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Taxa global de prevalência da hanseníase em 2012.....	17
Figura 2 -	Prevalência de hanseníase no Brasil em 2010.....	18
Figura 3 -	Principais marcos das políticas públicas de controle da hanseníase no Mundo, Brasil, Maranhão.....	32
Figura 4 -	Modelo para análise de implementação do programa de controle da hanseníase .....	42
Figura 5 -	Modelo lógico das ações de assistência aos portadores de hanseníase.....	54
Figura 6 -	Mapa dos distritos sanitários de São Luís.....	59
Figura 7 -	Mapa de São Luís/Bairro Cidade Olímpica/Bairro de Fátima.....	60
Figura 8 -	Unidade Básica de Saúde Antônio Carlos Sousa dos Reis (UBS Olímpica I) .....	61
Figura 9 -	Unidade Básica de Saúde Jailson Alves Viana (UBS Olímpica III).....	62
Figura 10 -	Delimitação espacial do bairro Cidade Olímpica .....	84
Figura 11 -	Fluxograma: Existência de Fluxos para integração do programa, nos níveis, em São Luís – MA, 2016.....	93

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Esquema vacinal para o contato da hanseníase.....	27
Quadro 2 -	Atividades do Programa de Controle da Hanseníase, segundo os níveis de atenção à saúde.....	35
Quadro 3 -	Estudos sobre a avaliação do Programa de Controle da Hanseníase, do período de 2003 a 2015.....	46
Quadro 4 -	Dimensões e subdimensiones para construção do Modelo Lógica da Avaliação.....	55
Quadro 5 -	Atores interessados na avaliação.....	68
Quadro 6 -	Matriz de Informação dos Contextos Externo e Organizacional.....	70
Quadro 7 -	Matriz de Informação – Componente Estrutural – Insumos.....	71
Quadro 8 -	Matriz de Informação – Componente Estrutural - Atividades.....	72
Quadro 9 -	Matriz de Relevância do Componente Estrutural – Insumos.....	73
Quadro 10 -	Matriz de Relevância do Componente Estrutural – Atividades.....	74
Quadro 11 -	Matriz de Análise e Julgamento – Componente Estrutural Insumos.....	76
Quadro 12 -	Matriz de Análise e Julgamento - Componente Atividades.....	79
Quadro 13 -	Matriz de julgamento em quatro extratos.....	81
Quadro 14 -	Nº de Unidades de Saúde conforme tipos de serviços de Atenção Integral a Hanseníase em São Luís e no Distrito do Tirirical, São Luís – MA, 2016.....	89
Quadro 15 -	Perfil dos informantes chaves entrevistados na avaliação do PCH, das unidades analisadas, São Luís - MA, 2016.....	90
Quadro 16 -	Profissionais entrevistados na avaliação do PCH, com treinamento em ações básicas e PI das Unidades analisadas, São Luís - MA, 2016.....	101
Quadro 17 -	Matriz de análise e julgamento – Componente Estrutural Insumos UBS Olímpica 01, São Luís – MA, 2016.....	111
Quadro 18 -	Matriz de análise e julgamento – Componente Estrutural Atividades da UBS Olímpica 01, São Luís – MA, 2016.....	114
Quadro 19 -	Matriz de análise e julgamento – Componente Estrutural Insumos da UBS Olímpica 03, São Luís – MA, 2016.....	123
Quadro 20 -	Matriz de análise e julgamento – Componente Estrutural Atividades da UBS Olímpica 03, São Luís – MA, 2016.....	126

Quadro 21 -	Matriz de análise e julgamento – Componente Estrutural Insumos da Referência Municipal, São Luís – MA, 2016.....	136
Quadro 22 -	Matriz de análise e julgamento – Componente Estrutural Atividades da Referência Municipal, São Luís – MA, 2016.....	139
Quadro 23 -	Matriz de análise e julgamento, segundo unidade de saúde selecionada – Componente Estrutural Insumo, São Luís – MA, 2016.....	142
Quadro 24 -	Matriz de julgamento, segundo unidade de saúde selecionada – Componente Estrutural Atividades, São Luís – MA, 2016.....	145
Quadro 25 -	Grau de Implementação dos Componentes Estruturais Insumos e Atividades, segundo a dimensão de qualidade do PCH, nas localidades do estudo, São Luís – MA, 2016.....	148

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Dados de superfície e população de São Luís, do Distrito do Tirirical e do bairro Cidade Olímpica, São Luís - MA, 2016.....	84
Tabela 2 -	Dados Socioeconômicos do Contexto Externo, do bairro Cidade Olímpica, no Distrito do Tirirical, São Luís – MA, 2016.....	86
Tabela 3 -	Percentual de cobertura dos dados de Estrutura de Saneamento Básico dos domicílios no Contexto Externo, do bairro Cidade Olímpica, no Distrito do Tirirical, São Luís - MA, 2016.....	87
Tabela 4 -	Distribuição dos casos notificados de hanseníase residentes por ano segundo dados do SINAN, em São Luís, no Distrito do Tirirical, no bairro Cidade Olímpica, e suas respectivas porcentagens, nos anos de 2014 e 2015, São Luís - MA, 2016.....	97
Tabela 5 -	Distribuição dos casos de hanseníase por ano segundo dados dos prontuários e/ou livros de registros dos pacientes residentes atendidos pelas unidades de saúde estudadas e segundo base de dados do SINAN, nos anos de 2014 e 2015, São Luís - MA, 2016.....	98

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C	Antes de Cristo
ACH	Ações de Controle da Hanseníase
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Análise Documental
APS	Atenção Primária de Saúde
BAAR	Bacilo Álcool Ácido Resistente
BCG – ID	Bacilo de Calmette - Guérin Intradérmico
CC	Cargo Comissionado
CDC	<i>Center for Disease Control and Prevention</i>
CEMARC	Central de Marcação de Consultas
CGD	Coeficiente Geral de Detecção
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
C.S	Centro de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DAHW	<i>Associação Alemã de Assistência aos Hansenianos e Tuberculosos</i>
DATASUS	Departamento de informática do Sistema Único de Saúde
DS	Distrito Sanitário
EACS	Estratégia de Agentes Comunitário de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GI	Grau de Implantação
GM	Gabinete Ministerial
HGT	Hemogluoteste ou Hemoglicoteste
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPEA	Instituto de Pesquisa e Estatística Aplicada
LEM	<i>Leprosy Elimination Monitoring</i>
MA	Maranhão
MB	Multibacilar

MLA	Modelo Lógico da Avaliação
MS	Ministério da Saúde
MTA	Modelo Teórico da Avaliação
NA	Não se Aplica
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
OD	Observação Direta
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PA	Pressão Arterial
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PB	Paucibacilar
PCH	Programa de Controle da Hanseníase
PCID	Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica
PE	Pontos Esperados
PEN	Programa de Eliminação da Hanseníase
PI	Prevenção de Incapacidade
PNAB	Programa Nacional da Atenção Básica
PNASS	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde
PNCH	Programa Nacional de Controle da Hanseníase
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNMHT	Programa Nacional de Mobilização e Intensificação das Ações de Eliminação da Hanseníase e Tuberculose
PO	Pontos Obtidos
PQT	Poliquimioterapia
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RE	Referência Estadual
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RJ	Rio de Janeiro
RM	Referência Municipal
RPG	Reeducação Postural Global
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SAGE	Sala de Apoio e Gestão Estratégica
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística

SEMUS/SL	Secretaria Municipal de Saúde de São Luís
SEPLAN/SL	Secretaria de Planejamento de São Luís
SES/MA	Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão
SF	Saúde da Família
SINAN	Sistema Nacional de Agravos Notificáveis
SP	Serviço Prestado
SUS	Sistema único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TB	Tuberculose
TO	Terapeuta Ocupacional
UBS	Unidade Básica de Saúde
URM	Unidade de Referência Municipal
US	Unidade de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família
VE	Vigilância Epidemiológica
WHO	<i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	16
2	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	25
2.1	HANSENÍASE: ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS.....	25
2.2	HANSENÍASE: AÇÕES DE CONTROLE E PREVENÇÃO E SUA INTEGRAÇÃO COM ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE .....	29
2.3	QUALIDADE DAS AÇÕES DE ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DE HANSENÍASE.....	35
2.4	A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA À HANSENÍASE .....	38
2.4.1	<b>Estudos avaliativos sobre hanseníase</b> .....	44
3	<b>OBJETIVOS</b> .....	51
3.1	OBJETIVO GERAL .....	51
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	51
4	<b>MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	52
4.1	MODELO TEÓRICO DA AVALIAÇÃO .....	52
4.2	MODELO LÓGICO DA INTERVENÇÃO .....	52
4.3	ABORDAGEM E FOCO DA AVALIAÇÃO .....	55
4.3.1	<b>A conformidade como dimensão da avaliação da qualidade das ações do programa de controle da hanseníase.....</b>	56
4.4	DESENHO DO ESTUDO .....	57
4.4.1	<b>Local do estudo</b> .....	58
4.4.2	<b>Informantes chaves</b> .....	64
4.4.3	<b>Instrumentos de coleta dos dados</b> .....	65
4.4.4	<b>Seleção das unidades de estudos e critérios de inclusão e exclusão</b> .....	66
4.4.5	<b>Estratégias de análises dos dados nos estudos de casos</b> .....	67
4.5	INTERESSADOS NA AVALIAÇÃO .....	67
4.6	MATRIZ DE CONTEXTOS, DE RELEVÂNCIA, DE ANÁLISE E DE JULGAMENTO .....	68
4.7	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	82
4.8	DIFUSÃO DOS RESULTADOS.....	82
5	<b>RESULTADOS</b> .....	83

6	<b>DISCUSSÃO.....</b>	149
7	<b>CONCLUSÃO.....</b>	156
8	<b>RECOMENDAÇÕES.....</b>	158
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	160
	<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....</b>	171
	<b>APÊNDICE B - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE/REFERÊNCIA MUNICIPAL .....</b>	173
	<b>APÊNDICE C - ROTEIRO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS - CONTEXTO EXTERNO .....</b>	176
	<b>APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE .....</b>	177
	<b>APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESF .....</b>	180
	<b>APÊNDICE F – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM COORDENADOR (A) DA APS/ COORDENADOR (A) DO DISTRITO/GESTOR DA UBS</b>	185
	<b>APÊNDICE G – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM COORDENADOR DO PCH NA REFERÊNCIA MUNICIPAL .....</b>	190
	<b>APÊNDICE H – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM COORDENADOR DO PCH NA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA .....</b>	195
	<b>APÊNDICE I – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DAS UNIDADES DE REFERÊNCIA .....</b>	199
	<b>APÊNDICE J – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DIRETA DO SINAN, PRONTUÁRIOS, BOLETIM DE ACOMPANHAMENTO .....</b>	204
	<b>ANEXO A - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD) .....</b>	206
	<b>ANEXO B – FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE HANSENÍASE .....</b>	207

## 1 INTRODUÇÃO

A hanseníase, conhecida desde os tempos bíblicos como lepra, é uma doença infecciosa de evolução crônica transmitida de pessoa para pessoa através do contato íntimo e prolongado com doentes das formas contagiantes (virchowiana ou dimorfa) sem tratamento (TALHARI; NEVES, 1997; LEAL, 2011).

A infecção é causada por uma bactéria denominada *Mycobacterium leprae* que tem predileção pelos nervos periféricos, as mucosas e a pele e se manifesta principalmente, por lesões cutâneas com diminuição de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil (TALHARI; NEVES, 1997; LEAL, 2011).

Também pode envolver outros órgãos e tecidos como a mucosa do trato respiratório alto, vísceras abdominais, linfonodos, medula óssea, testículos, músculos e osso, levando ao comprometimento desses órgãos que podem ocasionar óbitos, em decorrência de complicações da doença, entretanto, a mortalidade por hanseníase é baixa (ROCHA et al, 2015).

A mortalidade por hanseníase apresenta baixa letalidade, uma vez que a doença raramente constitui causa direta de óbito. Em um estudo realizado em Fortaleza, em 2013, a investigação confirmou a ocorrência de óbitos causados por complicações da hanseníase, assim como a existência de óbitos por outras causas embora registrados como sendo por hanseníase (ROCHA; GARCIA, 2014). No Maranhão, observou-se o registro de 26 óbitos no sistema de informação de mortalidade, sendo 03 de ocorrência em São Luís (BRASIL, 2013c).

O diagnóstico da hanseníase é clínico e epidemiológico. Realizado por meio da história e condições de vida do paciente. O tratamento é ambulatorial, indispensável tanto para paucibacilares quanto para multibacilares e segue os esquemas terapêuticos padronizados pela Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2010a; 2016; BRANDÃO, 2011, BORBA, 2015).

A doença constitui um sério problema de saúde pública em muitos países onde a doença é endêmica devido à sua capacidade de causar incapacidade e deformidades permanentes (TALHARI; NEVES, 1997; SWATHI, et al, 2014).

Apesar de ser considerada como uma doença de adulto, numerosos casos desta doença foram relatados em faixas etárias menores de quinze anos, o que requer um diagnóstico oportuno e um tratamento adequado para a quebra da cadeia de transmissão (CAMPELO, 2012).

Condições socioeconômicas e culturais têm grande influência na distribuição e propagação da endemia, apresentando uma estreita relação com as condições precárias de habitação, baixa escolaridade e ainda, com movimentos migratórios que facilitam a difusão da doença (MAGALHÃES; ROJAS, 2007; MORAIS, 2010).

A hanseníase é endêmica na Angola, Bangladesh, Brasil, China, Etiópia, Índia, Indonésia, Madagascar, Moçambique, Myanmar, Nepal, Nigéria, Filipinas, o Sudão do Sul, Sri Lanka, Sudão, República Democrática do Congo e República Unida da Tanzânia (figura 1) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013, 2014; COSTA, 2014).

A detecção global de novos casos diminuiu em 23% de 2005 a 2010, desde então, o número de casos novos vem permanecendo estável. Embora esses números, detectados anualmente, estejam caindo progressivamente em muitos países, no Brasil, Índia e Indonésia, a detecção de casos permanecem ainda elevados com caráter de alta endemicidade. Juntos, esses três países representam 85% dos novos casos registrados em 2012 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013, 2014; COSTA, 2014, BORBA, 2015).

O Brasil ocupa o 2º lugar no mundo em números absolutos de casos novos (só perde para a Índia) e 1º lugar nas Américas, o que requer extensivas medidas e ações de qualidade nos serviços de saúde para favorecer o controle e eliminação da doença considerando-se ser ainda uma doença discriminatória e estigmatizante e com elevado número de portadores com incapacidades que interferem e afetam a qualidade de vida desses portadores (RAPOSO 2011).

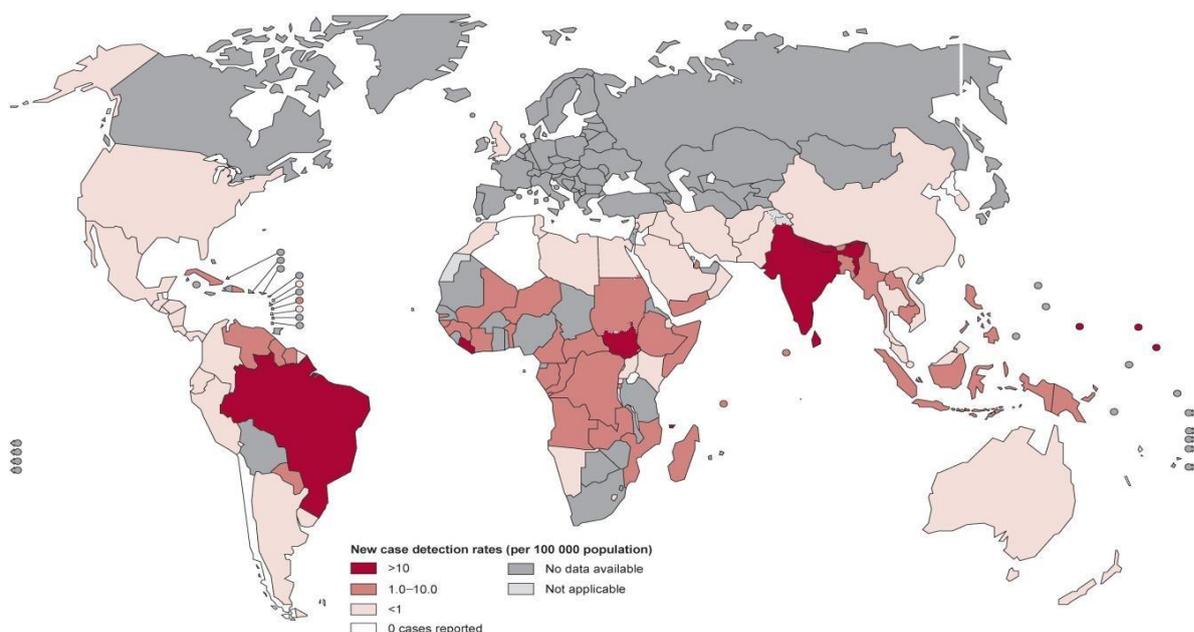


Figura 1- Taxa global de incidência (casos novos) da hanseníase em 2012.  
Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014

O Brasil adota a seguinte classificação das taxas de incidência de casos por 100 mil habitantes: baixa (menor que 2,00), média (2,00 a 9,99), alta (10,00 a 19,99), muito alta (20,00 a 39,99) e situação hiperendêmica (maior ou igual a 40,00) (BRASIL, 2015).

Taxas elevadas de incidência da hanseníase estão geralmente associadas a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e a insatisfatórias condições assistenciais para o diagnóstico precoce, o tratamento padronizado e o acompanhamento dos casos (BRASIL, 2015).

Em 2013, estimativas do MS apontavam que as maiores taxas de prevalência da doença, estavam localizadas principalmente nos estados do Mato Grosso, Maranhão, Tocantins, Pará, Rondônia. Essas são as áreas com maior risco de transmissão, concentrando mais de 80% do total de casos prevalentes como mostra a figura (2) a seguir.



Figura 2 - Prevalência de casos de Hanseníase no Brasil. (BRASIL, 2013a).  
Fonte: BRASIL, 2014.

Na região Nordeste, o Maranhão é o estado com a maior prevalência da Hanseníase e, o segundo do Brasil em números absolutos de novos casos diagnosticados por ano.

O Maranhão possui 217 municípios e têm sua população distribuída de forma heterogênea com uma maior prevalência da hanseníase em municípios com maior número de habitantes; compostas por São Luís, Imperatriz e Timon. Essas cidades são as que mais notificam os casos/ano no sistema de informação (BARBOSA; ALMEIDA; SANTOS, 2014).

Em 2014, foram detectados no país 31.064 casos, desses, 15% no Estado do Maranhão. O percentual de cura para esses registros foi de 82%, abaixo da média preconizada pelo MS (MARANHÃO, 2015).

Segundo o inquérito epidemiológico do MS/SVS, por meio da distribuição espacial, verificou-se que existem municípios mais endêmicos localizados no centro do Estado do Maranhão. Entre os 217 municípios maranhenses, observou-se que 30 (14%) não notificaram casos novos em 2010. Desses, 98 são considerados hiperendêmicos. (OLIVEIRA; ASSIS; SILVA, 2013; BRASIL, 2011a).

Apesar da capital, São Luís ter apresentado um coeficiente de detecção geral de 60,1 casos/100 mil habitantes em 2010, mantendo um caráter de hiperendemicidade, observou-se queda significativa no coeficiente geral de detecção (CGD) de 5,5 casos/100 mil habitantes ao ano, nos últimos 06 anos (BRASIL, 2011a).

O CGD em 2010 para os menores de 15 anos foi de 19,2 casos/100 mil habitantes, padrão de elevada magnitude (BRASIL, 2011a). Em 2013, esse coeficiente caiu para 17,60, entretanto, para controle da cadeia de transmissão da doença, principalmente, intradomiciliar, torna-se importante uma assistência de qualidade (MARANHÃO, 2015).

A Política de Saúde do Brasil traz como elemento primordial para o controle efetivo da hanseníase, a integralidade da atenção baseada no cuidado do sujeito articulando as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação garantindo cuidado integral e humanizado, descentralizando as ações de controle para a rede de atenção primária de saúde (APS) e os casos que requeiram um atendimento especializado devem ser encaminhados para os serviços de referências (LANZA; LANA, 2012).

O encaminhamento para a referência é recomendado nos seguintes casos: intercorrências clínicas, reações adversas ao tratamento da Poliquimioterapia (PQT) e estados reacionais, recidivas, reabilitação cirúrgica e quando há dúvidas no diagnóstico e conduta dos casos. A referência e contra referência devem ser acompanhadas de formulário próprio, preenchidas com informações detalhadas a respeito do atendimento prestado e recomendações de conduta para a unidade de seguimento do tratamento.

O Programa de Controle da Hanseníase (PCH) deve ser operacionalizado através da implantação das atividades de controle da doença em todas as unidades de saúde da rede

básica do Sistema Único de Saúde (SUS). Em seu modelo para análise de implementação tem como componentes de intervenção: a atenção integral, a qualidade das ações de saúde e o acesso para controle de riscos e danos garantido através da hierarquização de serviços.

Estudos evidenciam que alguns estados brasileiros ainda enfrentam sérias dificuldades na integração de ações de controle da hanseníase na atenção primária devida a ausência de profissionais capacitados para realizar o diagnóstico oportuno e o tratamento adequado (LANZA; LANA, 2012).

Pesquisas realizadas em João Pessoa/PB e Betim/MG mostraram que vários problemas são apontados como fragilidades do processo de descentralização das ações na atenção primária de saúde: a rotatividade de profissionais, resistência desses técnicos em participar de ações de controle da doença, desconhecimento sobre a hanseníase por parte de profissionais e comunidade, serviços de referência fortalecidos pela baixa resolutividade da atenção primária (MENDES, et al., 2008; FUZIKAWA, 2007).

Existem vários municípios que mantêm a cadeia de transmissão da hanseníase, apesar de ser um programa prioritário, com suas ações de descentralização para a APS, recomendado pela OMS desde 1995, e reforçada nas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS 01/01) esse atendimento integrado na Atenção Primária de Saúde.

Apesar desse processo de descentralização já demandar um tempo nos municípios, incluindo o município de São Luís, as atividades na APS requerem implementações de estratégias para o diagnóstico precoce e o tratamento de todos os doentes na estratégia saúde da família como porta de entrada e as unidades de referências para dar suporte aos casos complicados (BRASIL, 2001a; LEAL, 2011; SOUZA, 2014).

No Brasil, o Programa Nacional de Atenção Básica (2006; 2012), reforça a hanseníase como uma das áreas estratégicas para atuação em todo território nacional, e ainda, a eliminação e controle da Hanseníase através do trabalho das ESF. As equipes devem ser capazes de realizar o diagnóstico precoce, o tratamento oportuno de todos os casos diagnosticados, a prevenção de incapacidades e a vigilância dos contatos intradomiciliares e sociais.

O diagnóstico de hanseníase, na maioria dos municípios do Brasil, ainda é tardio. Só é descoberto cerca de um ano e meio a dois anos após o aparecimento dos sintomas. A busca tardia de atendimento nos serviços de saúde, a falta de informação sobre sinais e sintomas, a dificuldade do indivíduo em acessar os serviços, dificuldade de atendimento e/ou

profissionais capacitados para detectar a doença, podem ser fatores que influenciam o diagnóstico tardio (ARANTES et al., 2010).

Estudos evidenciam ainda que os municípios brasileiros ainda enfrentam dificuldades na integração das ações de controle da hanseníase (ACH) com a APS tanto no âmbito individual, devido à ausência de profissionais capacitados para realizarem o diagnóstico e tratamento, bem como no âmbito coletivo, com a realização de ações pontuais para a educação para a comunidade, busca dos contatos e vigilância epidemiológica (LANZA; LANA, 2012; FUZIKAWA et al., 2010; ARANTES et al., 2010).

Pesquisadores observaram ainda que os profissionais possuem um conhecimento incipiente sobre a abordagem da doença não favorecendo uma atenção de qualidade. A dificuldade de realização de cursos de capacitação aliados a contratação de profissionais sem experiência e sem capacitação reflete negativamente na realização das ações de controle da hanseníase na ESF mostrando a fragilidade do programa na APS, espelho comum na maioria dos municípios prioritários (LANZA; LANA, 2012).

Em estudo realizado no Ceará por Serapioni e Silva (2011), o problema da qualidade dos serviços prestados à comunidade ainda é um aspecto crítico que pôde ser evidenciado levando-se em consideração as diversas equipes de ESF que têm atuado sem a presença do médico ou que a maioria das equipes atende uma população muito maior do que a que foi preconizada pelo Ministério da Saúde.

Outro problema importante é o intenso rodízio dos profissionais de nível superior em busca de melhores condições de trabalho, prejudicando o seguimento dos pacientes pelo mesmo profissional, principalmente na atenção primária de saúde (SERAPIONI; SILVA, 2011).

Quando as pessoas afetadas são identificadas e diagnosticadas precocemente, tratadas com técnicas adequadas e acompanhadas nos serviços de saúde de APS, as incapacidades físicas podem ser evitadas ou reduzidas. A hanseníase, quando não diagnosticada e não tratada oportunamente, acaba evoluindo para incapacidades e deformidades físicas, favorecendo sequelas as quais levam à diminuição da capacidade de trabalho e limitação da vida social e problemas psicológicos (BRASIL, 2010b; SOBRINHO et al., 2007).

Recomenda-se que os casos com complicações, sejam diagnóstico diferencial, recidiva, estados reacionais ou outras situações complicadoras sejam avaliados por profissionais com maior experiência ou especialistas presentes tanto na rede de atenção primária quanto secundária (ambulatórios especializados) e terciária (atenção hospitalar), ou seja, ofertar uma

assistência de qualidade melhorando os indicadores que avaliam a qualidade dos serviços de hanseníase (BRASIL, 2016a).

Segundo dados do Maranhão (2015), em 2014 foram detectados 522 casos novos em São Luís/MA, ou seja, 48,60/100 mil habitantes, classificando o município com um caráter de hiperendemicidade (acima de 40 casos/100 mil habitantes) para a hanseníase, o que o torna prioritário para ações do PNCH.

Assim, as ações deveriam estar descentralizadas para APS, alcançando toda área de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF). No entanto, ainda se observa uma procura contínua de atenção à saúde do portador de hanseníase em unidades de referências, principalmente dos que residem em áreas de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF), porta de entrada das ações do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) a essa clientela específica.

Essa busca de atenção nas unidades de referências é evidenciada com queixas frequentes da falta de assistência adequada e de qualidade dos serviços de saúde, apesar da descentralização das ações para a atenção primária.

Pressupõe-se que a qualidade das ações de assistência de saúde ao portador de hanseníase nos serviços da atenção primária no município de São Luís não está em conformidade com o esperado, considerando a descentralização dessas ações e por ser a ESF a principal estratégia brasileira para alcançar baixos níveis endêmicos da hanseníase, baseando-se na organização da rede de atenção com a integração das ações de controle-deteccção oportuna de novos casos; tratamento com os esquemas poliquimioterápicos; prevenção de incapacidades e vigilância dos contatos domiciliares e sociais, educação em saúde na APS e a manutenção da atenção em rede especializada nos níveis secundário e terciário, em razão do potencial incapacitante da doença.

Para construir o pressuposto deste estudo, baseou-se em um dos atributos de intervenção do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH), ou seja, a Qualidade da Assistência que deverá está integrada em todas as ações do Programa de Controle da Hanseníase em todos os níveis de assistência.

Na prática dos serviços, observa-se que as ações do PCH feita pela equipe multiprofissional aos portadores de hanseníase, na atenção primária e demais níveis de atenção, em São Luís, não está totalmente implementada e que essa assistência prestada, presumidamente, não atende as subdimensões da qualidade propostas neste estudo no que se refere à conformidade, considerando a disponibilidade e a qualidade técnico-científica.

Estudos realizados em unidades básicas de saúde, em São Luís, por Pacheco; Aires; Seixas (2014) e Araújo et al (2014), evidenciaram que grande parte dos sujeitos com hanseníase foram diagnosticados tardiamente, pois a presença de incapacidades indica detecção tardia da doença, tratamento inadequado e conhecimento deficiente, tanto dos profissionais de saúde quanto dos pacientes.

Acredita-se que essa insuficiência de qualidade esteja relacionada a problemas de estrutura e processo de trabalho, que por sua vez são influenciados por fatores do contexto externo, sejam eles relacionados às vulnerabilidades socioambientais a que estão expostos os grupos sociais afetados pela doença, como também daqueles relacionados ao contexto organizacional do setor municipal de saúde, em especial aqueles relativos à organização do PCH.

Diante do acima exposto, definiram-se as seguintes perguntas avaliativas para este estudo:

- Qual o grau de implementação das ações de assistência do programa de controle da hanseníase, na atenção primária em saúde e referência, em São Luís – MA, com foco na qualidade?
- Os insumos estratégicos para realização das ações do PCH estão disponíveis conforme as normas técnicas do PNCH?
- As atividades do PCH são realizadas com a qualidade técnica-científica preconizadas pelo PNCH?
- Quais são as características do contexto externo e organizacional e seus fatores facilitadores e restritivos relacionados à implementação das ações de assistência?

A hanseníase é uma doença que leva a incapacidades e deformidades e que uma assistência inadequada pode afetar a qualidade de vida do portador fazendo com que esse deixe de ser um construto ativo no meio familiar, social e na produção de bens.

As ações de prevenção e controle da hanseníase são consideradas como uma área de atuação estratégica dos serviços da APS e demais níveis, por isso, justificou-se neste estudo, avaliar a qualidade das ações de assistência ao portador de hanseníase dos serviços na atenção primária, bem como na unidade de referência municipal.

A avaliação dos serviços torna possível o monitoramento da capacidade desses serviços em dar respostas às necessidades de saúde dos usuários, em acompanhar os efeitos

das intervenções, identificar e favorecer correções de eventuais problemas e disponibilizar as informações para os profissionais de saúde, gestores e comunidade como uma forma de melhorar a qualidade das ações a serem realizadas para o controle da hanseníase (VIEIRA, 2015).

Considerando ainda o interesse da pesquisadora que trabalha em uma unidade de referência do programa no nível estadual e das várias ações que vem sendo realizadas na prevenção e controle da hanseníase, faz-se necessária uma reflexão sobre como os programas são implementados.

Para tanto, julgou-se oportuna à realização desse estudo, para avaliar o grau de implementação do programa a partir da qualidade das ações de saúde abordando a dimensão de conformidade, considerando a estrutura, processo e a influência do contexto externo e organizacional no município de São Luís.

Observou-se que, em pesquisas encontradas na literatura, o modelo de avaliação na área de controle da hanseníase para a análise das ações é, em sua maioria, pautado nos indicadores epidemiológicos e operacionais construídos pela OMS e Ministério da Saúde, permitindo determinar tendência da endemia e o grau de magnitude, entretanto, com pouca significância quando se quer analisar ou avaliar o grau de implementação da qualidade dos serviços e das atividades desenvolvidas pelas redes de saúde dos municípios, justificando-se também este estudo por ampliar a produção do conhecimento nessa área.

Acredita-se que os resultados dessa pesquisa permitirão identificar potencialidades e fragilidades no modelo de atenção à hanseníase relacionando a qualidade das ações de saúde com os indicadores estabelecidos no PNCH.

Espera-se que o estudo venha servir de subsídios aos gestores e aos profissionais de saúde inseridos no programa de controle e eliminação da hanseníase nos variados níveis de complexidade, orientando a reorganização dos serviços de saúde para fortalecer a atuação na APS na construção de ações de enfrentamentos e melhoria das políticas públicas voltadas para o programa, contribuindo nas tomadas de decisões mais efetivas voltadas para a necessidade de garantir atenção integral de qualidade ao portador de hanseníase na rede de serviços do SUS conforme o PNCH e ainda, servir como apoio para pesquisas futuras.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 HANSENÍASE: ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DA DOENÇA

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, crônica, curável, causada pelo bacilo de Hansen. O bacilo é altamente infectante capaz de atingir grande número de pessoas, mas baixa patogenicidade, poucos adoecem. Sua capacidade de invasão dos nervos é responsável pelo alto potencial incapacitante da Hanseníase (BRASIL, 2010a).

A transmissão da hanseníase se faz por uma cadeia epidemiológica que se dá pelo contato prolongado de indivíduos suscetíveis com pacientes bacilíferos não tratados, especialmente nos ambientes intradomiciliares. O período de incubação da doença é em média de 05 anos, entretanto, pode chegar até 10 anos para a enfermidade se manifestar (BRASIL, 2010a).

Têm como sinais e sintomas da doença, as manchas hipocrômicas, acastanhadas ou avermelhadas, com alterações de sensibilidade (hipoestesia ou anestesia), formigamentos, choques e câimbras, pápulas e infiltrações, tubérculos e nódulos, normalmente assintomáticos; diminuição ou queda de pêlos, localizada ou difusa, especialmente nas sobrancelhas e falta ou ausência de sudorese no local favorecendo o ressecamento da pele. (BRASIL, 2008).

Apresenta ainda outros sintomas e sinais como “Dor e/ou espessamento de nervos periféricos; diminuição e/ou perda de sensibilidade nas áreas dos nervos afetados, principalmente nos olhos, mãos e pés; diminuição e/ou perda de força nos músculos inervados por estes nervos” (BRASIL, 2008, p. 67).

O diagnóstico de caso de hanseníase na atenção primária é feito pela clínica e pela epidemiologia (BRASIL, 2008).

Os casos com suspeita de comprometimento neural, sem lesão cutânea (suspeita de hanseníase neural pura) e aqueles que apresentam área(s) com alteração sensitiva e/ou autonômica, sem lesão cutânea evidente, deverão ser encaminhados para unidades de saúde de maior complexidade para confirmação diagnóstica (BRASIL, 2008).

Para o MS, é considerado um caso de hanseníase toda pessoa que apresentar um ou mais dos seguintes sinais e sintomas (BRASIL, 2010a; 2016):

- a) lesão (ões) e/ou área (s) da pele com alteração de sensibilidade térmica e/ou dolorosa e/ou tátil;
- b) espessamento de nervo (s) periférico(s), associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas;

c) baciloscopia positiva de esfregaço intradérmico ou biópsia de pele.

O tratamento é em regime ambulatorial tanto para os classificados como paucibacilares quanto para multibacilares e o critério para alta por cura compreende completar com regularidade as 06 doses supervisionadas, em até 09 meses para os paucibacilares e 12 doses supervisionadas, em até 18 meses para os multibacilares.

Em ambos os casos, o paciente faz uso da dose diária “mensal autoadministrada”, do blister PQT-PB ou PQT-MB no domicílio. Na 6ª dose para os PB e na 12ª dose para os MB, os doentes devem ser submetidos ao exame dermatológico, à avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física para receber alta por cura (BRASIL, 2008; 2010a; 2016).

Em alguns casos dependendo da evolução do doente, o tratamento pode ser prolongado até vinte e quatro doses (BRASIL, 2008; 2010a; 2016a).

A consulta de seguimento deve ser aproveitada para avaliação do paciente, esclarecer dúvidas e orientações. Além disso, deve-se reforçar a importância do exame dos contatos, agendando o exame clínico e a vacinação (BRASIL, 2010a; 2016a).

Os pacientes que não comparecerem à dose supervisionada, deverão receber visitas nos domicílios, no máximo em até 30 dias, buscando-se continuar o tratamento e evitar o abandono (BRASIL, 2010a; 2016a).

O comprometimento neurológico pode provocar incapacidades físicas e evoluir para deformidades sendo o principal problema desta doença. Estes comprometimentos podem acarretar diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos resultantes do estigma provocado pela doença (BRANDÃO, 2011).

É prioridade avaliar a integridade da função neural e o grau de incapacidade física do portador de hanseníase no momento do diagnóstico do caso, no estado reacional e na alta por cura (BRASIL, 2008; 2010a; 2016a).

Portadores da doença podem manifestar os estados reacionais ou reações hansênicas (tipos 1-neurites e 2- eritema nodoso hansênico) que podem ocorrer antes, durante ou após o tratamento com a poliquimioterapia da hanseníase. Essas reações são alterações do sistema imunológico que se exteriorizam como manifestações agudas ou subagudas e aproximadamente, de 25 a 30% das pessoas com hanseníase tem reações ou dano neural em algum momento (BRASIL, 2010a; 2016a; BRANDÃO, 2011).

Faz-se necessário ainda, o controle do contato do portador de hanseníase independentemente da classificação operacional do doente. Para fins operacionais, considera-se contato intradomiciliar toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente

de hanseníase. Contato social é qualquer pessoa que conviva ou tenha convivido em relações familiares ou não, de forma próxima e prolongada (vizinhos e colegas de trabalho, de escola, entre outros) (BRASIL, 2010a; 2016a).

A investigação do contato consiste na anamnese e no exame dermatoneurológico de todos os contatos intradomiciliares e contatos sociais dos casos novos detectados com repasse de orientações sobre período de incubação, transmissão e sinais e sintomas precoces da hanseníase e vacinação com BCG (BRASIL, 2010a; 2016a).

A vacina BCG-ID (Bacilo Calmette-Guérin Intradérmico) deverá ser aplicada nos contatos intradomiciliares sem presença de sinais e sintomas de hanseníase no momento da avaliação, independentemente de serem contatos de casos PB ou MB. A aplicação da vacina BCG vai depender da história vacinal do contato e deve seguir as recomendações do quadro a seguir (quadro 1):

Quadro 1 – Esquema Vacinal para o contato da hanseníase

Avaliação da cicatriz vacinal	Conduta
Sem cicatriz	Prescrever uma dose
Com uma cicatriz de BCG	Prescrever uma dose
Com duas cicatrizes de BCG	Não prescrever nenhuma dose

Fonte: BRASIL, 2008; BRASIL, 2010a; BRASIL, 2016b.

Todos os casos novos devem ser notificados e demandam a atualização das informações do acompanhamento, na Unidade Básica de Saúde (UBS) por meio do preenchimento do Boletim de Acompanhamento de Casos, planilhas do Sistema de Informação Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN) (BRASIL, 2008).

Ao final de cada mês, essa planilha é encaminhada ao nível hierárquico superior, contendo as informações sobre: data do último comparecimento, tipo de alta, data da alta, avaliação do grau incapacidade na alta, número de contatos examinados, situação administrativa e o número de doses de PQT/OMS administradas. As alterações dos casos no SINAN só poderão ser feitas no primeiro nível informatizado (BRASIL, 2008).

Na presença de intercorrências clínicas, reações adversas ao tratamento, reações hansênicas, recidivas e necessidade de reabilitação cirúrgica, além de apoio no processo diagnóstico e na conduta, o caso deve ser encaminhado para os serviços de referência. (BRASIL, 2008; 2016a).

Com relação à epidemiologia da doença, o Brasil apresenta a situação mais graves da América Latina com um total de casos registrados (ativo) que chegou a 30.135 no ano de 2013. A cada ano são diagnosticados cerca de 30.000 novos casos da doença no país, e a taxa

de prevalência atual gira em torno de 1,51/10.000 habitantes, superior, portanto, a um caso por 10.000 habitantes, meta estabelecida pela OMS para o controle da doença (COSTA, 2014).

Apesar de sua baixa letalidade e mortalidade, pesquisa realizada em Mato Grosso mostrou, no entanto, que a ocorrência de uma média anual de mais de 200 óbitos pela doença no Brasil, não se parece à de um evento raro (RAMOS et al, 2013). Em 2013, observou-se o registro de 176 óbitos no sistema de informação de mortalidade, no País, com maiores números de casos nas regiões Nordeste e Centro Oeste.

O alto coeficiente de prevalência e incidência da hanseníase tem uma relação com baixos índices de desenvolvimento humano (IDH) em função de determinantes históricos e socioeconômicos relacionados à ocupação de novos espaços geográficos especialmente nas regiões Norte e Centro Oeste, bem como a manutenção das iniquidades sociais na região Nordeste e nas periferias de algumas metrópoles, áreas conhecidas como mais endêmicas do país (OLIVEIRA, 2008; RAPOSO, 2011).

Apesar de uma importante redução do coeficiente de prevalência de hanseníase no Maranhão, que atualmente é de 5,7 casos/10 mil habitantes, o Estado demanda intensificar as ações para eliminação da doença, justificadas por um caráter de alta endemicidade segundo os parâmetros de prevalência para os municípios prioritários (BRASIL, 2011a).

Em estudos realizados no município de Buriticupu observaram que ainda são insuficientes os mecanismos e as estratégias utilizadas e necessárias para o real controle da hanseníase (diagnóstico ainda nas formas não polarizadas), considerando que a detecção ainda nessa forma clínica e o início tratamento são de fundamental importância (AQUINO et al, 2000; REGO NETO et al, 2007).

Com o avanço da descentralização por meio da ESF e a capacidade de diagnóstico nos serviços de atenção básica, espera-se que o Estado passe cada vez mais a identificar e tratar precocemente os casos existentes, apesar de o Estado apresentar uma cobertura ainda baixa, de apenas 20,69% (333) de número de UBS's habilitadas nos Serviços de Atenção Integral de hanseníase, tipo I (MARANHÃO, 2016).

Em São Luís, a descentralização das ações para a atenção primária se deu à partir de 1998 a passos lentos e ainda hoje não contempla 100% de cobertura dessa descentralização na APS.

## 2.2 HANSENÍASE: AS AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE E SUA INTEGRAÇÃO COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

No Brasil, os primeiros casos notificados da hanseníase datam de 1600, na então capital da colônia Rio de Janeiro quando se deu a construção do primeiro leprosário do país, o Hospital dos Lázaros no RJ, atual Hospital Frei Antônio localizado em São Cristóvão (ANDRADE, 2005; VIDERES, 2010).

Essa instituição representou a iniciativa pioneira de isolar socialmente os pacientes, portadores da moléstia no Brasil. A expansão da doença parece ter acompanhado a marcha de colonização, sendo introduzidos focos da doença em todo o país (ANDRADE, 2005; DAMASCO, 2005; VIDERES, 2010).

No Maranhão, a ocorrência da hanseníase data do período colonial. Em 1718, o número de casos já preocupava as autoridades e os hansenianos eram atendidos no hospital geral de São Luís (LEANDRO, 2009).

Para o controle da hanseníase, em 1920 foi instituída a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas. As ações de controle priorizavam a construção de leprosários em todos os Estados endêmicos, o censo e o tratamento com o óleo de chaulmoogra (EIDT, 2004; SOUZA, 2009).

Talhari e Neves (1997) citam que na década de 30, a sulfonamida foi descoberta e que foi utilizada como primeiro ensaio terapêutico no tratamento da hanseníase em 1941, ano da criação do Serviço Nacional da Lepra.

A partir dessa época, de forma revolucionária, a dapsona e seus derivados passam a ser utilizados no tratamento das pessoas com hanseníase, em regime ambulatorial, tornando o isolamento em leprosários não mais necessário (SOUZA, 2009; VIDERES, 2010).

Na década de 1950-1960, o Serviço Nacional de Lepra instituiu os dispensários, serviços ambulatoriais para investigação de casos novos e observação de casos suspeitos que seriam internados, caso fosse confirmado o diagnóstico. Era o chamado modelo tripé: Leprosários (para atendimento dos doentes), dispensários (atendimento dos comunicantes) e preventórios (para os filhos dos doentes) (EIDT, 2004; DAMASCO, 2005; VIDERES, 2010).

A década de 1970 foi marcada pelo reforço do tratamento quimioterápico ambulatorial, a não hospitalização do doente e o combate ao preconceito reforçado pela portaria nº 165 de 1976, do Ministério da Saúde (BORBA, 2015).

Houve a recomendação do uso da Poliquimioterapia (PQT) pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1981, mas no Brasil sua adoção iniciou-se em 1982 nos Estados do Rio de

Janeiro e Amazonas, através dos Centros de Referência para tratamento do portador de hanseníase (SOUZA, 2014).

Na 44ª Assembléia Mundial de Saúde, ocorrida em 1991, é aprovada a XIV Resolução da OMS, na qual ficou estabelecida a meta de eliminação da hanseníase, como problema de saúde pública, até o ano 2000. Também foi o ano em que o Brasil adotou o esquema da PQT/OMS como terapêutica oficial para tratamento da hanseníase em todo território nacional e reorganizou as ações de controle da hanseníase, no entanto, o Brasil ainda não conseguiu atingir essa meta (FIGUEIREDO, 2006; LEAL, 2011; SOUZA, 2014).

Houve a recomendação pela OMS para a descentralização das Ações de Controle da Hanseníase (ACH) para a APS, no ano de 1995. Foram implantados ainda, o Plano de Emergência Nacional (PEN) e Plano Nacional de Mobilização e Intensificação de Ações para Eliminação da Hanseníase e Tuberculose (PNMHT), respectivamente, que tinham como objetivos, a diminuição da prevalência de casos com redução das incapacidades físicas, redução das taxas de abandono, busca ativa de casos novos e tinha como principal medida, ampliar o acesso ao diagnóstico e tratamento precoces (FIGUEIREDO, 2006; LEAL, 2011; SOUZA, 2014).

Com o objetivo de controlar e eliminar a doença, várias portarias são publicadas em 2000, como: a portaria de n.º 814/GM de 26 de julho de 2000 que orientava os diferentes níveis de complexidade dos serviços na área de dermatologia sanitária, com ênfase para a hanseníase, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, bem como organizá-los mediante o estabelecimento de sistema de referência e contra referência (BRASIL, 2001b).

A Portaria de n.º 815/GM/2000, que reconhecia e apoiava os Centros Colaboradores Nacionais para o Programa Nacional de Controle e Eliminação da Hanseníase (Laboratório de Hanseníase, da Fundação Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro, o Instituto Lauro de Souza Lima, em São Paulo e o Instituto de Dermatologia Tropical e Venereologia Alfredo da Matta no Amazonas) (BRASIL, 2001b).

A Portaria de n.º 816/GM/2000 aprovava as diretrizes destinadas a orientar, em todos os níveis do SUS, as medidas de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de hanseníase no País e a Portaria de n.º 1.073/GM que estabelecia a descentralização das ACH para as Unidades de Saúde da rede básica (BRASIL, 2001b).

O governo criou a Lei n.º. 11.520, de 18 de setembro de 2007, que dispunha sobre a concessão de pensão especial às pessoas atingidas pela hanseníase que foram submetidas a

isolamento e internação compulsórios em hospitais-colônia, até 31 de dezembro de 1986 (TRIERVEILER et al, 2011).

Portarias importantes para as ACH são aprovadas em 2010. A Portaria 3.125/GM estabelecia diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase, a Estratégia Global Aprimorada para a Redução Adicional da Carga de Hanseníase quadriênio 2011-2015 e a Portaria de Nº 594 de 29 de Outubro de 2010 que aprovava as diretrizes dos serviços de Atenção Integral em Hanseníase nos níveis I, II e III de cuidado. (SOUZA, 2014; BRASIL, 2010a; BRASIL, 2010c).

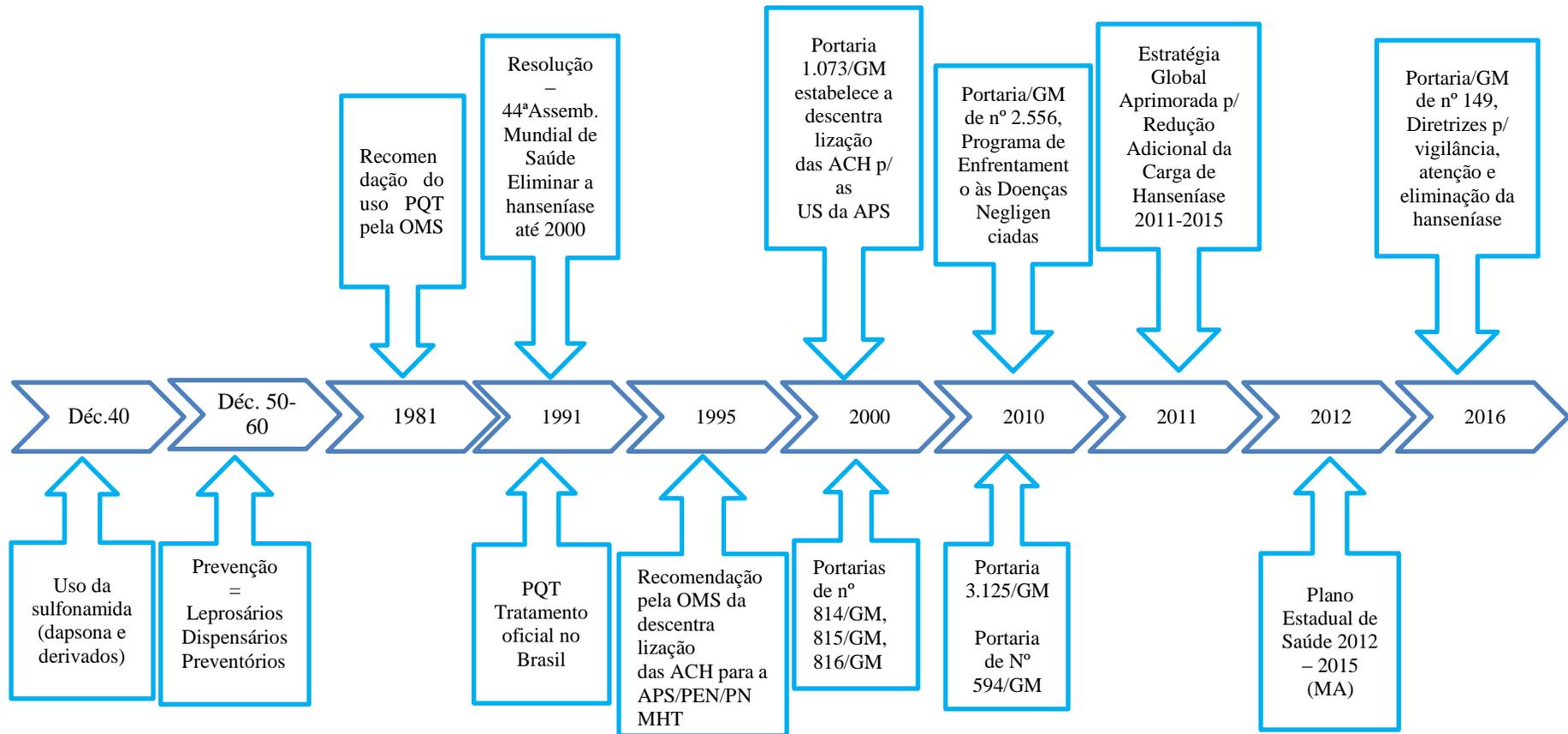
A Portaria/GM de nº 2.556, de 28 de outubro de 2011 estabelece o mecanismo de repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Estaduais, do Distrito Federal e Municipais, por meio do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, para implantação, implementação e fortalecimento da Vigilância Epidemiológica de Hanseníase, Tracoma, Esquistossomose e Geohelmintíases (Programa de Enfrentamento às Doenças Negligenciadas) (BRASIL, 2011b) e em 2012 foi elaborado no Maranhão, o Plano Estadual de Saúde 2012 – 2015 que insere a hanseníase como prioridade de controle. (MARANHÃO, 2012)

Em fevereiro de 2016, foi aprovada a Portaria GM/MS de nº 149, sobre as Diretrizes para a vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública. Essa portaria faz uma revisão da portaria de nº 3.125 de 2010 que trata de algumas mudanças dentre estas, os novos critérios de definição do grau de incapacidade (BRASIL, 2016b).

Com as políticas nacionais e internacionais direcionadas para o enfrentamento das doenças negligenciadas, incluso aí, a hanseníase e a integração das atividades de controle da doença na atenção primária houve uma melhora considerável na acessibilidade, prevenção e controle da hanseníase bem como um envolvimento maior dos profissionais de saúde e gestores no processo contribuindo no controle e eliminação da hanseníase.

A seguir, figura (3) que ilustra os principais marcos das políticas públicas de ACH.

**Figura 3 - Principais marcos das políticas públicas de controle da hanseníase no Mundo, Brasil, Maranhão**



\*PQT – poliquimioterapia; \*OMS – Organização Mundial de Saúde; \*ACH – ações de controle da hanseníase; \*APS – atenção primária de saúde; \*PEN – programa de Eliminação Nacional; \*PNMHT – programa nacional de mobilização da hanseníase e tuberculose; \*GM – gabinete ministerial; \*US – unidade de saúde; \*MA - Maranhão

A integração das ações de controle da hanseníase na APS foi preconizada pelo Ministério da Saúde desde a implantação das Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (1991) e da Estratégia de Saúde da Família (1994) (RAPOSO, 2011).

A Atenção Primária de Saúde (APS) é uma estratégia para organizar os sistemas de saúde possibilitando o “acesso universal” aos serviços e a “atenção integral” e “integrada” ao longo do tempo. Para a Organização Mundial de Saúde, um sistema de saúde baseado na APS requer um marco legal sólido, institucional e organizativo, bem como, recursos humanos, econômicos e tecnologias adequadas e sustentáveis (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

A APS compreende o primeiro nível de contato com os serviços, e tem como meta a garantia do acesso à saúde para todas as pessoas constituindo-se o início de um processo hierarquizado de atenção possibilitando o direito universal à saúde, através de práticas organizadas de saúde, a partir das necessidades sociais, evidenciadas pelas demandas individuais e coletivas com a capacidade de realizar ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, em busca de práticas resolutivas que garantam a integralidade da atenção na cadeia organizativa do sistema (ASSIS et al, 2007)..

Para Starfield (2002), a APS apresenta dois aspectos distintos e interdependentes: é uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde.

A APS engloba um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo nos níveis de promoção em saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014)

A APS é considerada como o primeiro nível de atenção do sistema de saúde, ou seja, corresponde ao nível de atenção que se encontra mais próximo às pessoas, famílias e comunidades com capacidade de resolver os problemas de saúde presente nas populações coordenando as ações e serviços dos demais níveis de saúde (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014)

Para uma melhor assistência na Atenção Primária torna-se necessário o cumprimento das diretrizes e princípios do SUS, particularmente do atendimento integral ao usuário, tendo em vista sua implicação numa prática de qualidade, que desenvolva capacidade de análise crítica de contextos.

A APS é desenvolvida pelo exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, que são dirigidas a populações de territórios bem delimitados e pelas quais assume responsabilidade. Utiliza tecnologias que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância (VIANA, 2012).

A política de descentralização das ações de controle da hanseníase, entre os agravos atendidos pela rede da atenção básica à saúde, iniciou-se de fato no Brasil em 1998, como parte do compromisso da “*aliança global para eliminação da hanseníase*” e vem sendo ratificada pelas portarias ministeriais com o objetivo de eliminar a doença (MENDES et al, 2008).

Entretanto, essa integração da atenção à hanseníase somente ganhou destaque nos serviços de saúde brasileiros após o ano 2000 com o compromisso de eliminação da doença e com os dados epidemiológicos mostrando o impacto da melhoria do acesso às ações de controle da hanseníase na APS com o aumento progressivo da taxa de detecção de casos novos (LANZA, 2014).

A expansão da ESF favoreceu a descentralização das ações de saúde reforçada pelas Normas Operacionais de Assistência a Saúde (NOAS) do SUS 01/01, ampliando e regulamentando a autonomia dos municípios para o aumento do acesso pela população com equidade, a todos os níveis de assistência, e na atenção primária definiu a eliminação da hanseníase como uma das prioridades de atuação dos serviços de saúde (BRASIL, 2007a).

Com a integração das ações de controle da hanseníase nos serviços de atenção primária, a Estratégia de Saúde da Família deverá estar organizada e preparada para oferecer as ações de controle da doença, em conformidade com as normas ministeriais preconizadas e de acordo com os atributos da APS, isto é, não só em relação ao acesso da suspeição, diagnóstico precoce e tratamento oportuno e orientação para a comunidade, mas também devem estar intimamente relacionadas com as demais dimensões da APS como porta de entrada, atendimento continuado, integralidade dos serviços, coordenação e enfoque na família (BRASIL, 2010a; 2010c; LANZA; LANA, 2012).

As portarias ministeriais de nº 3.125/2010 e nº 594/ 2010 no ano de 2010 e a portaria de nº 149/16, reafirmam o papel desejado da APS para o controle da doença, tendo como suporte, a atenção secundária e terciária, para reduzir os níveis endêmicos da doença e garantir a qualidade da assistência (BRASIL, 2010a; 2010c; 2016; LANZA; LANA, 2012).

A seguir, quadro (2) com as atividades a ser desenvolvidas nos níveis de atenção primária e nas redes de referências secundárias e terciárias de saúde:

**Quadro 2 - Atividades do PCH, segundo os níveis de atenção à saúde.**

<b>Atividades do Cuidado da Hanseníase</b>	<b>Atenção Primária</b>	<b>Atenção Secundária</b>	<b>Atenção Terciária</b>
Ações educativas de promoção da saúde	x	x	x
Vigilância epidemiológica: identificação, acompanhamento dos casos, exame de contato e notificação ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN	x	x	x
Diagnóstico de casos de hanseníase	x	x	
Diagnóstico de casos de hanseníase na forma neural pura; das reações hansênicas e adversas aos medicamentos; das recidivas; e de outras intercorrências e sequelas		x	x
Coleta de raspado dérmico para baciloscopia.		x	x
Tratamento com poliquimioterapia (PQT) padrão.	x	x	x
Tratamento com esquemas substitutivos		x	x
Acompanhamento do paciente durante o tratamento da hanseníase e após a alta	x	x	
Prevenção de incapacidades, com técnicas simples e autocuidado apoiado pela equipe.	x	x	x
Tratamento de incapacidades físicas		x	x
Exame dos contatos, orientação e apoio, mesmo que o paciente esteja sendo atendido em serviço da atenção secundária e terciária.	x		
Avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade	x	x	x
Internação, atendimento pré e pós operatório, procedimentos cirúrgicos, exames complementares laboratoriais e de imagem.			x
Encaminhamento para outros profissionais ou serviços	x	x	x

Fonte: construído a partir de BRASIL, 2010c; 2016a.

### 2.3 QUALIDADE DAS AÇÕES DE ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DE HANSENÍASE

Em qualquer perspectiva, quando se fala de qualidade é necessário pensar os aspectos da qualidade, por quem a define (se avaliador ou sujeitos da pesquisa) e para quem é direcionada. Desta forma, torna-se necessário conhecer os conceitos de qualidade para a construção da definição de qualidade da assistência ao portador de hanseníase, objeto deste estudo (BRANDÃO, 2011).

Qualidade da assistência dentro de um contexto de saúde, seja na APS ou demais níveis de atenção leva a se ter consciência de várias definições possíveis e legítimas que podem ser consideradas, dependendo da abordagem e dos atores envolvidos (pacientes, profissionais e gestão) principalmente quando se utiliza como referência as unidades de atenção primária

organizadas, com Programa de Controle da Hanseníase implantado, bem como os centros especializados (BRANDÃO, 2011).

Fajardo e Araújo (2009) referem que a qualidade dos cuidados médicos podem se apresentar em duas dimensões: a dimensão técnica (dimensão de interesse deste estudo), que se refere à aplicação de conhecimentos médicos e disciplinas relacionadas para resolver os problemas de saúde dos pacientes; e a dimensão interpessoal, que é a interação que ocorre entre o usuário e o profissional de saúde no momento da prestação desses cuidados.

Para Donabedian (1990), a qualidade está acompanhada de atributos ou dimensões conhecidos como os sete pilares da qualidade: efetividade, eficiência, eficácia, equidade, aceitabilidade, otimização e legitimidade.

A qualidade possui várias características desejáveis de cuidado, que incluem as pensadas por Donabedian, excetuando otimização e legitimidade e onde esse autor acrescenta para a qualidade, a acessibilidade, adequação e qualidade técnico-científica (VUORI, 1991; FADEL; REGIS FILHO; 2006).

Para Donabedian, a qualidade é definida como “o grau no qual os serviços de saúde atendem as necessidades, expectativas e o padrão de atendimento dos pacientes” e observou-se que, a grande maioria dos trabalhos de avaliação de qualidade se baseia no quadro conceitual do modelo sistêmico ou pelos atributos proposto por Donabedian (DONABEDIAN, 1980, 1990).

Donabedian (1992) refere ainda que os consumidores/usuários podem dizer muito tanto sobre a qualidade técnica quanto sobre a qualidade de relação interpessoal do cuidado, e acrescenta um terceiro elemento sobre o qual os pacientes podem se posicionar que seria o que ele denomina de amenidades, ou seja, os aspectos relacionados com o ambiente no qual as tarefas técnicas e a relação interpessoal ocorrem.

O conceito de qualidade em saúde não é simples, tem muitas abordagens e definições complexas, pois autores diferentes podem utilizar significados distintos para esse termo.

Para Serapioni e Silva (2011), a complexidade da qualidade depende de vários fatores citados a seguir:

- a) complexidade da concepção de saúde que considera a pessoa na sua unidade e integridade biopsíquica, inclusos aí os componentes espirituais, relacionais e sociais;
- b) complexidade reforçada pela variedade de atores que agem nos sistemas de saúde;
- c) pluralidade de abordagens e metodologias de análise da qualidade;
- d) peculiaridades das ações de saúde que não produzem bens, mas serviços que incluem um amplo componente de trabalho imaterial com acentuada personalização e relacionalidade;

e) concepção de qualidade condicionada por fatores de contexto históricos, culturais, políticos, sociais e institucionais.

A qualidade do cuidado nos serviços de hanseníase é essencial para um programa eficiente e é baseada na capacitação adequada dos profissionais em todos os níveis, no acesso do paciente ao diagnóstico oportuno e precoce, no tratamento adequado, nas intervenções relacionadas à prevenção de incapacidades e possíveis reações, nas avaliações frequentes e nos encaminhamentos conforme as necessidades, no controle dos contatos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

Para a OMS, a qualidade dos serviços de saúde que prestam assistência ao portador de hanseníase deve estar baseada no treinamento apropriado do pessoal em todos os níveis de atenção à saúde destes indivíduos, na supervisão técnica regular e no monitoramento dos indicadores-chaves. Os serviços de qualidade em hanseníase são aqueles que respeitam os seguintes atributos: cobertura, acesso, equidade, justiça social e integralidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010; BRANDÃO, 2011).

A percepção da qualidade baseia-se em critérios objetivos e subjetivos e os termos quantidade e qualidade não são dicotômicos, mas complementares, onde essa dimensão objetiva vai corresponder à qualidade formal, ou seja, está relacionada aos instrumentos, técnicas e métodos podendo ser mensurável e generalizável, enquanto que, na dimensão subjetiva relaciona-se à qualidade política condizente com a finalidade, valores e conteúdo e não é mensurável pois expressa os vínculos, as singularidades, emoções e sentimentos (FRIAS et al, 2010).

A definição de qualidade, como vimos, é uma construção social, produzida a partir das referências individuais do coletivo envolvido, de múltiplos olhares. Sendo assim, cada indivíduo atribui à qualidade um significado próprio baseado em suas experiências, expectativas e conhecimento.

Para este estudo, a qualidade da assistência ao portador de hanseníase na atenção primária e na unidade de referência será avaliada a partir dos padrões de qualidade estabelecidos pelas normas técnicas e protocolos que direcionam as ações e as práticas do Programa de Controle da Hanseníase no Brasil. Ou seja, será verificado se as ações realizadas pelo PCH, em São Luiz, estão em conformidade com as normas técnicas do PCNH.

Também será levado em consideração, o grau de organização do cuidado e do envolvimento dos profissionais inseridos e atuantes no programa, respeitando as necessidades percebidas por estes e suas expectativas. Partindo desta definição de qualidade serão considerados como atributos da qualidade para este estudo, os aqui definidos.

**Disponibilidade** - é a magnitude da oferta das ações e serviços, ou seja, à medida que os insumos ou recursos existentes são suficientes para atender as necessidades e a demanda, medindo a proporção da população que se beneficia do programa (FRIAS et al, 2010).

**Qualidade técnico-científica** – é a aplicação das ações conforme o conhecimento e a tecnologia disponível (FRIAS et al, 2010). Para Vuori (1991) é a aplicação do cuidado ao paciente com conhecimento médico e tecnologia disponível.

#### 2.4 A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA À HANSENÍASE

As avaliações dos programas e serviços de saúde é uma importante ferramenta de gestão e tem como propósito apoiar a tomada de decisões, seja simples ou complexas, em busca de melhores alternativas e/ou resultados.

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde prestados à população são temas de interesse há décadas.

Reis et al (1990) cita o estudo realizado pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) acerca de "Evaluación de la Eficacia y la Seguridad de las Tecnologías Médicas", com relatos de que o "uso da estatística e da avaliação científica dos cuidados médicos se desenvolveu lentamente", porque não era considerado importante para a medicina.

Reis et al (1990) cita ainda que os Estados Unidos são pioneiros no assunto, com um dos primeiros documentos sobre o tema: o Relatório Flexner, de 1910, sobre educação médica, que investigou os cursos de medicina e os hospitais de então, propondo drásticas medidas para seu aprimoramento.

Esse relatório avaliou a educação médica e as condições precárias da prática profissional, levando ao fechamento de escolas e na criação de normas mais explícitas para o funcionamento dos hospitais e para qualificação do pessoal que neles trabalhavam. A partir do relatório Flexner, surgem outros trabalhos clássicos sobre avaliação dos serviços de saúde (REIS et al,1990).

Avaliar programas e projetos sociais com métodos e técnicas científicas tornou-se mais frequente, após a Segunda Guerra Mundial, em países centrais do capitalismo, devido ao maciço investimento em políticas públicas de Bem Estar Social. Nas últimas décadas, a avaliação passou a fazer parte de investimentos teóricos e práticos, visando à maior eficiência e efetividade das ações (ASSIS et al, 2007).

Alguns autores comparam avaliação com auditoria ou com diversas variantes do controle de qualidade. O ato de coletar e promover informação para possibilitar tomada de decisão para um funcionamento mais inteligente é outro conceito adotado por alguns teóricos (WORTHEN; SANDERS; FITZPATRICK, 2004).

É crescente no Brasil, a preocupação e a necessidade de avaliar programas e serviços de saúde, tanto no meio acadêmico ou privado, quanto nas instituições públicas de saúde na busca da qualidade do cuidado. O próprio Ministério da Saúde tem recomendado estudos de avaliação em decorrência do crescimento das responsabilidades entre seus técnicos e dirigentes (PAIM, 2005).

Uma dessas necessidades resultou na criação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) em 2004/2005 com o objetivo de avaliar a eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados aos riscos, acesso e satisfação dos usuários nos serviços do SUS, buscando conhecer a realidade dos mesmos quanto à resolubilidade e qualidade das ações e serviços (BRASIL, 2007b; BRANDÃO, 2011).

Em relação às ações do Programa Nacional de Controle da hanseníase, estas possuem indicadores de monitoramento e avaliação da endemia estabelecida pela portaria do GM/MS de nº 3.125/2010 e reforçada pela Portaria do GM/MS de nº 149/2016, relacionados com a força de morbidade, de magnitude da hanseníase e perfil epidemiológico que são os indicadores epidemiológicos e os relacionados com a qualidade das ações e serviços que são os indicadores operacionais (MOREIRA, 2002; BRASIL, 2010a; 2016b; RAPOSO, 2011; ANTUNES, 2012; RIBEIRO et al, 2012).

Observa-se que são comuns as avaliações apenas desses indicadores.

Esses indicadores são uma ferramenta destinada a monitorar e avaliar a qualidade das ações dos serviços de controle da hanseníase do ponto de vista epidemiológico e operacional e importante para acompanhar a carga da doença, mas insignificante para analisar qualidade das atividades desenvolvidas pela rede de saúde dos municípios.

Para elaboração desses indicadores requer clareza dos referenciais, diferentes elementos das estruturas institucionais, dos processos de trabalho e dos resultados da assistência prestada (TOMALERI et al, 2013).

Os dados para a construção dos indicadores epidemiológicos e operacionais são em sua grande maioria provenientes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN (MOREIRA, 2002; ANTUNES, 2012).

Para construção de indicadores da vigilância do PCH são utilizados os dados do SINAN que tem como objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente

pelo sistema de vigilância epidemiológica nas três esferas do governo, para apoiar o processo de investigação e de análise das informações sobre as doenças de notificação compulsória. É concebido como sistema modular e informatizado desde o nível local ao nível nacional (GIRARDI, 2010).

Outro instrumento utilizado para avaliação de ações de controle de hanseníase é o *Leprosy Elimination Monitoring* (LEM), proposto pela Organização Mundial de Saúde e que tem como objetivo a coleta de indicadores que descrevam a execução dos serviços de hanseníase em todos os níveis (MOREIRA, 2002).

O LEM permite ainda avaliar o acesso ao programa e sua cobertura e descrever o desempenho dos serviços com atividades de hanseníase implantadas; identificar potenciais obstáculos à sua implementação e fazer recomendações práticas para a melhoria do programa (MOREIRA, 2002; PATROCLO, et al, 2008; ANTUNES, 2012).

No Brasil, tem-se observado o interesse pelas avaliações de programas, decorrente das preocupações de gestores do setor público, ainda que seus resultados tenham pouca influência nos processos de decisão. Como exemplo, observa-se o trabalho realizado por Hartz et al (1997) que avaliaram o programa materno-infantil no nordeste brasileiro, através da aplicação de um modelo lógico, evidenciando as articulações ocorridas entre os vários subprogramas com os contextos externo e organizacionais que direcionaram a seleção dos indicadores e os níveis de análise..

Para este trabalho será adotado a definição de avaliação segundo Contandriopoulos, et al (2011, p. 44) onde:

avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir um julgamento que se traduza em ações.

Uma intervenção, seja qual for, pode sofrer dois tipos de avaliação: a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997; 2011).

A avaliação normativa consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos implementados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados alcançados, baseado em critérios e normas.

As avaliações normativas se apoiam no postulado de que existe uma relação entre os critérios e às normas escolhidas e os efeitos reais do programa ou da intervenção, tendo como função principal o apoio a gerentes em funções de rotina, como controle, acompanhamento e garantia da qualidade (BROUSSELLE et al, 2011). Refere-se à verificação do êxito técnico de ações em saúde, incluindo os produtos do trabalho na saúde (BOSI; UCHIMURA, 2007).

Brousselle et al (2011), referem que a avaliação normativa pode ser decomposta de acordo com sua dimensão, ou seja, técnica dos serviços, das relações interpessoais e organizacional.

A primeira inclui a adequação dos serviços às necessidades, bem como a qualidade destes serviços em consonância com critérios e normas profissionais estabelecidas. A segunda trata da interação psicológica e social que existe entre os clientes e os produtores de cuidados. Enquanto, a última refere-se à acessibilidade aos serviços, à extensão da cobertura destes, à globalidade e à continuidade dos cuidados e serviços.

A pesquisa avaliativa objetiva analisar a pertinência, através de métodos teóricos válidos e reconhecidos a produtividade, os efeitos e os rendimentos de uma intervenção e as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual se situa. (CONTRANDRIOPOULOS et al., 2011).

A pesquisa avaliativa possui diferentes tipos de análises, onde cada uma delas tem um método de pesquisa diferente (CONTRANDRIOPOULOS et al., 2011).

Um desses tipos, é a análise da implantação ou implementação, foco deste estudo, onde se busca analisar a influência que pode ter a variação no grau de implantação da intervenção nos seus efeitos e, por outro lado, analisa também a influência do contexto no qual a intervenção está implantada (CONTRANDRIOPOULOS et al., 2011).

Para Champagne; Dubois; Bilodeau (2011) a análise de implantação/implementação se apoia nas seguintes tipologias:

a) Análise da transformação da intervenção – explica a maneira como a intervenção se adapta ao contexto.

b) Análise dos determinantes contextuais no grau de implementação das intervenções - busca compreender as variações observadas entre o grau de implementação de uma intervenção ou o nível de integralidade de sua implantação. Explica as diferenças entre a intervenção planejada e a implantada;

c) Análise da influência da variação na implantação sobre os efeitos observados – busca explicar os efeitos observados através do grau de implantação da intervenção;

d) Análise da influência entre o contexto da implantação e a intervenção nos efeitos observados (avaliação de processo) – permite explicar as variações dos efeitos após a introdução de uma intervenção e a influência dos fatores contextuais que podem contribuir para aumentar os efeitos ou diminuí-los.

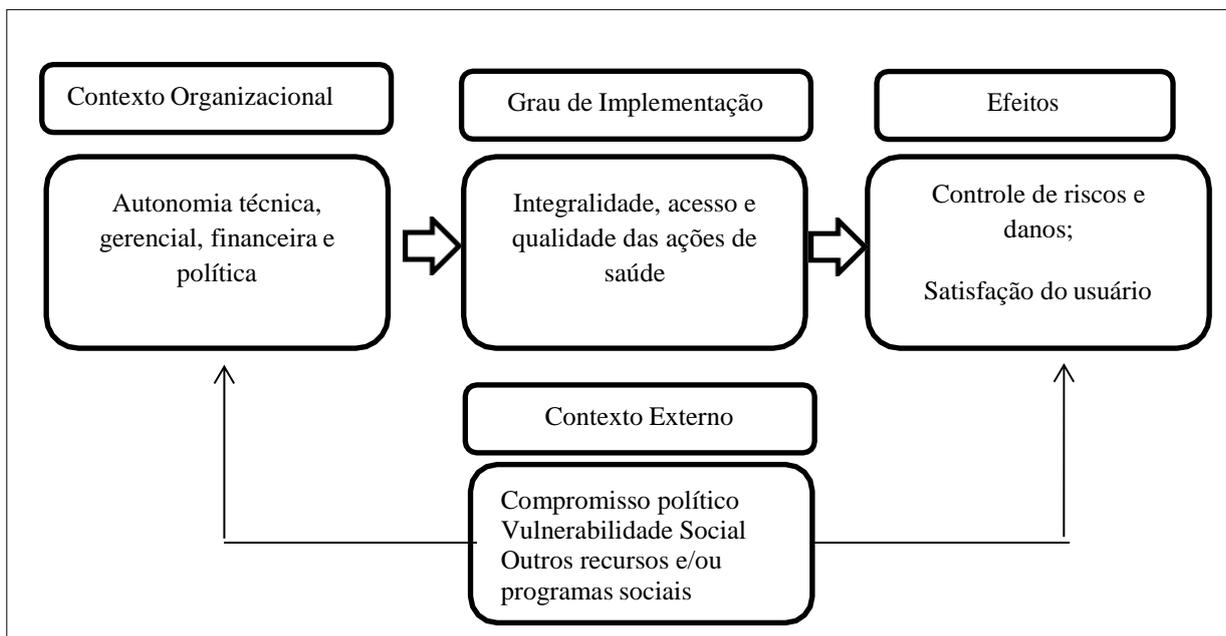
As avaliações voltadas para a melhoria de programas devem considerar as relações entre o nível de implementação, sendo este influenciado por variáveis do contexto institucional e do contexto externo que podem interferir no desempenho do programa.

Os fatores contextuais compreendem aqueles que se encontram no ambiente e que, apesar de não serem normalmente manipulados pelas organizações de saúde, têm um impacto sobre as funções dos serviços de saúde. Estes fatores, em geral, podem estar relacionados às situações políticas e socioeconômicas; à estrutura administrativa do país nos mais variados níveis (GIRARDI, 2010).

Destaca-se aqui, que os dados dos contextos mencionados possibilitam a orientação da construção do desenho da avaliação e da abordagem a ser adotada e também na identificação de fatores que podem produzir efeitos independentes dos programas submetidos à avaliação.

A seguir, a figura (4) mostra o modelo para análise de implementação do PNCH/MS bem como os componentes dos contextos organizacional e externo quem podem influenciar nas ações do programa como potencialidades ou fragilidades.

Figura 4 – Modelo para análise de implementação do Programa de Controle da Hanseníase.



Fonte: BRASIL, 2009 adaptado de HARTZ (1997).

A avaliação relacionada aos serviços em saúde tem como propósito fundamental dar suporte aos processos decisórios dos gestores, principalmente a priorização dos investimentos, subsidiar a identificação de problemas e auxiliar na reorientação das ações e serviços prestados à população com qualidade. Avaliar a incorporação de novas práticas na rotina dos

serviços, assim como o impacto no estado de saúde dos grupos populacionais, também é parte integrante deste processo (GONÇALVES, 2007).

Nesse último século houve uma expansão da avaliação em saúde favorecendo a produção de informação para a melhoria das intervenções em saúde, bem como para a produção de julgamentos no que se refere ao acesso, cobertura, equidade, qualidade, eficiência e efetividade e ainda, a percepção do usuário quanto a esses serviços (HARTZ; SILVA, 2005).

Muitos estudos sobre a qualidade dos serviços de saúde, têm se baseado em uma ou mais categorias do modelo sistêmico de Donabedian que sistematiza a abordagem para avaliação da qualidade através da tríade: Estrutura, Processo e Resultados e ainda. Outras combinações podem ser incorporadas a esses componentes (REIS, et al, 1990).

A estrutura refere-se aos recursos materiais, humanos e organizacionais; o processo diz respeito à relação profissional e usuário e os resultados relacionados com o produto das ações e com a modificação no estado de saúde dos indivíduos (HARTZ; SILVA, 2014).

Na literatura, observam-se críticas ao modelo de estrutura, processo e resultado, apesar de sua ampla utilização para avaliar a qualidade dos programas e serviços de saúde. O próprio criador do modelo o crítica e recomenda a seleção de um conjunto de indicadores representativos da estrutura, do processo e do resultado (FRIAS et al, 2010).

Para Serapioni e Silva (2011), é possível avaliar os programas e serviços de saúde, principalmente, na atenção primária, utilizando as abordagens de qualidade pelo modelo sistêmico de Donabedian baseado na tríade: Estrutura, Processo e Resultados associado à abordagem das três dimensões de qualidade de Øvretveit: qualidade na percepção dos pacientes, qualidade técnica na percepção dos profissionais e qualidade na percepção gerencial (SERAPIONI; SILVA, 2011).

Reforça-se aqui que, para este estudo de avaliação de qualidade, será utilizada a abordagem do modelo sistêmico Donabediano com foco na Estrutura (avaliação das características dos recursos humanos, materiais e organizacionais empregados nas ações de assistência, organização administrativa, características das instalações, disponibilidade da equipe de saúde de acordo com as normas e protocolos e perfil dos profissionais que atuam no PCH) e no Processo (qualidade técnico-científica das ações comparada com as normas).

A avaliação de programas é entendida como o uso de procedimentos para investigar sistematicamente a efetividade de programas de intervenção social. Objetiva buscar a descrição da situação atual de um programa comparando-o com critérios ou padrões, ou seja, se está em conformidade com as normas estabelecidos, a fim de melhorar sua funcionalidade

em todos os seus aspectos (planejamento, implementação, gerenciamento e resultados) (FUZIKAWA, 2007).

Vários aspectos podem ser investigados, tais como: qual o problema que o programa busca resolver, o que é necessário para implementação ou modificação, quais as possíveis intervenções, população alvo, qual a qualidade dos serviços prestados, a efetividade das intervenções e a relação custo-benefício (FUZIKAWA, 2007).

#### **2.4.1 Estudos avaliativos sobre hanseníase**

No que concerne à revisão bibliográfica sobre a avaliação de programas de hanseníase no Brasil, observou-se uma maioria de publicações encontradas que retrata a distribuição espacial da doença, o perfil epidemiológico ou apenas validação do diagnóstico clínico ou análise dos indicadores epidemiológicos e operacionais do programa.

Ainda são poucos os estudos avaliativos sobre o programa e serviços voltados para a avaliação de controle da hanseníase. Entretanto, apesar de escassos, evidenciaram-se alguns estudos que abordaram a avaliação na perspectiva da qualidade das ações dos serviços, qualidade do atendimento dos serviços, avaliação em relação ao diagnóstico precoce, avaliação da qualidade da assistência aos estados reacionais, avaliação prestada pela equipe saúde da família ao doente, qualidade do acesso aos serviços, análise de desempenho, avaliação da descentralização do programa para a atenção primária, avaliação do programa e análise de implantação do programa.

A seguir, mostra-se alguns resumos desses estudos supracitados e que estarão ainda, contemplados no quadro 3.

Observou-se no estudo de Ferreira (2005) sobre Análise de Implantação do Programa de Eliminação da Hanseníase realizado em Manaus, nos anos de 2001 e 2002, que se tratava de uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação, através do estudo de caso. Os resultados mostraram que as ações de eliminação da hanseníase implantadas no município foram insatisfatórias comprometendo o alcance da meta de eliminação da hanseníase em Manaus.

Brandão (2011) fez um estudo sobre a avaliação da qualidade da assistência aos estados reacionais em Hanseníase, na Atenção Primária, no município do Rio de Janeiro e tratou-se de uma pesquisa avaliativa, de caráter normativo e formativo, utilizando métodos qualitativos e quantitativos como um estudo de casos múltiplos, com vários níveis de análise imbricados, onde a autora concluiu que a assistência aos estados reacionais em Hanseníase, na

Atenção Primária, encontrava-se parcialmente implantada, o que requeria medidas de conformidade tanto para a disponibilidade de insumos, quanto para a qualidade técnico-científica das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde. Pelas informações coletadas, fica claro que o que compromete a qualidade das ações de assistência aos estados reacionais é a organização do processo de trabalho referente às atividades propostas e desenvolvidas para cada tipo de serviço de atenção a Hanseníase.

Em estudo de Leal (2011), foi realizada uma avaliação da implantação do programa de controle da hanseníase, no distrito sanitário VI, do município de Recife, onde procedeu uma avaliação normativa, de estrutura e processo de caráter censitário. A pesquisa mostrou que as questões relativas à estrutura, a exceção de medicamentos e insumos, no geral, obtiveram baixo desempenho quando comparadas as ações programáticas, principalmente nas equipes de saúde. Isto a faz concluir que avanços ainda precisam ser realizados no sentido da descentralização das ações de provimento estrutural para o nível local.

Em mais um estudo sobre avaliação da implantação do PCH na rede básica de Aracaju, Sergipe realizado por Raposo (2011) onde usou como estratégia de investigação, o estudo de caso, abordando profissionais de saúde, coordenadores e gestores envolvidos no programa, numa pesquisa avaliativa integrando a análise de dimensões dos efeitos do PCH e características da sua implantação, o mesmo constatou que o programa ainda não alcançou sua proposição de efetividade apesar de anos de descentralização do PCH, permanecendo o desafio de fortalecimento das ações de controle e sua efetiva integração com a atenção básica.

Esses estudos descritos acima e outros são destacados no quadro a seguir (03). São alguns trabalhos com abordagens sobre avaliação do programa de hanseníase, análise de implantação e qualidade das ações e dos serviços em hanseníase.

**Quadro 3 – Estudos sobre a avaliação do PCH, do período de 2003 a 2015.**

<b>Estudo</b>	<b>Autor</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Método</b>	<b>Resultados</b>	<b>Local/ Período</b>	<b>Publicação</b>
Avaliação do programa de controle da hanseníase em um município hiperendêmico do Estado do Maranhão, Brasil, 1991-1995.	AQUINO; SANTOS; COSTA, 2003.	Avaliar a situação do programa no município de Buriticupu, Maranhão.	Estudo descritivo retrospectivo, de análise dos indicadores operacionais que mensuram a qualidade do atendimento dos serviços de saúde	Apesar da hiperendemicidade do município estudado, o programa vem atuando de forma precária, necessitando tanto de um melhor acompanhamento dos casos de hanseníase diagnosticados e registrados, bem como quanto aos exames dos contatos registrados e encaminhamento dos mesmos à vacinação com BCG intradérmico.	Município de Buriticupu/ Maranhão 2001	Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(1):119-125, jan-fev, 2003
Análise de Implantação do Programa de Eliminação da Hanseníase em Manaus	FERREIRA, 2005	Analisar o grau de implantação do Programa de Eliminação da Hanseníase na rede básica de Manaus	O estudo é uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação através do estudo de caso.	O resultado mostrou que as ações de eliminação da hanseníase implantadas no município foram insatisfatórias comprometendo o alcance da meta de eliminação da hanseníase em Manaus.	Manaus, 2001-2002.	Dissertação de mestrado- Amazonas Fiocruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. 2005.
Avaliação da descentralização das ações de controle da hanseníase em Betim: prevenindo incapacidades?	FUZIKAWA, 2007	Avaliar o cuidado à pessoa com hanseníase quanto à prevenção de incapacidades, no sistema de atenção básica do município de Betim/MG em um contexto de descentralização	Trata-se de um estudo retrospectivo, quantitativo, descritivo.	As ACH foram descentralizadas, mas não totalmente integradas à atenção básica. Os indicadores não evidenciaram piora da qualidade da atenção no que diz respeito à PI. Dentro do grupo focal foi evidenciado a importância de fatores como: a existência de um centro de referência, a continuidade da capacitação no processo de descentralização e interferência do estigma e de atitudes dos profissionais no processo.	Município de Betim/MG  Belo Horizonte 2007	Dissertação [mestrado em saúde pública] – Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase.	ARANTES et al, 2010	Avaliar os serviços de saúde em relação à descoberta precoce da doença e às dificuldades enfrentadas pela população para iniciar e ou dar continuidade ao tratamento.	Estudo descritivo transversal de caráter operacional voltada para o acesso aos serviços de saúde.	Os serviços de saúde do município ressaltaram uma política centralizada do programa, voltada ao curativismo e não a promoção e prevenção.	Município de São José do Rio Preto 2007-2008	Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 19(2):155-164, abr-jun 2010.
Avaliação das ações de controle de hanseníase no Município de Governador Valadares, no período de 2001 a 2006	MORAIS, 2010	Avaliar a situação epidemiológica e operacional do controle da hanseníase	Estudo descritivo transversal com análise dos indicadores de monitoramento e avaliação da doença.	O município apresentou algumas melhoras em suas ações de controle, mas precisa intensificar as ações de vigilância e adotar ações mais efetivas de controle da doença.	Município de Governador Valadares 2010	Dissertação (mestrado) -- Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares, MG, 2010.
Avaliação da qualidade da assistência aos estados reacionais em Hanseníase na Atenção Primária: o caso da AP 5.3 no município do Rio de Janeiro.	BRANDÃO, 2011	Avaliar o grau de implementação das ações de assistência aos estados reacionais em Hanseníase em serviços de atenção integral a hanseníase tipo I e II, a partir da qualidade do cuidado.	Pesquisa avaliativa, de caráter normativo e formativo, utilizando métodos qualitativos e quantitativos e configurou-se como um estudo de casos múltiplos com vários níveis de análise imbricados.	Os resultados mostraram que as ações de assistência aos estados reacionais encontram-se parcialmente implantadas nos três casos. O componente estrutural insumos avaliado a partir da sub-dimensão disponibilidade está implantado nos casos e o componente atividades avaliado quanto a qualidade técnico-científica encontra-se parcialmente implantado em todos eles	Município do Rio de Janeiro, 2010.	Dissertação de mestrado - Escola Nacional de Saúde Pública Departamento de Endemias Samuel Pessoa. Rio de Janeiro, 2011
Avaliação da implantação do programa de controle da hanseníase no distrito sanitário VI do município de Recife.	LEAL, 2011	Avaliar o grau de implantação do Programa de Controle da Hanseníase no Distrito Sanitário VI, em Recife no ano de 2011	Avaliação normativa, de estrutura e processo.	O grau de implantação do programa como um todo e nas dimensões de estrutura e processo foram classificados como parcialmente implantados.	Município de Recife, 2011	Dissertação de mestrado Instituto de Medicina Integral Profº Fernando Figueira, 2011

Avaliação da qualidade da assistência prestada pelo PSF aos portadores de hanseníase utilizando geoprocessamento	LIMA, 2011	Desenvolver e testar ferramenta de SIG para que os gestores do SUS possam tratar as informações de vigilância da saúde da hanseníase, na abrangência da saúde da família, a fim de subsidiar a tomada de decisão.	Estudo ecológico descritivo, que utilizou indicadores epidemiológicos e operacionais da hanseníase como base de análise e procedimentos de geoprocessamento para verificar a distribuição espacial destes indicadores em relação às áreas cobertas pelo PSF.	O estudo levou a constatação da ocorrência de subnotificação, mostrando que este é um problema que necessita de uma resolução rápida e eficiente, para que a gestão não seja comprometida em nenhum nível.	Rio de Janeiro, 2010-2011	Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, 2011.
Avaliação da implantação do PCH na rede básica de Aracaju, Sergipe.	RAPOSO, 2011	Avaliar a implantação do PCH na rede básica do município de Aracaju-Sergipe	Pesquisa avaliativa, Análise de programas de saúde, integrando a análise de dimensões dos efeitos do PCH e características da sua implantação.	A municipalização do sistema de saúde e a simultânea implantação da ESF foram determinantes p/ implantação do PCH na rede de serviços da AB.	Município de Aracajú- Sergipe, 1996 a 2007.	[Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2011.
Qualidade dos serviços prestados pelos centros de saúde da família de Sobral – Ceará aos portadores de hanseníase nos anos de 2009 a 2010.	RIBEIRO et al, 2012.	Analisar o registro do grau de incapacidades no momento do diagnóstico e na alta por cura como parâmetro de qualidade dos serviços prestados pelos CSF de Sobral – Ceará, aos portadores de hanseníase diagnosticados nos anos de 2009 e 2010.	Trata-se de um estudo descritivo documental com uma abordagem quantitativa.	Na avaliação do grau de incapacidades no diagnóstico e na alta por cura nos anos de 2009 e 2010, foi observada uma mudança positiva neste indicador, o município antes se encontrava em uma situação precária, agora apresentando uma situação considerada boa e regular. O avanço na qualidade do indicador, embora ainda abaixo do que é preconizado, deve se as oficinas de capacitação dos profissionais das equipes multidisciplinares do Programa Saúde da Família.	Município de Sobral, Ceará, 2011.	Revista Sanare, sobral, v.11, n.2.,p. 44-51, jul./dez. – 2012
Qualidade da atenção as	TOMALERI et	Avaliar a assistência em saúde oferecida aos	Estudo descritivo transversal	Satisfação dos usuários quanto aos exames e testes relacionados à	Município de São José do Rio	Rev. Hansen Int. 2013; 38 (1-2): p.

<p>peças com hanseníase na rede pública de saúde.</p>	<p>al, 2013</p>	<p>pacientes de hanseníase, a partir da percepção dos próprios pacientes.</p>		<p>hanseníase, insatisfação quanto à prática das visitas domiciliares e ao interesse dos profissionais pelas necessidades e pela condição socioeconômica das suas famílias. Há dificuldade de acesso às especialidades médicas, mas os profissionais dos centros de referência encaminham, agendam e orientam os pacientes de maneira eficiente para a consulta a essas especialidades.</p>	<p>Preto/SP. 2008-2009</p>	<p>26-36.</p>
<p>Avaliação da atenção primária no controle da hanseníase: validação de instrumento e análise de desempenho de municípios endêmicos do Estado de Minas Gerais</p>	<p>LANZA, 2014</p>	<p>Avaliar o desempenho de municípios endêmicos do Estado de Minas Gerais na atenção à hanseníase.</p>	<p>Trata-se de uma pesquisa com duas etapas, a primeira um estudo metodológico de elaboração e validação de um instrumento de medida e a segunda etapa uma pesquisa avaliativa, quantitativa para medir a presença e a extensão dos atributos da APS no controle da doença.</p>	<p>No escore geral, 60% dos gestores; 70,4% dos médicos e enfermeiros; 70,3% dos ACS e 42,9% dos usuários avaliaram o serviço como fortemente orientado para a realização das ACH na APS. O escore essencial apresentou média acima de 6,6 e somente os usuários avaliaram negativamente o escore derivado, que qualifica atenção realizada na APS. Os instrumentos desenvolvidos na pesquisa podem ser considerados adequados para avaliar o desempenho da APS no desenvolvimento das ACH.</p>	<p>Municípios de Almenara, Teófilo Otoni e Governador Valadares-Minas Gerais, julho a dezembro de 2012.</p>	<p>Tese (doutorado) Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2014</p>
<p>Instrumento para avaliação das ações de controle da hanseníase na Atenção Primária.</p>	<p>LANZA, 2014</p>	<p>Construir e validar um instrumento de avaliação das ações de controle da hanseníase na atenção primária na perspectiva dos agentes comunitários de saúde (ACS).</p>	<p>Estudo metodológico para validação de instrumentos, fundamentado na Teoria Clássica dos Testes, pautada no referencial dos atributos da APS</p>	<p>O instrumento foi considerado adequado para avaliar o desempenho da APS no desenvolvimento das ACH segundo a experiência dos ACS, pois apresentou conformidade aos parâmetros de validade e precisão de um teste.</p>	<p>Municípios de Almenara, Teófilo Otoni e Governador Valadares-Minas Gerais, julho a dezembro de 2012.</p>	<p>Rev Bras Enferm. 2014 mai-jun; 67(3): 339-46.</p>
<p>Análise da implantação do Programa de Controle da</p>	<p>SOUZA, 2014</p>	<p>Avaliar a implantação do Programa de Controle da Hanseníase (PCH) no município de</p>	<p>Pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação, referente à análise da influência</p>	<p>Baixa resolutividade e incipiência na prestação de serviços e em ações de qualidade.</p>	<p>Município de Recife, 2013.</p>	<p>. Dissertação (mestrado) Instituto de Medicina Integral</p>

Hanseníase em Camaragibe		Camaragibe-PE em 2013	do Grau de Implantação (GI) sobre os efeitos observados, tendo como estratégia de investigação o estudo de caso único.			Profº Fernando Figueira-Recife, 2014
Avaliação da atenção primária à saúde nas ações de controle da hanseníase no município de Betim, Minas Gerais.	VIEIRA, 2015	Analisar o desempenho dos serviços de atenção primária à saúde nas ações de controle da hanseníase e caracterizar o comportamento epidemiológico da doença no município de Betim	Estudo quantitativo que se insere no campo da pesquisa avaliativa com duas etapas: avaliação da orientação dos atributos da APS nas ACH e o comportamento epidemiológico dos indicadores da hanseníase no município de Betim.	O estudo apresentou desempenho médio para as ações de controle da hanseníase na atenção primária, há fragilidades no acesso e na orientação comunitária e profissional, impactando na qualidade da assistência prestada na atenção à hanseníase e os indicadores operacionais que retratam a qualidade da assistência ofertada aos usuários do serviço de hanseníase, obteve-se parâmetros não - lineares ao analisar a série histórica destacando irregularidade na oferta de serviços de boa qualidade.	Município de Betim - Minas Gerais, 2014.	Dissertação (mestrado) Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais Belo Horizonte, 2015.

Fonte: pesquisadora

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o grau de implementação das ações de assistência do PCH, na atenção primária em saúde e referência, no município de São Luís, MA, com foco na qualidade.

#### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar o contexto externo e organizacional relacionados à implementação das ações de assistência, identificando fatores facilitadores e restritivos.
- Verificar se os insumos para realização das ações do PCH estão disponíveis conforme as normas técnicas do PNCH.
- Verificar se as ações assistenciais realizadas estão em conformidade com as normas técnicas do PNCH.
- Estimar o grau de implementação da qualidade da assistência do PCH através de indicadores considerando a estrutura e processo.

## 4 MATERIAIS E MÉTODOS

### 4.1 MODELO TEÓRICO DA AVALIAÇÃO

O desenho do Modelo Teórico da Avaliação (MTA) reflete sobre o papel que a teoria desempenha no processo de avaliação em saúde. Sua construção é uma atividade carregada de valores tanto dos saberes científico quanto dos saberes práticos dos atores envolvidos na avaliação, os *stakeholders* (MEDINA et al., 2005; BRANDÃO, 2011). Segundo Hartz (1997) a teoria de um programa se dividiria em dois momentos, onde o primeiro descreve os aspectos estruturais e operacionais do programa. Enquanto, o segundo detalha os aspectos organizacionais e sócio-políticos, ou seja, o contexto e seus efeitos.

O MTA desta pesquisa envolveu a construção do Modelo Lógico do Programa (MLP), a escolha da abordagem e foco da avaliação, a elaboração de matrizes de informação, a delimitação de critérios ou indicadores e padrões, a escolha do desenho do estudo, os critérios de seleção e exclusão dos casos, bem como, a escolha das técnicas para a coleta de dados propriamente dita e a estratégia de análise do estudo de caso.

### 4.2 MODELO LÓGICO DA INTERVENÇÃO

Por ser a hanseníase um importante problema de saúde pública pelo grande número de pessoas que acomete e pelas incapacidades que produz, requer adoção de medidas que devem ser compartilhadas por todos os profissionais de saúde, em todos os níveis de atenção. A suspeição do caso, o diagnóstico, tratamento e cura são possíveis no âmbito da Atenção Primária de Saúde e demais níveis conforme preconiza o PNCH (BRASIL, 2010b; 2010c; SOBRINHO et al, 2007).

O modelo lógico que é entendido como um esquema visual ou uma representação gráfica da cadeia de eventos entre os insumos necessários, as atividades previstas e os resultados esperados. E ainda, o modelo lógico serve como um organizador para desenhar a avaliação e medidas de desempenhos com foco nos elementos constitutivos do programa e identificando quais questões devem ser colocadas para avaliação e quais medidas de desempenho são relevantes (CASSIOLATO; GUERESI, 2010).

Hartz e Silva (2014) cita que a construção do modelo lógico de um programa significa o primeiro passo no planejamento de uma avaliação, discriminando todas as etapas necessárias para transformar seus objetivos em metas.

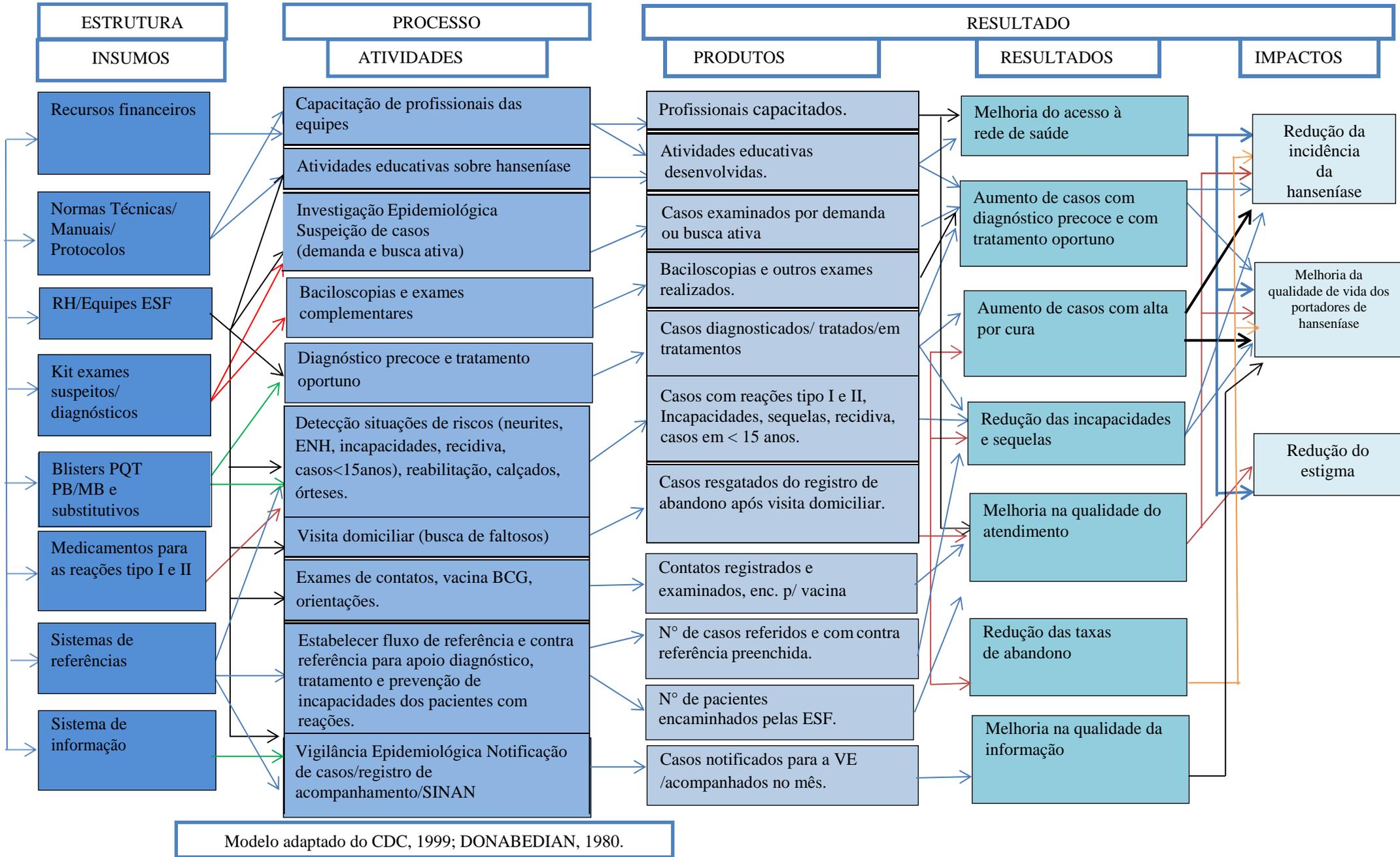
A modelização é uma etapa imprescindível para que sejam feitas as perguntas certas, a fim de que os efeitos sejam atribuídos a situações específicas e, a partir daí, a avaliação possa auxiliar na tomada de decisões (CONTRANDRIOPOULOS ET AL, 2011).

Para a construção do modelo lógico do programa de hanseníase (figura 04), usou-se o modelo lógico de programas proposto pelo Center for Disease Control and Prevention que descreve a intervenção por meio dos componentes insumos, atividades, produtos, resultados e impactos.

Cabe destacar, que o modelo proposto pelo Center for Disease Control and Prevention é um desdobramento do modelo sistêmico de Donabedian (1980) baseado na tríade, estrutura, processo e resultados. Para elaboração do modelo lógico do PCH levou-se em considerações, as informações obtidas em documentos, portarias e manuais do PNCH acerca dos componentes técnicos, estratégicos e metas do programa.

Para fins deste estudo, reforça-se aqui, que os termos estrutura e processo, discutidos no modelo Donabediano, foram equivalentes a insumos e atividades, descritos no MLP.

Figura 5 - Modelo lógico das ações de assistência aos portadores de hanseníase.



### 4.3 ABORDAGEM E FOCO

Para avaliar programas e serviços de saúde, principalmente, na atenção primária, utilizam-se muito as abordagens de qualidade pelo modelo sistêmico de Donabedian baseado na tríade Estrutura, Processo e Resultados. Para avaliar a implementação das ações de assistência ao portador de hanseníase na atenção primária foi utilizado neste estudo, a “Qualidade” com foco na Estrutura e Processo. Foi realizada uma avaliação normativa e formativa considerando seu uso para melhoria do programa.

Teve caráter normativo, pois, se buscou avaliar a qualidade considerando a conformidade da mesma com as normas e protocolos.

Este estudo teve caráter formativo, à medida que “forneceu informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer”, ou de aprimoramento, enfatizando o aprendizado, a melhoria do programa e identificando fatores facilitadores e fragilidades, especialmente a partir da perspectiva daqueles que foram beneficiados pela intervenção.

No quadro a seguir (4) descreve-se o foco desta avaliação de implementação.

**Quadro 4 - Dimensões e subdimensiones para construção do MLA**

Análise de Implementação		Dimensões	Subdimensões
Contextos	Contexto Externo	Determinantes Sociais	Condições socioeconômicas
	Contexto Organizacional	Capacidade de gestão	Organização do PCH
			Coordenação do PCH
Recrutamento e qualificação de recursos humanos			
Intervenção	Grau de Implementação	Qualidade	Disponibilidade
			Qualidade técnica - científica

Fonte: Adaptado de GIRARDI, 2010; BRANDÃO, 2011.

#### 4.3.1 Dimensão da avaliação das ações do programa de controle da hanseníase

No contexto externo usou-se a dimensão “Determinantes sociais” e como subdimensão usou-se “Condições socioeconômicas” conforme detalhamento no quadro 04. O contexto externo diz respeito aos fatores determinantes relacionados às vulnerabilidades socioculturais, sobre os quais os gestores ou instâncias da saúde têm pouca ou nenhuma governabilidade (PORTO; OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

Vulnerabilidades segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) diz respeito, precisamente, ao acesso, à ausência ou à insuficiência de tais ativos, constituindo-se, assim, num instrumento de identificação das falhas de oferta de bens e serviços públicos no território nacional (COSTA; MARGUTI, 2015). Indicam que o padrão de vida das famílias encontra-se baixo. Determinantes sociais são os fatores que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

O contexto externo ou socioeconômico corresponde aos determinantes sociais onde se evidenciam as condições de desenvolvimento humano relacionados a infraestrutura domiciliar/ condições de moradia como acesso ao saneamento básico, água tratada, rede de esgoto, coleta e destino do lixo).

No contexto interno ou político-organizacional, usou-se como dimensão a “Capacidade de gestão” e como subdimensões a “Organização do PCH”; “Coordenação do PCH” e “Recrutamento de Recursos Humanos”. Contexto Organizacional diz respeito aos fatores sobre os quais os gestores ou instâncias de saúde têm o poder ou a governabilidade de muda-los (PORTO; OLIVEIRA; CRUZ, 2015). Capacidade de governo diz respeito aos recursos relacionados com a condução e gerenciamento adequado das ações (HARTZ; SILVA, 2011).

Refere-se aqui ao contexto político-organizacional a capacidade de gestão para identificar estrutura, organização e coordenação dos serviços do PCH; o recrutamento dos recursos humanos e a qualificação da equipe; autonomia do gestor da AB; articulação da gestão; o planejamento de trabalho e os instrumentos de monitoramento.

Para avaliar o grau de implementação considerando a qualidade da assistência ao portador de hanseníase na atenção primária a saúde trabalhou - se com as subdimensões disponibilidade e qualidade técnica-científica. Estas subdimensões buscaram responder aos

questionamentos sobre a conformidade das ações com as normas e o grau de implantação da intervenção.

Nessa pesquisa, a qualidade foi escolhida como a principal dimensão estratégica da avaliação da implementação das ações de assistência no Programa de Controle da Hanseníase levando em consideração a recorrente justificativa por parte dos coordenadores, sobre a falta de qualidade técnica na assistência e insuficiência de recursos, principalmente humanos (disponibilidade).

A disponibilidade corresponde à magnitude e o tipo de recursos oferecidos em relação às necessidades à implantação das ações considerando saber se são suficientes para atender as necessidades que o programa exige. No que diz respeito à existência dos recursos ou insumos serão relacionados: a quantidade de recursos humanos, comunicação, materiais de consumo, estrutura física com mobiliário e laboratório para pesquisa de BAAR e biópsia equipado, capacitação profissional, normas e protocolos.

A qualidade técnica científica diz respeito às ações de assistência atrelada ao conhecimento técnico e científico e aplicadas em tempo oportuno e serão relacionados: formação, capacitações, periodicidade dos treinamentos, usos das normas e protocolos, organização do fluxo de atendimento, atividades de educação em saúde, assistência continuada ao portador (suspeição, busca de casos, diagnóstico precoce e tratamento oportuno), vigilância dos casos, visitas domiciliares, encaminhamentos, registros de informações.

#### 4.4 DESENHO DO ESTUDO

A estratégia metodológica escolhida foi o estudo de caso único com dois níveis de análises, tendo como foco de intervenção a qualidade da assistência do PCH na atenção primária e referência municipal no Município de São Luís - MA.

Este tipo de estudo apoia-se em vários níveis de análise para diferentes níveis de explicação de um fenômeno. Permite desenvolver um ou vários casos que melhor responder à pergunta da pesquisa, favorecendo a robustez do estudo (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

Um estudo de caso é uma história de um fenômeno passado ou atual, elaborada a partir de múltiplas fontes de provas, que pode incluir dados da observação direta e entrevistas sistemáticas. É sustentado por um referencial teórico e reúne uma gama de informações obtidas por meio de diversas técnicas de levantamento de dados e evidências (FREITAS; JABBOUR, 2011).

“O estudo de caso é uma estratégia na qual o pesquisador decide trabalhar sobre uma quantidade muito pequena de unidades de análise. A observação é feita no interior de cada caso. A potência explicativa desta estratégia se apóia na coerência da estrutura das relações entre os componentes do caso, assim como na coerência das variações destas relações no tempo. O estudo de caso visa particularmente a uma generalização analítica. Esta forma de generalização se fundamenta no confronto da configuração empírica de vários casos similares a um quadro teórico particular, para verificar se há réplica dos resultados de um caso para o outro” (DENIS; CHAMPAGNE, 1997, p. 71, 74).

Por se tratar de um estudo de caso, de análise imbricada, terão dois níveis de análises: o primeiro nível, a atenção primária; o segundo nível, a referência municipal com várias fontes de informações.

#### **4.4.1 Local do estudo**

O estudo foi realizado no município de São Luís, MA.

A ilha de São Luís, capital do Maranhão, se formou na península que avança sobre o estuário dos Rios, Anil e Bacanga e se destaca como o maior dos municípios que compreendem a região metropolitana (São Luís, São José de Ribamar, Paço do Lumiar, Raposa).

Com uma área territorial de 834.785 km<sup>2</sup> e população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016) em 1.073.893hab., divide-se em 07 distritos sanitários a compreender: Distrito 01 – Centro; Distrito 02 – Itaquí Bacanga; Distrito 03 – Coroadinho; Distrito 04 – COHAB; Distrito 05 – Bequimão; Distrito 06 - Tirirical e Distrito 07 - Vila Esperança totalizando, atualmente, 378 bairros, distribuídos em 27 áreas de zona urbana e 02 áreas de zona rural, dentro desses distritos.

Dentro da Ilha, cada distrito possui áreas geográficas e características diferenciadas, no que diz respeito à oferta de serviços, à estrutura de suas populações e aos indicadores socioeconômicos, tornando-se necessário, no município de São Luís, a escolha de uma unidade de análise menor, como caso de estudo.

Desse modo, para contemplar a operacionalização da pesquisa foi escolhida um Distrito Sanitário, entre os 07 (sete) existentes no município, e neste, um bairro com 02 UBS que agregasse equipes de Saúde da Família e que tivesse o PCH implantado. Tal escolha recaiu ao Distrito do Tirirical e, no distrito, ao bairro Cidade Olímpica, considerado a área 07 no município, onde se pesquisou 02 UBS's que albergava mais números de casos de hanseníase nos últimos 05 anos (figura 6).

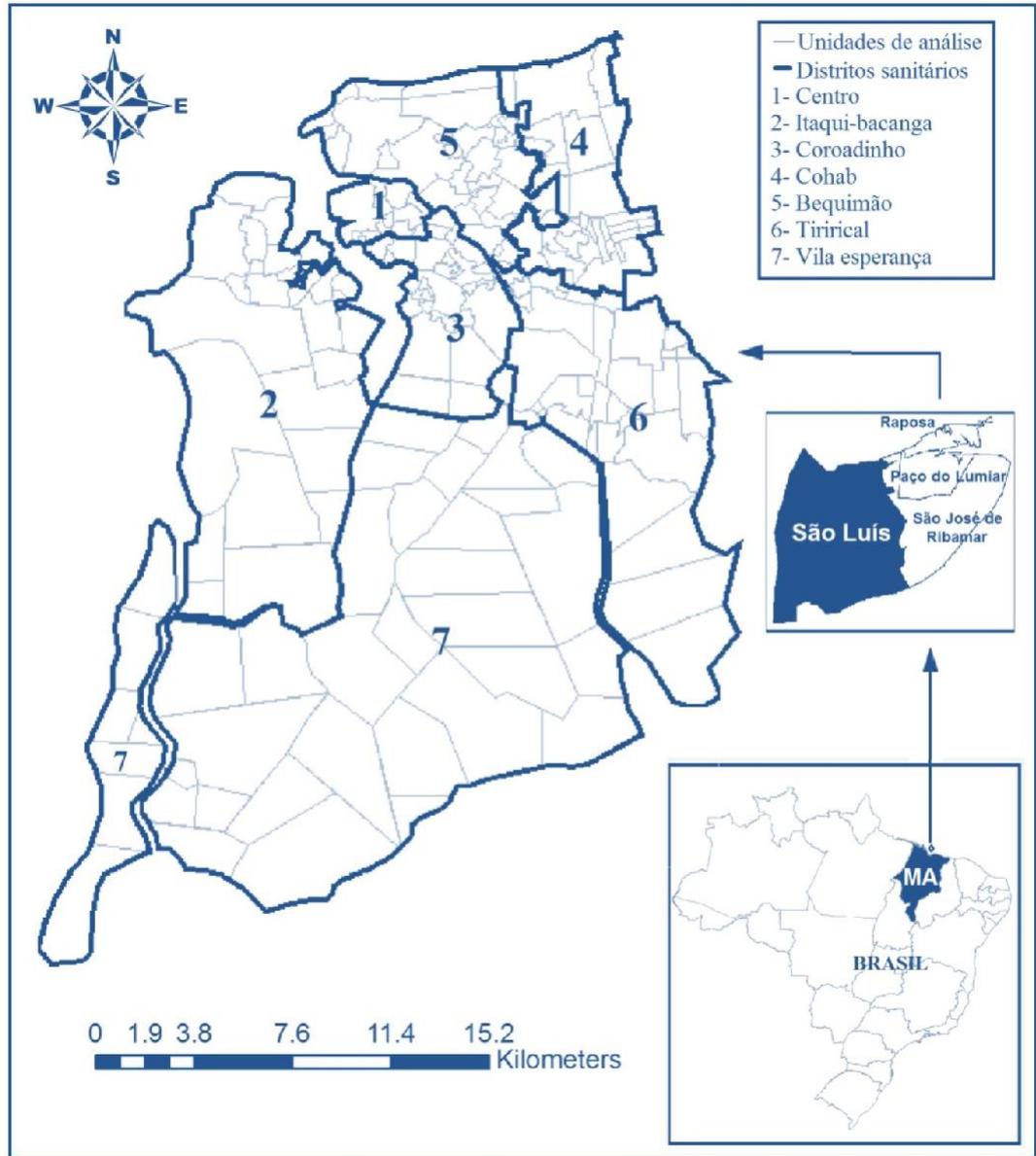


Figura 6 – Mapa dos Distritos Sanitários de São Luís

Fonte: Adaptado de bases geográficas obtidas no IBGE, SEMUS/São Luís. (SÃO LUIS, 2016b)

Para complemento de estudo, optou-se também, em pesquisar a Unidade de Referência Municipal (URM) que está inserida no Centro de Saúde de Fátima que tem como atividade do PCH, atendimentos do nível Tipo I e II, localizada no Distrito do Coroadinho, por servir de suporte e apoio para a atenção primária (Figura 7).



Figura 7 – Mapa de São Luís/Bairro Cidade Olímpica/Bairro de Fátima  
 Fonte: <https://www.google.com/maps>

Como contexto organizacional de saúde, a Secretaria Municipal de Saúde - SEMUS foi criada pela Lei nº 1.648, em 10 de janeiro de 1966. É um órgão diretamente subordinado a Prefeitura de São Luís e tem como objetivo promover assistência médico-hospitalar, odontológica, de profilaxias, campanhas sanitárias e epidemiológicas de prevenção, bem como instituir o atendimento e acolhimento humanizado ao usuário da rede municipal de saúde. A área de atuação da Saúde divide-se em:

1 - Assistência, que compreende:

- a) Atenção Básica
- b) Média Complexidade
- c) Alta Complexidade

2 - Vigilância em Saúde, que aborda:

- a) Vigilância Sanitária
- b) Vigilância Epidemiológica
- c) Vigilância Ambiental

O sistema de saúde da cidade de São Luís, onde está inserido o Programa de Controle da Hanseníase, está organizado administrativamente em 07 distritos sanitários com coordenações de áreas distritais.

Na atenção primária (com uma coordenação geral) conta com 48 unidades básicas de saúde (110 equipes de saúde) com o PCH implantado. Existem ainda, 04 unidades mistas, 02 Centro de Saúde de referência nível II, um (01) municipal, inserido no Distrito do Coroadinho, que atende a demanda do PCH do bairro e entornos e serve de apoio diagnóstico e intervenções às unidades da capital e um (01) estadual inserido no Distrito do Bequimão, que atende também, a demanda do PCH do bairro e entornos e serve de apoio diagnóstico e intervenções aos demais municípios maranhenses e 02 Hospitais (nível III) que trabalham com o PCH implantado.

No bairro Cidade Olímpica há 03 Unidades Básicas de Saúde. Cada UBS agrega 03 equipes de saúde da família que trabalham com o atendimento Tipo I do PCH, totalizando 09 ESF que atendem a demanda do bairro. Por este se tratar de um estudo de caso, selecionou-se no bairro, 02 unidades básicas de saúde com maior número de casos registrados no SINAN nos últimos 05 anos, após consenso com as coordenações do PCH.

As unidades pesquisadas são a UBS Antônio Carlos Sousa dos Reis (também chamada de UBS Olímpica I) e a UBS Jailson Alves Viana (também chamada de UBS Olímpica III).

A UBS Olímpica I se localiza na Rua 02, S/N e a UBS Olímpica III situada na Avenida 04, S/N.



Figura 8 - UBS Antônio Carlos Sousa dos Reis (UBS Olímpica I)

Fonte: <https://www.google.com/maps>



Figura 9 - UBS Jailson Alves Viana (UBS Olímpica III)  
 Fonte: <https://www.google.com/maps>

As UBS pesquisadas através das ESF atendem 5.529 famílias que totalizam 17.664 pessoas atendidas (SEMUS/APS, 2016). Segundo informações do profissional enfermeiro e de ACS nas duas UBS, 02 microáreas estão descobertas há mais ou menos um ano (01 ACS foi a óbito e um outro estava afastada). Por não fazer parte da pesquisa, não se buscou informações do quantitativo de pessoas atendidas pelas ESF da UBS Olímpica II.

Com relação à arquitetura das unidades, as UBS possuem estruturas padronizadas pelo MS, com uma área administrativa, onde fica a diretoria geral, diretoria administrativa, uma sala de almoxarifado, sala de expurgo, banheiro masculino e feminino para funcionários, uma cozinha.

Em outro pavilhão, estão: sala de espera, 02 banheiros para uso da população (masculino e feminino), auditório, sala de Serviço Social, SAME, Farmácia, 01 consultório de odontologia, sala de triagem onde é feito a pesagem e mensuração de pacientes, 01 sala de nebulização, sala de curativo, sala de imunização, 07 consultórios assim distribuídos: 03 consultórios para atendimentos de enfermagem, 03 consultórios para atendimentos médicos, 01 consultório utilizado para a realização de testagem rápida.

Todos os consultórios são climatizados e com iluminação artificial. Para o atendimento do PCH, o adequado e o ideal é que as salas de atendimento tenham ventilação e iluminação natural, o que favorece a inativação do bacilo.

Os profissionais que atuam na ESF dão ainda, apoio nas ações inovadoras (ações em parcerias com a VE e SEMUS) para suspeição de casos de hanseníase em escolares e controle das geo-helminthoses. Essas ações acontecem anualmente, conforme cronograma do PCH municipal.

Foi estudada ainda, a unidade de referência municipal (Centro de Saúde de Fátima), que atende a demanda de referência da capital, com atividades tipo I e II, isto é, servindo de apoio diagnóstico e atendimento das complicações e reações, favorecendo uma relação de apoio e parceria com a atenção primária.

O Centro de Saúde do Bairro de Fátima funciona como uma de referência municipal para os programas de HIV/AIDS para adolescentes e adultos e para o programa de Hanseníase, além de atender a demanda dos programas básicos para a população do bairro e entornos, através do programa de Agentes Comunitários de Saúde (EACS).

Também com atendimentos básicos tradicionais que consistem em consultas de enfermagem para a saúde da mulher (obstetrícia e ginecologia), saúde da criança e saúde do idoso (programa de hipertensão e diabetes); serviços de imunização de rotinas para crianças, gestantes, adolescentes, idosos, trabalhadores; consultas médicas nas especialidades de clínica médica, pediatria, ginecologia, urologia, infectologia e cardiologia; atendimento de psicologia aos pacientes do Serviço de Atenção Especializada (SAE); atendimento de Terapia Ocupacional e Fisioterapia aos pacientes do programa de Hanseníase; nutrição; atendimentos de nível médio; atendimento laboratorial para exames básicos de rotina, testagem rápida anti-HIV, Sífilis, Hepatite B e C; testagem rápida molecular para Tuberculose (Tb) bem como pesquisa de BAAR para Tb e de linfa com raspado intradérmico para hanseníase.

O C.S. Bairro de Fátima tem como estrutura um prédio de dois pavimentos, inferior e superior.

No pavimento inferior constam: recepção para marcação de consultas dos programas gerais (saúde da criança, saúde da mulher, urologia, cardiologia, clínica médica, nutrição, saúde do idoso); farmácia básica, sala de triagem onde é feito a pesagem, aferição de pressão arterial e glicemia capilar dos pacientes que vão para as consultas médicas e de enfermagem; sala de triagem para exames de rotina; sala de coleta de sangue para exames de rotina; sala de imunização; sala de curativo simples; espaço com bancada para realizar nebulização.

Possui três blocos de consultórios: na entrada, onde constam com 03 consultórios para consultas pediátricas, clínica médica, cardiologia, enfermagem obstétrica, enfermagem ao

idoso, dermatologia (hanseníase). Em outro bloco, constam 05 consultórios (01 para consulta com a ginecologia, urologia e coleta de PPCU), 01 para consulta de enfermagem para os pacientes do SAE e 01 para consulta do SAE com infectologistas, 01 para consulta de enfermagem e pneumologia do programa de TB (e arquivo de prontuários do programa de Tb), 01 para atendimento do Serviço Social e uma sala que funciona como farmácia específica para os pacientes do SAE, 02 banheiros públicos, masculino e feminino, uma sala de arquivo com os prontuários do SAE.

E, com acesso por rampa, 03 consultórios onde funcionam os atendimentos para o programa de hanseníase, como referência municipal. Há 02 consultórios para o atendimento de enfermagem (nível médio e da enfermeira) e 01 para o atendimento da fisioterapia e Terapia Ocupacional (TO). As salas usadas par os atendimentos de enfermagem e avaliação neurológicas, feita pela TO e fisioterapeuta, não possuem luz e nem ventilação natural, o que seria mais adequado para o atendimento ao portador do PCH.

No pavimento superior estão a sala da diretoria geral, sala de diretoria administrativa, 02 banheiros para usos de funcionários masculino e feminino, um mini auditório, laboratório com 04 salas, 01 sala para realização de testes rápidos para anti HIV, Hepatite B e C, Sífilis, 02 consultórios (01 para atendimento de consultas em geral e para a infectologista de adolescentes do SAE e 01 consultório de psicologia exclusivo do SAE) e uma copa.

#### **4.4.2 Informantes chaves**

Foram selecionadas duas UBS que tinham em sua estrutura, equipes de ESF completas há 06 meses (médico, enfermeira, Agentes Comunitários de Saúde) e com maior número de casos no Distrito Sanitário do Tirirical.

Os informantes chaves foram constituídos pelos profissionais das UBS selecionadas inseridos na ESF (médicos, enfermeiros, e ACS), profissionais da referência, gestores das UBS selecionadas; coordenador de área do distrito , coordenador do PCH na VE municipal ; gestor do PCH na unidade de referência municipal.

Totalizaram-se como informantes chaves, na atenção básica, 04 médicos, 04 enfermeiros, 12 ACS, 02 gestores de UBS e um coordenador de área.

Na unidade de referência municipal, foram entrevistados os profissionais da equipe multidisciplinar de nível superior que trabalham com o PCH e o gestor da URM (Centro de Saúde de Fátima).

Totalizaram-se como informantes chaves na unidade de referência municipal, 02 enfermeiros, 02 terapeutas ocupacionais, 02 fisioterapeutas, 02 médicos dermatologistas e o gestor da unidade e a coordenação do PCH na vigilância epidemiológica do Município.

Para as entrevistas da pesquisa, os informantes chaves foram categorizados por siglas e números, no sentido de proteger sua identidade, respeitando a Resolução do CNS 466/12 como se segue: Agentes Comunitários de Saúde ficando ACS1; ACS2;...ACS12; Profissionais da Estratégia Saúde da Família ficando PROF ESF1; PROF ESF2;...PRO ESF8; Profissionais da Referência Municipal ficando PR1; PR2; ...PR8; Gestores como G1; G2; G3 e Coordenadores como C1; C2.

#### **4.4.3 Instrumentos de coleta de dados**

Para analisar a implementação das ações de assistência do Programa de Controle da Hanseníase considerando a influência do contexto externo e organizacional, essa pesquisa incluiu dados qualitativos (dados primários) e quantitativos (dados secundários).

Para verificar a disponibilidade dos insumos do programa foi aplicado o roteiro de observação direta não participante.

Para verificar se as ações assistenciais realizadas estão em conformidade com o PNCH e levantamentos de dados do contexto organizacional foram realizadas as entrevistas através de roteiros semiestruturados com gestores, profissionais de saúde e coordenadores do PCH (apêndices).

As entrevistas foram realizadas individualmente, pela própria pesquisadora, nos locais de trabalho dos informantes-chaves após contato prévio, consentida mediante TCLE e de acordo com a disponibilidade de horário do profissional.

Para fazer o levantamento dos fatores de contexto externo foi realizada análise de dados dos determinantes sociais no site oficial do IBGE, IPEA, DATASUS, SEPLAN (Secretaria de Planejamento).

Para fazer o levantamento de indicadores epidemiológicos e operacionais do PCH foi feito consulta em prontuários, livros de registros e no SINAN da Vigilância Epidemiológica Municipal.

Para a coleta dos dados foi utilizado um roteiro de observação direta não participante e entrevistas com roteiros semiestruturados e o diário de campo. A construção dos instrumentos de coletas utilizados neste trabalho foi adaptada do estudo: “Avaliação da qualidade da assistência aos estados reacionais em Hanseníase na Atenção Primária: o caso da AP 5.3 no município do Rio de Janeiro”, dissertação de mestrado defendida por Paula Soares Brandão, na Escola Nacional de Saúde Pública em 2011 e do estudo: “Análise da implantação do programa de controle da Hanseníase em Camaragibe, Recife”, dissertação de mestrado defendida por Monique Feitosa de Souza no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira em 2014.

A coleta de dados da pesquisa se deu entre os dias 26/07 a 30/11/2016 em dias e turnos intercalados entre manhã e tarde (terça, quarta, e sexta pela manhã e segunda e quarta à tarde) de acordo com as disponibilidades de tempo dos informantes chaves.

A pesquisadora aproveitou esses turnos para, além das entrevistas com os informantes chaves, também fazer a observação direta com registro no roteiro de observação das unidades básicas e de referência municipal (APÊNDICE B) e registro em diário de campo bem como levantar os dados em prontuários, boletins de acompanhamento, livro de registro e levantamento de dados do SINAN (APÊNDICE I).

#### **4.4.4 Seleção das unidades de estudos e critérios de inclusão e exclusão**

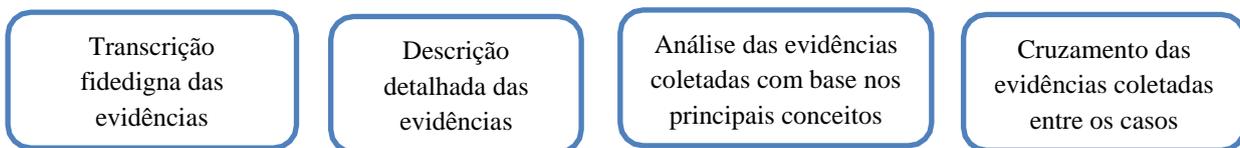
Dentro do Município de São Luís, para a coleta de dados primários, incluíram-se duas UBS do Distrito do Tirirical, no bairro Cidade Olímpica com o PCH implantado e com maior número de casos de hanseníase e a Unidade de Referência Municipal e todos os atores (informantes chaves) de nível superior, inseridos nas ESF que estavam completas há mais de 06 meses, bem como 03 ACS de cada ESF dessas unidades básicas selecionadas, os gestores das UBS selecionadas, coordenador de área, profissionais do nível superior da Unidade de Referência Municipal e a coordenação do PCH que se dispuseram em participar da pesquisa.

Excluiu-se da pesquisa, as equipes das UBS com período de implantação inferior a seis meses e incompletas, bem como equipes que não registraram casos de hanseníase e informantes que não se dispuseram em participar desta.

#### 4.4.5 Estratégias de análises dos dados nos estudos de casos

Os dados secundários coletados foram sistematizados e analisados utilizando o aplicativo do Office Microsoft Excel 2010. Os resultados estão apresentados em forma de tabela/quadros com suas respectivas frequências absoluta e relativa.

A Análise de Conteúdo é composta por procedimentos sistemáticos que proporcionam o levantamento de indicadores (quantitativos ou não) permitindo a realização de inferência de conhecimentos (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014).



Fonte: FREITAS; JABBOUR, 2011.

#### 4.5 INTERESSADOS NA AVALIAÇÃO

Contandriopoulos et al. (2011) citam que não se pode falar de uma intervenção e realizar uma avaliação sem levar em consideração os diferentes atores que a envolvem, visto que, a intervenção assume características diferentes de acordo com estes atores e o contexto em que estão inseridos ou envolvidos.

Atores de interesse ou usuários potenciais da avaliação (*stakeholders*) devem ser efetivamente, envolvidos no processo avaliador a fim de minimizar as possibilidades de resistências, de desvios de interesse à avaliação. E o efetivo envolvimento dos *stakeholders* oportuniza o melhor atendimento de suas necessidades de informação e, conseqüentemente, resultados úteis para a tomada de decisões, bem como assegura a estabilidade e continuidade do processo avaliador (DAVOK, 2006).

Sabe-se que, os usuários dos serviços, representantes da população, profissionais e gestores de saúde tem objetivos e percepções diferentes em relação aos serviços e ao cuidado prestado, priorizando aspectos diferentes quando avaliam a qualidade das ações de saúde. Envolver diferentes atores amplia o poder da avaliação e possibilita desvendar aspectos diversos da intervenção e de seus efeitos, além de facilitar a incorporação dos resultados nas decisões a serem adotadas (SERAPIONI, 2009).

Os interessados para esta avaliação foram a Coordenação do PCH na VE/SEMUS, Gestor do Centro de Referência Municipal em Hanseníase nível II (C.S de Fátima), Coordenação de área da UBS, Gerentes das UBS da Olímpica I (USF Antônio Carlos Reis) e Olímpica III (USF Jailson Alves Viana) do DS 06, os técnicos do PCH da ESF da Olímpica I (USF Antônio Carlos Reis) e III (USF Jailson Alves Viana), do DS 06 e da referência municipal.

**Quadro 5 - Atores interessados na avaliação**

Atores	Papel que o ator desempenha na intervenção	Uso dos Achados
Coordenador de área	Coordena a área de inserção das UBS do estudo	Ajustes do programa a nível local. Melhoria dos processos de gestão. Mobilização para a mudança.
Coordenador do PCH na VE SEMUS	Coordena os serviços de vigilância do PCH no município	Ajustes do programa a nível local. Melhoria dos processos de gestão. Mobilização para a mudança.
Coordenador da RM/RE (Nível II)	Coordena os serviços do PCH nas referências municipal e estadual	Ajustes do programa. Melhoria da coordenação do cuidado, sistemas de referenciamento, comunicação entre serviços e da gestão. Mobilização para a mudança.
Gestor da UBS	Gerencia as unidades de atenção básicas onde estão inseridos a ESF	Ajustes do programa a nível local. Melhoria dos processos de gestão. Mobilização para a mudança.
Profissionais de Saúde	Atuam nas ESF e referências	Melhorias na prestação do cuidado.
ACS	Atuam nas ESF	Melhorias na prestação do cuidado.

Adaptado de BRANDÃO, 2011.

#### 4.6 MATRIZ DE CONTEXTOS, DE RELEVÂNCIA, DE ANÁLISE E DE JULGAMENTO

Para operacionalização da pesquisa foram utilizados como base os critérios/indicadores, previstos nas diretrizes do PNCH e no MLA. Para possibilitar o julgamento da intervenção, foram definidos na matriz de informação (quadros 7 e 8), de relevância (quadros 9 e 10), de análise e de julgamento (quadros 11 e 12), os indicadores/critérios para cada dimensão e subdimensão. O modelo lógico elaborado, bem como as matrizes, foram submetidos ao

parecer de especialistas e atores envolvidos com o PCH, para fins de serem complementadas as informações e para verificação da sua coerência interna.

O critério utilizado para determinar o padrão de qualidade da intervenção, foi observar o cumprimento de todas as determinações propostas pelo PNCH/MS através das normas, portarias, manuais e protocolos nos locais da pesquisa.

Para consensuar e/ou negociar o Modelo Lógico e as matrizes foram convidados 07 especialistas. Foram enviados 07 convites aos especialistas, via e-mail e, após respostas imediatas de 04 especialistas, foi enviado aos mesmos, o modelo lógico do PCH, o quadro de dimensões e as matrizes a serem trabalhadas constando as informações de relevância e pontos de cortes de cada indicador, para ser apreciado pelos mesmos. Foi proposto a realização de uma oficina para negociação e consenso dos indicadores, entretanto, devido a incompatibilidade de horários dos especialistas, a pesquisadora se reuniu, posteriormente, com cada especialista avaliador, onde os indicadores foram negociados e/ou consensuados por estes.

Ressalta-se aqui, que as matrizes propostas e construídas foram negociadas e/ou consensuadas entre 04 especialistas: Superintendente da VE e coordenadora do PCH estadual (01), Técnico do PCH da Referência Estadual (01), Consultora da ONG DAHW (Associação alemã de assistência aos hansenianos e tuberculosos) e técnica do PCH na VE do Estado (01), Coordenadora do PCH na VE municipal (01) e a pesquisadora, pois, como ressalta Cruz (2010), é prudente a definição de critérios e padrões de julgamento mediante uma negociação entre os principais interessados na intervenção e na avaliação, de modo que os resultados da mesma possam servir de orientação aos usuários, profissionais, os gestores e outros interessados.

Para levantar as características dos contextos externo e organizacional foram utilizados critérios/ indicadores e fontes estabelecidos na matriz de informação, conforme quadro (6).

Quadro 6 - Matriz de Informação dos Contextos Externo e Organizacional

Contextos	Dimensão	Subdimensão	Indicadores ou Critérios	Fonte		
				E	O D	A D
Externo			Percentual de domicílios ligados à rede geral de abastecimento de água.			x
			Percentual de domicílios ligados à rede geral de esgotamento sanitário			x
			Percentual da população que vive em domicílios urbanos com serviço de coleta de lixo			x
			Taxa de analfabetismo em maiores de 15 anos			x
			Renda (renda média mensal dos chefes dos domicílios permanentes particulares)			x
			Proporção de pobres			x
			Densidade Domiciliar (% de habitantes por dormitório)			x
Organizacional	Capacidade de gestão	Organização do PCH	Acesso aos serviços de saúde (distribuição espacial dos serviços de saúde )			x
			Tipos de serviços de Atenção Integral a Hanseníase oferecidos.	x		x
			Existência de Fluxos para integração do programa.	x		x
			Planejamento das ações de assistência aos portadores de hanseníase	x		
			Capacitação para os profissionais da rede	x		
			Acompanhamento do processo de trabalho das equipes do PCH.	x		
			Acompanhamento dos indicadores epidemiológicos	x		
			Acompanhamento dos indicadores operacionais	x		
			Realização de Atividades de Educação Continuada da vigilância integrada com as unidades de saúde.	x		
		Coordenação do PCH	Existência de um coordenador municipal do programa.	x		x
		Recrutamento de recursos humanos	Gestor com autonomia para contratação de recursos humanos;	x		
			Servidor concursado ou contratado na equipe que atua no PCH.	x		
			Qualificação técnica	x		

Fonte: adaptado de GIRARDI, 2010; BRANDÃO, 2011; COSTA; MARGUTI, 2015.

Legenda: E – entrevista OD – observação direta AD – análise documental

**Quadro 7 - Matriz de Informação – Componente Estrutural Insumos.**

Componente Estrutura	Dimensão	Subdimensão	Indicadores ou Critérios	Fonte		
				E	O D	A D
QUALIDADE INSUMOS	QUALIDADE	DISPONIBILIDADE	Recursos humanos (Serviços tipo I e II)	x		
			Normas técnicas, manuais e protocolos disponíveis para a equipe.	x	x	
			Estrutura para acolhimento aos usuários (cadeiras, bebedouros, banheiro F e M).		x	
			Acessibilidade a portadores de deficiência		x	
			Espaço físico com mobiliário adequado		x	
			Kit para exames de suspeição (tubos de ensaios, alfinetes, algodão, pinça, bico de Bunsen)		x	
			Existência de laboratório equipado para apoio diagnóstico.		x	
			Existência de sala para coleta de BAAR.		x	
			Material para apoio diagnóstico (BAAR , biópsia de pele e rotina de sangue/fezes e urina)		x	
			Material de Consumo (algodão, éter ou álcool, impressos, fitas HGT).		x	
			Existência de equipamentos (aparelho de PA, balanças, Glicosímetro)		x	
			Farmácia Climatizada.		x	
			Medicamentos PQT (PB, MB e alternativos)		x	
			Medicamentos anti-reacionais (prednisona, talidomida e pentoxifilina).		x	
			Vacina BCG		x	
			Insumos para prevenção de incapacidade		x	
			Material de educação em saúde em hanseníase (folders, cartazes)		x	
			Kit de estesiômetro para avaliação da função neural.		x	
			Lupa/ lanterna e fio dental para avaliação dos olhos		x	
			Existência de transporte para realização de visita domiciliar.		x	
			Existência de mapeamento das unidades para referência.		x	
			Livro de Registro de Pacientes e Controle de Tratamento		x	x
			Ficha de Notificação (hanseníase) SINAN		x	x
			Protocolo complementar de investigação diagnóstica em menores de 15 anos-PCID<15		x	x
			Boletim de acompanhamento de casos mensal		x	x
			Formulário de Vigilância de Contatos Intradomiciliares		x	x
			Cartão de aprazamento de dose do paciente com hanseníase.		x	x
Formulário para avaliação do grau de incapacidade/formulário para avaliação neurológica simplificada		x	x			
Ficha de investigação de intercorrência após alta por cura/ficha de investigação de suspeita de recidiva		x	x			
Existência de prontuário do paciente		x	x			
Formulário de referência e contra referência		x	x			

Fonte: adaptado de GIRARDI, 2010; BRANDÃO, 2011.

**Quadro 8 Matriz de Informação – Componente Processual Atividades.**

	Componente Processo	Dimensão	Subdimensão	Indicadores ou Critérios	Fonte		
					E	O D	A D
QUALIDADE	ATIVIDADES	QUALIDADE	QUALIDADE TÉCNICO CIENTÍFICO	Conhecimento técnico-científico dos profissionais (formação em Hanseníase).	x		
				Acesso dos profissionais e gestores às capacitações em hanseníase.	x		
				Utilização de Normas e Protocolos e manuais.	x	x	x
				Organização dos fluxos de atendimento.	x	x	
				Realização de atividades Educativas/Informações sobre hanseníase com os usuários e comunidade	x		
				Realização de exame clínico, classificação da forma clínica, solicitação de exames quando necessário e avaliação do grau de incapacidade no momento do diagnóstico e da cura	x		x
				Instituição e acompanhamento da dose mensal supervisionada, com consultas de retorno pré - agendadas para profissionais de nível superior.	x		x
				Notificação de 100% dos casos de hanseníase	x		
				Conhecer o número de casos novos de Hanseníase diagnosticados no ano.	x		
				Conhecer número de casos em tratamento regular	x		x
				Conhecer número de casos em < 15 anos,	x		x
				Conhecer número de casos com recidiva	x		x
				Conhecer número de casos com incapacidades e sequelas.	x		x
				Conhecer o Número de Pacientes em tratamento de Estados Reacionais.	x		x
				Realização de atividades de Prevenção de Incapacidades.	x		x
				Visitas domiciliares em busca de faltosos pela equipe	x		
				Exame de contatos	x		x
				Encaminhamento aos serviços de referência	x		x
				Preenchimento da Guia de Referência e Contra - Referência	x		x
				Respostas dos casos encaminhados às referências	x		x
				Análise sistemática dos processos de referência e contra - referência	x		x
				Registro das informações sobre o usuário em prontuário.	x		x
				Acompanhamento dos casos em Boletim da VE	x		
				Atualização do Sistema de Informação	x		
				Monitoramento do Sistema de Informação.	x		

Fonte: Adaptado de BRANDÃO, 2011; LEAL, 2011.

Legenda: **E** – entrevista; **OD** – observação direta; **AD** – análise documental.

A construção da matriz de Relevância se deu pela ponderação dos critérios utilizados, expressando o seu grau de influência no sucesso da intervenção. Ao conjunto de critérios e indicadores foram atribuídos pontos através da análise de relevância dos mesmos, baseados em padrões, diretrizes e normas do PCH e considerados como relevante (RR) e muito relevante (RRR). Para cada grau de relevância foi atribuído um peso, ou seja, para RR = 5 e para RRR = 10. Desconsiderou-se o pouco relevante (R).

**Quadro 9 - Matriz de Relevância - Componente Estrutural Insumos**

Componente estrutural	Dimensão	Subdimensão	Indicadores ou Critérios	Relevância
INSUMOS	QUALIDADE	DISPONIBILIDADE	Recursos humanos de acordo com o tipo de serviço (tipo I, II).	RRR
			As Normas técnicas e protocolos são acessíveis a equipe	RR
			Estrutura para acolhimento aos usuários (cadeiras, bebedouros, banheiros).	RRR
			Acessibilidade a portadores de deficiência	RR
			Espaço físico com mobiliário adequado	RR
			Kit para exames de suspeição (tubos de ensaios, alfinetes, algodão, pinça, bico de Bunsen)	RRR
			Existência de laboratório equipado para apoio diagnóstico.	RRR
			Existência de sala para coleta de BAAR.	RR
			Material para apoio diagnóstico (BAAR , biópsia de pele e rotina de sangue/fezes e urina)	RRR
			Material de Consumo (algodão, éter ou álcool, impressos).	RR
			Existência de equipamentos (aparelho de PA, balanças, Glicosímetro).	RRR
			Farmácia Climatizada.	RRR
			Medicamentos PQT (PB, MB e alternativos)	RRR
			Medicamentos anti-reacionais (prednisona, talidomida e pentoxifilina).	RRR
			Vacina BCG	RRR
			Insumos para prevenção de incapacidade	RRR
			Material para educação em saúde para hanseníase (folders, cartazes).	RR
			Kit de estesiômetro para avaliação da função neural	RRR
			Lupa/ lanterna e fio dental para avaliação dos olhos	RRR
			Existência de transporte para realização de visita domiciliar	RR
			Existência de mapeamento das unidades para referência.	RR
			Livro de Registro de Pacientes e Controle de Tratamento	RRR
			Ficha de Notificação (hanseníase) SINAN	RRR
Protocolo complementar de investigação diagnóstica em menores de 15 anos-PCID<15	RRR			
Ficha de investigação de intercorrência após alta por cura/ficha de investigação de suspeita de recidiva	RRR			

		Formulário para avaliação do grau de incapacidade/formulário para avaliação neurológica Simplificada.	RRR
		Boletim de acompanhamento de casos mensal	RRR
		Formulário de Vigilância de Contatos Intradomiciliares	RRR
		Formulário de referência e contra referência	RRR
		Cartão de aprazamento de dose do paciente com hanseníase	RRR
		Existência de Prontuário para registro de intercorrências do paciente	RRR

Fonte: Adaptado de BRANDÃO, 2011; LEAL, 2011.

Legenda: **RR** – Relevante e **RRR**- Muito Relevante

**Quadro 10 - Matriz de Relevância - Componente Processual Atividades**

Componente	Processo	Dimensão	Subdimensão	Indicadores ou Critérios	Relevância
ATIVIDADES	QUALIDADE	QUALIDADE TÉCNICO CIENTÍFICA		Conhecimento técnico-científico dos profissionais (formação em Hanseníase).	RRR
				Acesso dos profissionais e gestores às capacitações em hanseníase.	RR
				Utilização de Normas e Protocolos e manuais.	RRR
				Organização dos fluxos de atendimento.	RR
				Realização de atividades Educativas/Informações sobre hanseníase com os usuários e comunidade	RR
				Realização de exame clínico, classificação da forma clínica, solicitação de exames quando necessário.	RRR
				Instituição e acompanhamento da dose mensal supervisionada, com consultas de retorno pré agendadas para profissionais de nível superior.	RRR
				Notificação de 100% dos casos de hanseníase	RRR
				Conhecer o número de casos novos de Hanseníase diagnosticados no ano.	RRR
				Conhecer número de casos em tratamento regular	RRR
				Conhecer número de casos em < 15 anos,	RRR
				Conhecer número de casos com recidiva	RRR
				Conhecer número de casos com incapacidades e sequelas.	RRR
				Conhecer o Número de Pacientes em tratamento de Estados Reacionais.	RRR
				Realização de atividades de Prevenção de Incapacidades.	RRR
				Casos com avaliação do GI e função neural no momento do diagnóstico e da cura.	RRR
				Visitas domiciliares em busca de faltosos pela equipe	RR
				Exame de contatos	RRR
				Encaminhamento aos serviços de referência	RRR
				Preenchimento da Guia de Referência e Contra - Referência	RR
				Respostas dos casos encaminhados às referências	RRR
				Análise sistemática dos processos de referência e contra - referência	RRR
				Registro das informações sobre o usuário em prontuário.	RRR
				Acompanhamento dos casos em Boletim da VE	RR
	Atualização do Sistema de Informação	RR			
	Monitoramento do Sistema de Informação	RRR			

Fonte: Adaptado de BRANDÃO, 2011; LEAL, 2011.

A construção da matriz de Análise e Julgamento relacionado ao Componente Estrutural Insumos (quadro 11) e Componente Processual Atividades (quadro 12) se deu conforme a relevância do indicador (RR = 5; RRR = 10) e utilizou-se para os pontos esperados de cada indicador, 50 pontos (RR) e 100 pontos (RRR), se em conformidade com as normas do PCH. Esse valor foi um critério criado pela pesquisadora e consensuado com os especialistas. (PE x GR).

Utilizou-se como ponto de corte, para cada indicador (item ou subitem), conforme sua relevância, os números entre 10 e 0. Considerou-se como “adequado” ou “sim” aquele item que está totalmente em conformidade com as normas levando a pontuação máxima. Considerou-se “pouco adequado” aquele item que não está totalmente em conformidade com o esperado no programa levando uma pontuação entre 2 a 8 e considerou-se como “inadequado” ou “não” ao item que não está em conformidade com o estabelecido no PCH, tendo como pontuação zero (0).

A pontuação máxima de cada indicador foi considerada dez (10) estando de acordo com os itens necessários por cada um deles para ser considerado implantado.

Os pontos esperados e os pontos observados foram multiplicados pelo grau de relevância correspondente (PE x GR) e (PO x GR). O grau de implantação foi calculado dividindo-se o PO pelo PE e multiplicando-se por cem de cada indicador ( $PO \div PE \times 100$ ).

A  $\Sigma$  total de pontos esperados do componente estrutural insumos foi de 2.800 pontos para a URM e de 2.490 para as UBS 1 e 3. A  $\Sigma$  total de pontos esperados do componente estrutural atividades foi 2.250 pontos.

Quadro 11 - Matriz de Análise e Julgamento – Componente Estrutural Insumos

Componente estrutural	Dimensão	Subdimensão	Indicadores ou Critérios	Relevância	Pontos Esperados (PE x GR)	Pontos de Corte	Pontos Obtidos (PO x GR)	Grau de Implantação GI= PO/PE x 100
INSUMOS	QUALIDADE	DISPONIBILIDADE	Recursos humanos de acordo com o tipo de serviço (tipo I, II).	RRR	100	Adequado =10 Pouco Adequado = 5 Inadequado = 0		
			Normas técnicas e protocolos acessíveis a equipe	RR	50	SIM= 10 NÃO = 0		
			Estrutura para acolhimento aos usuários (cadeiras, bebedouros, banheiro F e M).	RRR	100	Cadeiras: S= 4 / N=0 Bebedouros: S= 2 / N=0 Banheiro Público: S= 4/ N=0		
			Acessibilidade a portadores de deficiência	RR	50	SIM= 10 NÃO = 0		
			Espaço físico com mobiliário adequado	RR	50	Adequado =10 Pouco Adequado = 5 Inadequado = 0		
			Kit para exames de suspeição (tubos de ensaios, alfinetes, algodão, pinça, bico de Bunsen)	RRR	100	T. Ensaio : S=2 / N=0 Alfinetes: S=2 / N=0 Algodão: S=2 / N=0 Pinça: S=2 / N=0 B.Bunsen: S=2 / N=0		
			Existência de laboratório equipado para apoio diagnóstico.	RRR	100	SIM= 10 NÃO = 0		
			Existência de sala para coleta de BAAR.	RR	50	Existe = 10 Sala adaptada = 5 Não Existe = 0		
			Material para apoio diagnóstico (BAAR , biópsia de pele e rotina de sangue/fezes e urina)	RRR	100	BAAR : S=2 / N=0 Biópsia: S=2 / N=0 Sangue: S=2 / N=0 Urina: S=2 / N=0 Fezes: S=2 / N=0		

**Quadro 11 – Matriz de análise e julgamento – Componente Estrutural Insumos (continuação)**

		Material de Consumo (algodão, éter ou álcool, impressos, fitas de HGT).	RR	50	Algodão: S=2 /N=0 Álcool/éter: S=2 /N=0 Impressos: S= 4 / N=0 Fitas de HGT: S=2 / N=0		
		Existência de equipamentos (aparelho de PA, balança adulta e infantil, Glicosímetro).	RRR	100	Aparelho PA: S=3 / N=0 B. adulta: S=2 /N=0 B. pediátrica : S=2 /N=0 Glicosímetro: S=3 /N=0		
		Farmácia Climatizada.	RRR	100	SIM= 10 NÃO = 0		
		Medicamentos PQT (PB, MB e Substitutivos)	RRR	100	PQT-PB: S=4 / N=0 PQT-MB: S=4 / N=0 Alternativo: S=2 / N=0		
		Medicamentos anti-reacionais (prednisona, talidomida e pentoxifilina).	RRR	100	Prednisona: S=4 / N=0 Talidomida: S=4 / N=0 Pentoxifilina: S=2 / N=0		
		Vacina BCG	RRR	100	SIM= 10 NÃO = 0		
		Insumos para prevenção de incapacidade	RRR	100	SIM= 10 NÃO = 0		
		Material para educação em saúde para hanseníase (folders, cartazes, cartilhas).	RR	50	Folders: S=4 / N=0 Cartazes: S=4 / N=0 Cartilhas: S=2 /N=0		
		Kit de estesiômetro para avaliação da função neural	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0		
		Lupa/ lanterna e fio dental para avaliação dos olhos	RRR	100	Lupa: S=5 / N=0 Fio dental: S=5/N=0		
		Existência de transporte para realização de visita domiciliar	RR	50	SIM = 10 NÃO = 0		
		Existência de mapeamento das unidades para referência.	RR	50	SIM = 10 NÃO = 0		
		Livro de Registro de Pacientes e Controle de Tratamento	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0		

Quadro 11 – Matriz de análise e julgamento – Componente Estrutural Insumos (continuação)							
			Ficha de Notificação (hanseníase) SINAN	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	
			Protocolo complementar de investigação diagnóstica em menores de 15 anos-PCID<15	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	
			Ficha de investigação de intercorrência após alta por cura/ficha de investigação de suspeita de recidiva	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	
			Formulário para avaliação do grau de incapacidade	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	
			Formulário para avaliação neurológica Simplificada.	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	
			Boletim de acompanhamento de casos bimensal,	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	
			Formulário de Vigilância de Contatos Intradomiciliares,	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	
			Formulário de referência e contra referência,	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	
			Cartão de aprazamento de dose do paciente com hanseníase.	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	
			Prontuário (preenchimento)	RRR	100	Adequado =10 Pouco Adequado = 5 Inadequado = 0	
			Total de pontos do componente estrutural insumos	-	2.800		

Fonte: Adaptado de BRANDÃO, 2011; LEAL, 2011.

Legenda: Legendas: **RR** – relevante; **RRR** – muito relevante

PE – pontos esperados; GR – grau de relevância; PO – pontos obtidos; GI – grau de implantação

\*Não se Aplica

Quadro 12 – Matriz de Análise e Julgamento – Componente Processual Atividades

Componente Processo	Dimensão	Subdimensão	Indicadores ou Critérios	Relevância	Pontos Esperados (PE x GR)	Pontos de Corte	Pontos Obtidos (PO x GR)	Grau de Implementação GI= PO/PE x 100
ATIVIDADES	QUALIDADE	QUALIDADE TÉCNICO CIENTÍFICO	Conhecimento técnico-científico dos profissionais (formação em Hanseníase).	RRR	100	Adequado =10 Pouco Adequado = 5 Inadequado = 0		
			Acesso dos profissionais e gestores às capacitações em hanseníase.	RR	50	SIM = 10 NÃO = 0		
			Utilização de Normas e Protocolos e manuais.	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0		
			Organização dos fluxos de atendimento	RR	50	Adequado=10 Pouco Adequado = 5 Inadequado=0		
			Realização de atividades Educativas/Informações sobre hanseníase com os usuários e comunidade	RR	50	Grupo=5 Individual=5 Não realizam =0		
			Realização de exame clínico de suspeição, solicitação de exames quando necessário	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0		
			Instituição e acompanhamento da dose mensal supervisionada, com consultas de retorno pré agendadas para profissionais de nível superior.	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0		
			Notificação de 100% dos casos de hanseníase	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0		
			Conhecer o número de casos novos de Hanseníase diagnosticados no ano.	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0		
			Conhecer número de casos em tratamento regular	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0		
			Conhecer número de casos em < 15 anos,	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0		
			Conhecer número de casos com recidiva	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0		
			Conhecer número de casos com incapacidades e sequelas.	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0		
			Conhecer o Número de Pacientes em tratamento de Estados Reacionais.	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0		

			Realização de atividades de Prevenção de Incapacidades.	RRR	100	Educação em Saúde=2 Avaliação do GI= 4 Estimulo auto-cuidado= 4 Não realiza = 0		
			Casos com avaliação do GI e função neural no momento do diagnóstico e da cura.	RRR	100	Diagnóstico/alta =10 Só diag ou alta = 5 Nenhuma = 0		
			Visitas domiciliares em busca de faltosos pela equipe	RR	50	Adequado = 10 Pouco adequado = 5 Inadequado = 0		
			Exame de contatos	RRR	100	Adequado = 10 Pouco adequado = 5 Inadequado = 0		
			Encaminhamento aos serviços de referência	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0		
			Preenchimento da Guia de Referência e Contra Referência	RR	50	Adequado=10 Pouco Adequado = 5 Inadequado=0		
			Respostas dos casos encaminhados às referências	RRR	100	Adequado=10 Pouco Adequado = 5 Inadequado=0		
			Análise sistemática dos processos de referência e contra referência	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0		
			Registro das informações sobre o usuário em prontuário.	RRR	100	Adequado=10 Pouco Adequado = 5 Inadequado=0		
			Acompanhamento dos casos em Boletim da VE	RR	50	Adequado=10 Pouco Adequado = 5 Inadequado=0		
			Atualização do Sistema de Informação	RR	50	SIM = 10 NÃO = 0		
			Monitoramento do Sistema de Informação	RRR	100	Adequado=10 Pouco Adequado = 5 Inadequado=0		
			<b>Total de pontos do componente processual atividades</b>	-	2.250			

Legendas: **RR** – relevante; **RRR** – muito relevante; PE – pontos esperados; GR – grau de relevância; PO – pontos obtidos; GI – grau de implementação

Para a apreciação do grau de implantação foram considerados quatro graus de implantações das ações:

- I – Implantado
- II – Parcialmente Implantado
- III – Incipiente
- IV – Não Implantado

Após apreciação do grau de implantação em quatro extratos construiu-se a matriz de julgamento, como visto no quadro 13.

Quadro 13- Matriz de julgamento em quatro extratos.

Escore final	Classificação final
75% a 100%	Implantado
50% a < 75%	Parcialmente implantado
25% a < 50%	Incipiente
0 a < 25%	Não implantado

Fonte: Adaptado de FERREIRA; SILVA, 2014.

O grau de implementação foi estimado mediante as pontuações obtidas em cada subdimensão a partir da seguinte fórmula:

$$\text{Grau de Implantação: GI} = \frac{\Sigma \text{ pontos observados}}{\Sigma \text{ pontos esperados}} \times 100$$

Pontos observados =  $\Sigma$  dos pontos observados de cada critério

Pontos esperados =  $\Sigma$  dos pontos máximos de cada critério

Na matriz de julgamento e de acordo com os pontos de cortes, foi atribuída a classificação final do grau de implantação do PCH a partir do somatório dos graus de implantação por nível de análise.

Este julgamento foi realizado com base na divisão por quatro extratos e a conclusão do grau de implantação foi de acordo com a classificação do escore utilizado por eles.

Com relação às questões abertas do instrumento de coleta de dados, estes receberam tratamento descritivo e foram analisadas a partir da categorização das respostas.

#### 4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente trabalho seguiu as orientações presentes na Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 466/2012, que regulamenta as Diretrizes e Normas sobre pesquisa envolvendo seres humanos e assegurou que a avaliação fosse conduzida dentro da legalidade, dentro da ética e com a devida preocupação com o bem estar dos envolvidos, como também daqueles afetados pelos seus resultados. O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz e aprovado através do CAAE 55984916.0.0000.5240 em 01.07.2016 e autorizado pela Superintendência de Educação em Saúde de Pesquisa da Secretaria de Saúde de São Luís (SEMUS).

Todos os informantes chaves da pesquisa foram convidados a participar e informados quanto aos objetivos da pesquisa por meio da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), facultando-lhes o direito de recusa e a garantia de esclarecimentos a qualquer momento da realização do estudo e carta de apresentação do entrevistador com identificação e garantia do anonimato do entrevistado.

Também foi assinado e autorizado termo de solicitação de utilização de dados do Sistema Nacional de Agravos Notificáveis – SINAN junto a Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde, reafirmando comprometimento de sigilo dos dados.

#### 4.8 DIFUSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados finais serão apresentados aos atores envolvidos no Programa de Controle da Hanseníase do Município de São Luís, através de relatório final (gestores municipal, estadual e coordenadores do PCH estadual e municipal). Pretende-se ainda, difundir através de publicações em periódicos especializados, apresentação em congressos e outros eventos científicos.

Acredita-se que os achados possam vir a subsidiar a tomada de decisão e favorecer possíveis mudanças para a melhoria do programa.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO EXTERNO DO ESTUDO

Para caracterizar o contexto externo através da dimensão, determinantes sociais e da subdimensão, condições socioeconômicas, levou-se em consideração os dados de Índice de Desenvolvimento Humano de São Luís e do bairro onde foi realizada a pesquisa, densidade populacional, domicílios com alta densidade por dormitórios, taxa de analfabetismo em maiores de 15 anos e renda média mensal dos chefes de domicílios permanentes particulares, proporção de pobres, condições de saneamento básico como cobertura de domicílios com rede de abastecimento de água, domicílios com rede de esgotamento sanitário e domicílios com coleta de lixo regular, indicadores vistos como determinantes do processo de adoecimento, cura e acompanhamento e reabilitação da hanseníase.

A pesquisa foi realizada em São Luís, capital do Estado do Maranhão. A Ilha é dividida em 27 áreas de zoneamento onde cada área alberga de 03 a 10 bairros e que estão inseridos em 07 distritos sanitários.

Considerando a área geográfica e as várias características, no que diz respeito à oferta de serviços, à estrutura de suas populações e aos indicadores socioeconômicos de cada distrito sanitário do município de São Luís, tornou-se necessário escolher uma unidade de análise menor, como caso de estudo.

Para contemplar a operacionalização da pesquisa foi escolhido o distrito sanitário do Tirirical dentre os sete (07) distritos existentes no município. A escolha obedeceu aos seguintes critérios: ser o mais populoso, ter os critérios epidemiológicos com maior número de casos e por ser o primeiro distrito com a implantação do programa na APS.

O distrito sanitário do Tirirical é um dos mais populosos, com 243.773 hab., numa área de 147 km<sup>2</sup> (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Nota-se ainda, ser um distrito marcado por grandes desigualdades sociais, com áreas de concentração populacional e bolsões de pobreza, o que facilita a incidência da hanseníase. Dentro do distrito optou-se por uma unidade de análise menor e, essa escolha recaiu ao maior bairro do distrito, o bairro Cidade Olímpica por suas unidades de saúde registrar mais casos no sistema de informação, excetuando as referências e as unidades mistas.

O Distrito alberga um total de 44 localidades numa área de 95 km<sup>2</sup> em zona urbana e 24 localidades, numa área de 52 Km<sup>2</sup> em zona rural, totalizando 96 localidades em uma área total de 147 Km<sup>2</sup>, como se observa na tabela abaixo.

**Tabela 1 - Dados de superfícies e população de São Luís, do Distrito do Tirirical e do bairro Cidade Olímpica, São Luís – MA, 2016.**

Zoneamento	Área em Km <sup>2</sup>	Habitantes
São Luís	834,785 Km <sup>2</sup>	1.014,837 hab.
Distrito do Tirirical	147 Km <sup>2</sup>	242.871 hab.
Cidade Olímpica (bairro)	14,37 Km <sup>2</sup>	31.637 hab.

Fonte: Censo do IBGE, (2010); SÃO LUIS, (2016c)

Conforme o Censo do IBGE (2010), a comunidade da Cidade Olímpica alberga 31.637 habitantes numa área de 14,37 km<sup>2</sup> com um total de 8.630 domicílios. É uma comunidade marcada pela violência e, segundo a promotoria pública de São Luís é a mais violenta do município (OBSERVATÓRIO SOCIAL DE SÃO LUÍS, 2016; ALENCAR; 2015).

A Cidade Olímpica, uma das maiores ocupações da América Latina, numa área de 1.437 ha., integrante do município de São Luís está localizada a leste da Ilha do Maranhão. Limita-se ao norte com o Conjunto Habitacional Geniparana, ao Sul com a Vila Coronel Riod, a leste limita-se com o Santana e a Oeste com o a Vila Janaina (SOARES, 2008). Os nomes das principais avenidas do bairro referem-se a acontecimentos ocorridos na época da luta pela moradia, o que a diferencia de outras ocupações.



Figura 10 - Delimitação espacial do bairro Cidade Olímpica

Fonte: <https://www.google.com/maps>

A Cidade Olímpica começou a ser ocupada em 23 de julho de 1996, época das Olimpíadas de Atlanta daí o nome do bairro, não se sabe de fato quem colocou o nome, sabe-se que é fruto da primeira ocupação e, também porque os ocupantes, segundo relatos, preferiram colocar nomes de fatos que aconteceram na época e não como tradicionalmente é visto em outras ocupações em que homenageiam políticos com seus nomes nas ocupações (SOARES, 2008). Depois de muitas lutas e encontros com o governo estadual (na época, Roseana Sarney) no dia 23 de março de 1997 (e por isso tem o nome da Avenida), foi o dia do fisco definitivamente (SOARES, 2008; RABELO, 2012).

A ocupação da Cidade Olímpica obedeceu a um planejamento, elaborado por uma equipe de pessoas que faziam parte do movimento de ocupação e desde o início pode-se afirmar que ela se deu de forma planejada e organizada (SOARES, 2008).

A Cidade Olímpica apresenta-se como uma organização semelhante a um conjunto habitacional. Está sistematizada do seguinte modo: A área total de 1.437 hectares é repartida em três blocos registrados como blocos A, B, C; cada bloco é dividido em quadras, totalizando 412 quadras; onde cada quadra é dividida em 22 lotes com medidas de 10x20m. Na época da ocupação, além do assentamento das famílias, o planejamento elaborado constava também à presença de espaços reservados para a construção de cemitérios, praças, áreas verdes, mas que foram ocupadas no decorrer dos anos (RIBEIRO, 2003; SOARES, 2008).

O bairro Cidade Olímpica é um exemplo claro de periferia maranhense que surgiu de processo de ocupação por populares denominados de “comissão de sem teto”, e que hoje se constitui em um grande bairro da região metropolitana, cercado por vários problemas como o alto índice de violência (é tido como o bairro mais violento da Ilha), a dificuldade em termos de serviços básicos de saúde, educação e saneamento básico que atingem toda a comunidade, além da ausência da titularidade de concessão de propriedade, entre outros (RABELO, 2012).

O bairro é, praticamente, desprovido de ações que garantam os direitos fundamentais aos moradores em educação, segurança e saúde, comprometendo consideravelmente a qualidade de vida do local. É um bairro com baixo índice de desenvolvimento socioeconômico e os moradores ficam vulneráveis a marginalidade e em situação de risco social como se vê na tabela a seguir.

**Tabela 2 - Dados Socioeconômicos do Contexto Externo, do bairro Cidade Olímpica, no Distrito do Tirirical, em São Luís – MA, 2016.**

INDICADORES	VALOR
IDH do Município de São Luís	0,768
IDH do bairro Cidade Olímpica, no Distrito do Tirirical	0,608
Taxa de analfabetismo do bairro Cidade Olímpica em maiores de 15 anos	7,64%
Taxa de analfabetismo do bairro Cidade Olímpica em maiores de 05 anos	11%
Densidade populacional de São Luís	1.271hab / Km <sup>2</sup>
Densidade populacional do Distrito Tirirical	1.652 hab / Km <sup>2</sup>
Densidade populacional do bairro do estudo	2.201hab / Km <sup>2</sup>
Domicílios com alta densidade de pessoas por dormitório	
➤ São Luís	7,17%
➤ Cidade Olímpica	15,19%
Renda (renda média mensal dos chefes dos domicílios permanentes particulares) do bairro do estudo.	
➤ Domicílios com até ½ salário mínimo	49,50%
➤ Proporção de pobres (proporção de indivíduos com renda per capita de até ½ salário mínimo)	57,32%

Fonte: INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2014.

Fonte: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010.

Fonte: OBSERVATÓRIO SOCIAL DE SÃO LUÍS, 2016.

A pesquisa mostrou que tanto o Município de São Luís, como o bairro Cidade Olímpica, onde estão inseridas as UBS estudadas possuem um IDH médio (entre 0,500 e 0,799).

A taxa de analfabetismo ainda é alta no bairro Cidade Olímpica. O município de São Luís como um todo tem uma taxa de 4,67%, em maiores de 15 anos e o bairro Cidade Olímpica possui quase o dobro dessa taxa. Para o IBGE (2010) o critério analfabetismo é não saber ler nem escrever um simples bilhete. Sabe-se que, o combate ao analfabetismo tem um impacto sobre melhores condições de vida. e, para a hanseníase, quanto mais informação for absorvida pelo portador e seus contatos, melhor para apreender sobre os cuidados necessários da doença.

Observou-se ainda, um percentual elevado de domicílios com alta densidade de pessoas por dormitório (15,19%) que vivem em situações precárias e desfavoráveis. Para o

IBGE (2010), esse indicador é considerado quando, no domicílio, o dormitório é ocupado por mais de 03 pessoas mostrando um déficit habitacional e más condições de moradia.

Segundo o censo (2010), em relação à renda observou-se que o bairro tem pessoas que vivem em extrema pobreza (12,73%), quase três vezes mais o total da Ilha (5,95%) e a proporção de pobres do bairro chega a 57,32%, mais da metade dos moradores.

Para o IBGE (2010), viver em extrema pobreza é quem ganha < R\$ 70,00 ou nada e a proporção de pobre é o percentual de indivíduos com renda familiar per capita inferior a 50% do salário mínimo.

A tabela a seguir, mostra o percentual de cobertura com relação à estrutura de saneamento básico do bairro Cidade Olímpica, de acordo com o último censo (2010) onde se observou a precariedade na oferta de serviços públicos básicos essenciais, na comunidade.

**Tabela 3 - Percentual de cobertura dos dados de Estrutura de Saneamento Básico dos domicílios, no Contexto Externo, no bairro Cidade Olímpica, do Distrito do Tirirical, São Luís – MA, 2016.**

Estrutura de Saneamento Básico dos Domicílios	Rede Geral	Outros	Total
% de cobertura de domicílios com rede de abastecimento de água	41,21	58,79	100,00
% de cobertura de domicílios ligados à rede geral de esgotamento sanitário	2,87	97,13	100,00
% de cobertura de domicílios com coleta de lixo	73,17	26,83	100,00

Fonte: INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2014.

Fonte: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010; 2016.

Observou-se que apenas 41,21% dos domicílios usufruem da rede geral de abastecimento de água, enquanto 58,79% usam de outras formas como poço ou nascente, para ter acesso a água, um bem essencial para o ser humano.

Com relação à rede geral de esgotamento sanitário, um percentual mínimo de domicílios, apenas 2,87% tem acesso, enquanto 97,13% utilizam ainda, a fossa séptica (39,24%), fossa rudimentar (50,44%), vala (3,15) e outros meios (1,65). E existem ainda, 2,65% de domicílios que não possuem banheiro ou sanitário. Sabe-se que a precariedade de esgotamento sanitário é uma porta aberta para se adquirir várias patologias relacionadas à exposição de resíduos no meio ambiente.

Observou-se que 73,17% dos domicílios têm coleta de lixo regular da rede geral 3x por semana. Entretanto, 26,83% dos domicílios dão outros destinos ao lixo, isto é, jogam o lixo em terreno baldio (19,11%), queimam ou enterram na propriedade (7,14%), jogam em rio, lago ou mar (0,05%) ou dão outros destinos (0,53%).

## 5.2 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO ORGANIZACIONAL

Para caracterizar o contexto organizacional a partir da dimensão capacidade de gestão e subdimensões organização e coordenação do PCH, recrutamento e qualificação dos recursos humanos, foi levado em consideração como indicadores, o acesso e integração aos serviços de saúde, a produção de fluxo de atenção, planejamento das ações de assistência, capacitação dos profissionais, acompanhamento do processo de trabalho, acompanhamento dos indicadores epidemiológicos e operacionais, produção de atividades de educação continuada.

### 5.2.1 Organização do PCH no município de São Luís

No município, a ESF, porta de entrada preferencial para a atenção à saúde, é composta por 110 Equipes de Saúde da Família (ESF) distribuídas em 34 Unidades de Saúde da Família (USF), e 14 Centros de Saúde, totalizando uma cobertura de apenas 31,53% (327.750) da população do município. O Ministério da Saúde credenciou, para o município, 338 ESF, entretanto, o município de São Luís só tem no sistema, esse quantitativo de equipes de ESF, não tendo uma cobertura adequada, de atendimento na atenção primária (SÃO LUIS, 2016c; BRASIL, 2016a; 2016b).

A rede de serviços públicos de saúde do município, principalmente da atenção básica, estão distribuídas em todos os distritos. Entretanto a cobertura populacional através da ESF é baixa, isso significa que boa parte da população ainda está descoberta. Facilitaria o acesso da população e dos portadores de hanseníase ao atendimento das ações de saúde se a cobertura estivesse adequada.

A cobertura da ESF no bairro Cidade Olímpica é de 85,34% considerando sua população e o funcionamento das 09 equipes inseridas nas 03 UBS do bairro. Essa cobertura se dá pelo método de cálculo:  $\text{Número de equipes da Estratégia Saúde da Família implantadas} \times 3.000 \times 100 / \text{População residente}$  (BRASIL, 2013b). Para as duas UBS analisadas, a cobertura das ESF para a população ficou em 56,89%. No contexto do bairro, como um todo, a cobertura de atendimento à população pela ESF não está 100%, o que seria esperado.

Essas unidades de saúde oferecem consultas médicas e de enfermagem em saúde da criança e da mulher bem como o atendimento aos programas prioritários como hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase.

O Distrito do Tirirical, distrito desse estudo, foi um dos primeiros distritos a integrar o PCH com a APS, desde 1998 e hoje possui o maior número de unidades de saúde que

integram o programa de hanseníase, totalizando 01 Unidade Mista e 16 unidades de saúde de atenção primária, com um total de 38 equipes de ESF.

O programa foi implantado e organizado conforme as normas do Ministério da Saúde para diagnóstico, classificação, tratamento e avaliação, prevenção e tratamento de incapacidades físicas, controle dos contatos e diagnóstico, classificação e tratamento dos estados reacionais e ter acompanhamento através de boletim mensal.

O PCH está implantado em 56 unidades de saúde, sendo 52 unidades com atendimento Tipo I, 02 Unidades com atendimento Tipo I e II e 02 unidades com atendimento Tipo III (01 dessas unidades também faz atendimento Tipo I) assim distribuídos como observamos no quadro abaixo.

**Quadro 14 - Nº de Unidades de Saúde conforme tipos de serviços de Atenção Integral a Hanseníase em São Luís e no Distrito do Tirirical, São Luís - MA, 2016.**

DISTRITO	Serviço Tipo I	Serviço Tipo II	Serviço Tipo III
1. Centro	02 Centros de Saúde (06 ESF) 01 UBS (02 ESF)	-	01 Hospital (oftalmologia e cirurgia de descompressão neural)
2. Itaqui Bacanga	1 Unidade Mista 06 Centros de Saúde (11 ESF) 2 UBS (06 ESF)	-	01 Hospital para Internação*
3. Coroadinho	1 Unidade Mista 2 UBS (04 ESF)	01 Centro de Saúde (Ambulatório de Referência Municipal)**	-
4. Cohab	04 Centros de saúde (10 ESF) 01 UBS (03 ESF)	-	-
5. Bequimão	01 Unidade Mista 01 UBS (02 ESF)	01 Ambulatório de Referência Estadual***	-
6. Tirirical	01 Unidade Mista 16 UBS (38 ESF)	-	-
7. Vila Esperança	13 UBS (17 ESF)	-	-
SÃO LUIS	52 Unidades de Saúde	02 Unidades de Saúde	02 Unidades de Saúde

Fonte: SÃO LUIS, 2016b.

\*Atendimento Tipo I e II. \*\* Atendimento Tipo I e II. \*\*\* Atendimento Tipo I e II.

Observou-se que o Distrito do Tirirical alberga 17 (30,35%) das unidades de saúde com o PCH implantado e é o distrito com um maior número de equipes de saúde da família.

Ainda assim ouvem-se queixas frequentes de acesso às ações de saúde, principalmente, ao PCH como as observadas nas falas desses entrevistados, quando questionados sobre o que dificulta para uma assistência de qualidade aos portadores de hanseníase.

“A distância... a minha área é distante o acesso” (ACS 4).

“É porque a nossa área é distante do posto... Nossa área fica distante... mas eles procuram fora e são indicados pra fazer aqui... apesar da distância é acessável ao posto...chegando aqui é bem atendido...” (ACS5).

No quadro abaixo, mostrou-se a relação dos informantes chaves conforme profissão, qualificação, tempo de formação, setor de atuação e vínculo com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

**Quadro 15 – Perfil dos informantes chaves entrevistados na avaliação do PCH, das Unidades analisadas, São Luís - MA, 2017.**

Entrevistas	Profissão	Especialização	Tempo de Formação	Setor de atuação	Vínculo com a SMS
E1	Enfermeira	Mestrado em Saúde da Família	15	UBS 03	Efetiva
E2	Enfermeira	Especialista em Saúde Coletiva	09	URM	S.P
E3	Fisioterapeuta	Especialista em Reeducação Postural Global (RPG)	10	URM	S.P
E4	Terapeuta Ocupacional	Especialista em Saúde da Família/Saúde Mental/Psicomotricidade	13	URM	S.P
E5	Enfermeira	Especialista em Saúde da Família	08	Gestora UBS 01	C.C
E6	Enfermeira	Mestrado em Enfermagem	15	UBS 01	Efetiva
E7	Enfermeira	Especialista em Saúde da Família	18	UBS 01	Efetiva
E8	Médico	Especialista em Medicina de Família e Comunidade	19	UBS 03	Efetivo
E9	ACS	-	14 (E. Médio)	UBS 03	CLT
E10	ACS	-	20 (E. Médio)	UBS 03	CLT
E11	ACS	-	14 (Téc. Enf.)	UBS 03	CLT
E12	ACS	-	23 (E. Médio)	UBS 01	CLT
E13	ACS	-	12 (E. Médio)	UBS 01	CLT
E14	ACS	-	40 (E. Médio)	UBS 01	CLT
E15	Enfermeira	Especialista em Saúde da Família	10	UBS 01	Efetivo
E16	Enfermeira	MBA em Gestão em Saúde	20	Coordenado	S.P

				ra do PCH/VE	
E17	Enfermeira	Especialista em Saúde da Família	28	URM	S.P
E18	Terapeuta Ocupacional	Especialista em Saúde da Família	09	URM	S.P
E19	Farmacêutica/ Bioquímica	Especialista em Doenças Transmissíveis/ Gestão em Saúde	38	Gestora URM	Efetiva
E20	ACS	-	17 (Superior Completo)	UBS 01	CLT
E21	ACS	-	16 (Superior Completo)	UBS 01	CLT
E22	Enfermeira	Especialista em Saúde da Família	37	Coordenadora de área 01 (UBS)	S.P
E23	ACS	-	15 (Superior Incompleto)	UBS 01	CLT
E24	ACS	-	24 (E. Médio)	UBS 01	CLT
E25	ACS	-	21 (E. Médio)	UBS 01	CLT
E26	ACS	-	22 (E. Médio)	UBS 01	CLT
E27	Médico	-	01	UBS 01	Programa “mais médico”
E28	Médica	Especialista em Dermatologia	08	UBS 01	Programa “mais médico”
E29	Médica	Especialista em Saúde da Família	43	UBS 01	S.P
E30	Administração Hospitalar	Especialista em Saúde da família	05	Gestora UBS 03	C.C
E31	Médica	Especialista em Dermatologia	28	URM	S.P
E32	Médica	Especialista em Dermatologia	15	URM	S.P
E33	Fisioterapeuta	Mestrado em Saúde Coletiva	12	URM	Efetiva

Fonte: Elaborado a partir das entrevistas, 2016.

ACS – Agente Comunitário de Saúde; CC – Cargo Comissionado; CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas; S. P - Serviço Prestado; UBS – Unidade Básica de Saúde; URM – Unidade de Referência Municipal; RPG - Reeducação Postural Global; VE – Vigilância Epidemiológica.

Com relação aos profissionais entrevistados que atuam no PCH, dos 33 entrevistados observou-se que o tempo de formação que predomina é acima de 10 anos de formados, o regime empregatício predominante é o celetista seguido do serviço prestado (sendo 02 do programa “Mais médicos”), dos profissionais de nível superior, 20 possuem pós-graduação e desses, 17 com especialização e 03 possuem mestrado.

A especialização que mais predomina entre os entrevistados é em Saúde da Família (10), em dermatologia (03), outros (03), saúde coletiva (02) e gestão (02).

Observou-se que os profissionais do nível superior são qualificados para atender o PCH, considerando que as pós-graduações relacionadas, de certa forma, lidam com programas prioritários, dos quais está inserido o PCH. E, quando questionados sobre como era sua atuação no programa, observou-se que os mesmos tinham as noções básicas sobre as atividades do programa.

“São feitos exame de contatos, notificação e acompanhamento de pacientes em tratamento, orientações aos mesmos e seus familiares sobre o tratamento [...] no momento, sou a enfermeira responsável pelo programa na UBS” (PROF ESF2)

“Fazemos notificação dos casos encaminhados e diagnosticados; prevenção de incapacidades; busca ativa de faltosos; acompanhamento do paciente em tratamento” (PROF ESF3)

“Faço suspeição, diagnóstico e acompanhamento do caso” (PROF ESF6)

Entre os ACS, 08 têm ensino médio completo, 02 com curso superior completo e 01 cursando, 01 técnico de enfermagem. A Portaria de N° 10.507, de Julho de 2002 criou a profissão de Agentes Comunitários de Saúde e que os mesmos deveriam ter o ensino fundamental completo, para exercer a profissão. Observou-se que os ACS das UBS pesquisadas possuem o nível de escolaridade mínimo exigido para a função de ACS estando aptos para exercer a profissão considerando a sua formação.

Quando se questionou os gestores e coordenadores, com relação ao número de profissionais, do setor, se eram suficientes para a realização das ações de controle de Hanseníase na área de abrangência do Distrito Sanitário do Tirirical/ UBS/ESF; referência e vigilância, a maioria informou ser suficiente.

Entretanto, ao longo da pesquisa, observou-se a falta do profissional médico em uma equipe, outro profissional médico entrara recente na UBS para compor uma ESF que estava incompleta e nas UBS, duas microáreas estavam desfalcadas de ACS, ou seja, sem cobertura.

Em relação aos serviços de referência e vigilância, os informantes achavam necessários mais profissionais como se vê nas falas abaixo.

“Há carência de profissional porque esse quantitativo é pra toda a São Luís” (C2).

“Há uma falta do profissional de nível médio... o auxiliar de enfermagem” (G3).

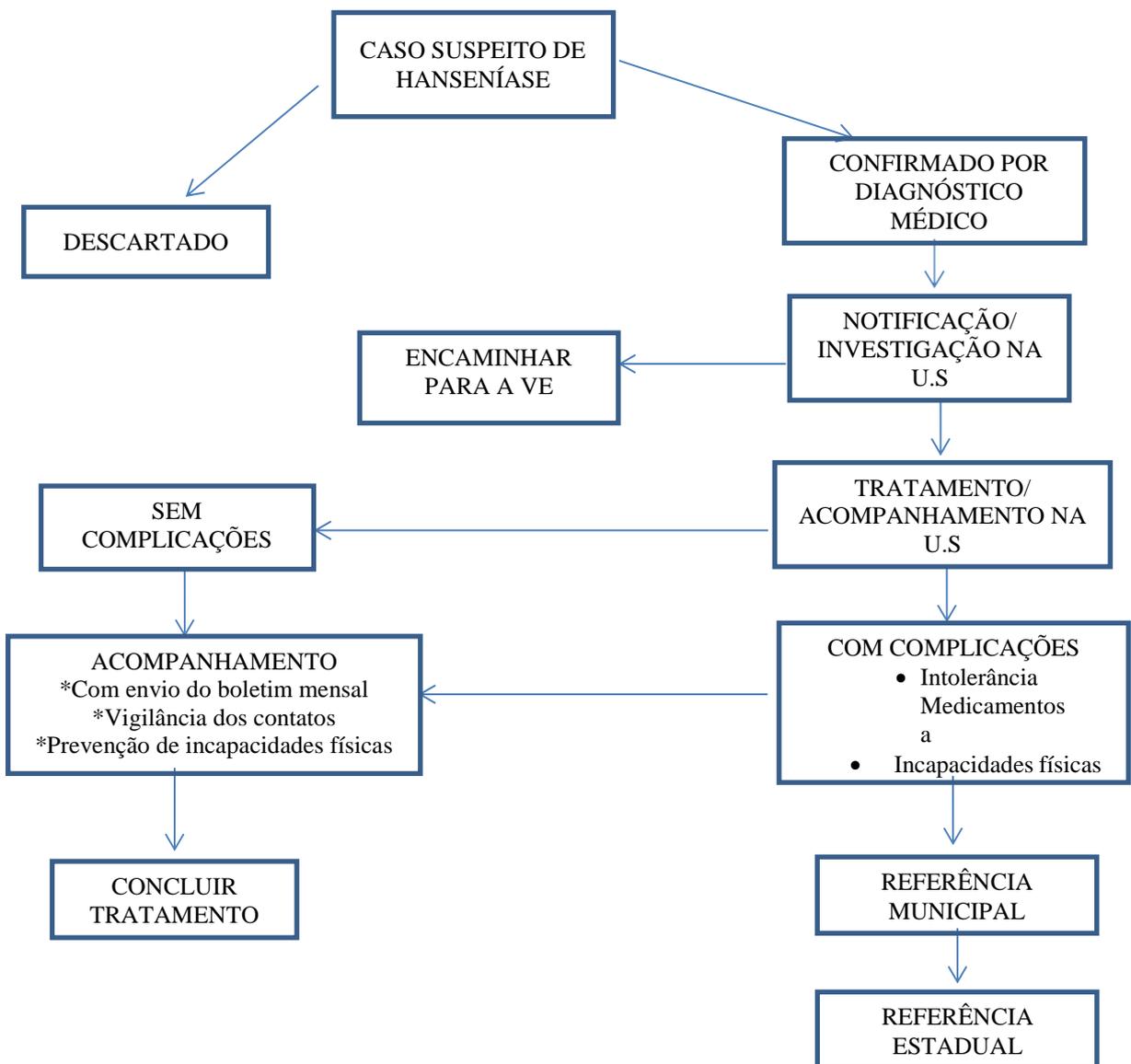
Com relação ao fluxo de integração ao PCH, o mesmo encontra-se inserido nos três níveis de atenção, em todos os 07 distritos da Ilha.

Esse fluxo de atendimento ao portador no PCH ocorre de forma integrada com a coordenação de vigilância municipal, a atenção primária e os níveis secundários e terciários de atenção servindo como apoio diagnóstico e de intervenção do PCH.

Segundo a coordenação do PCH, todas as unidades estão e são orientadas em relação ao fluxo de atendimento aos portadores de hanseníase nos vários níveis de complexidade com o objetivo de se ter um programa resolutivo.

O fluxograma a seguir (figura 11) mostra como funciona o atendimento do paciente no PCH em São Luís - MA, nos níveis de atendimento.

**Figura 11 – Fluxograma: Existência de Fluxos para integração do programa, nos níveis, em São Luís – MA, 2016.**



Fonte: SÃO LUIS, 2016c.

Na Atenção primária, atendimento do Tipo I de intervenção do PCH dispõem-se das UBS para suspeição, diagnóstico, tratamento, prevenção de incapacidades e acompanhamento dos casos e seus contatos, bem como, investir em educação em saúde, para controle dos casos.

As unidades de referências municipal (Centro de Saúde de Fátima, situado no Distrito do Coroadinho) e estadual (Centro de Saúde Genésio Rêgo, situado no Distrito do Bequimão) servem de apoio diagnóstico e intervenção dos casos com complicações e/ou reações, como atenção do Tipo II.

Há um hospital da rede estadual (Hospital Aquiles Lisboa) de apoio para internação dos casos graves de hanseníase no Distrito Itaquí Bacanga (também faz atendimento do Tipo I para os pacientes domiciliados em seu entorno) e um hospital da rede federal (Hospital Presidente Dutra/ILA) de apoio para as cirurgias de descompressão neural e oftalmologia, atenção do Tipo III.

O acesso dos pacientes ao PCH na atenção primária bem como na unidade de referência municipal acontece de duas maneiras: Caso o paciente seja um suspeito, ele é atendido por demanda espontânea ou encaminhamento, como se observou nas falas dos entrevistados.

“Eu chamei eles para vim no posto na unidade de saúde... aí passou pela enfermeira, da enfermeira foi pra médica... na época foi a Ana Paula...era médica da nossa equipe...aí foi feito o teste...foi constatado e começou o tratamento” (ACS1)

“Logo que ele chega, ele procura o SAME... aí a gente tem que identificar quem é o agente que acompanha ele [...] manda o cartão quem é o agente e a enfermeira que ele tem que procurar [...] No SAME ele é identificado e agendado a consulta para a enfermeira” (ACS5).

“Quando recebi a queixa... a pessoa veio falando que estava com a mancha... e veio perguntar pra mim e aí eu vi a mancha e encaminhei para a doutora... e aí doutora fez o procedimento e deu consulta médica” (ACS7)

“A partir da suspeição em lesões, fazemos os testes de sensibilidade e quando alterados, encaminhamos à consulta médica para confirmação do diagnóstico” (PROF ESF2)

“No primeiro contato da demanda espontânea, a gente faz o exame de suspeito [...] faz o kit caso novo\* [...] e agendo a consulta médica e solicito o exame de baciloscopia e vai vir o diagnóstico e conforme o caso do paciente na consulta médica a gente entrega a medicação e orienta sobre a doença” (PR1)

“quando eu olhei e percebi que aquele poderia ser um caso de “Hansen”, eu encaminhei o caso imediatamente pra cá (unidade) para o médico e enfermeira e daí começou o tratamento” (ACS4)

O kit caso novo\*, compreende a abertura do prontuário com toda a identificação do caso suspeito para hanseníase, registro de seus contatos, acompanhados da ficha de avaliação dermatoneurológica e evolução geral.

Quando o paciente já faz parte do PCH, terá sua consulta agendada mensalmente ou conforme gravidade do caso, como se observou nas falas dos entrevistados quando questionados como funciona o fluxo de atendimento ao suspeito de hanseníase e ao portador.

“Aqui é por demanda e agendamento” (PRO ESF1)

“Atendimento mensal agendado ou se necessário, com uma frequência menor” (PRO ESF2)

“É só chegar [...] Demanda espontânea... chegou e a gente agenda a consulta para o médico, faz a medicação e se precisar, solicito os exames...” (PR1)

“É agendado a consulta médica para diagnóstico, após exame físico, pela enfermagem” (PRO ESF3)

“Atendo por demanda e consulta agendada” (PR6)

“Tem demanda e consulta agendada por encaminhamento” (PR3)

“Identifico o paciente e encaminho. É feito a triagem e aguarda a consulta médica” (ACS9).

Observou-se que, nas UBS 1 e 3, o atendimento não ocorre nos dois turnos (manhã e tarde) concomitantemente. O atendimento acontece em um dos turnos e em um dia da semana, conforme escalas mensais dos profissionais de saúde.

Na URM, o atendimento ocorre nos dois turnos, à exceção das consultas médicas, que têm os dias preestabelecidos e mediante o que foi agendado para aquele dia.

Observou-se ainda, através das falas dos entrevistados que há um desenvolvimento de ações integradas do Programa de Controle da Hanseníase com a APS/ UBS e Unidade de Referência Municipal e Vigilância.

“Sim, sempre há integração... campanhas escolares integradas com a atenção básica e referência; ações pontuais; rotinas de serviços da referência e atenção primária de saúde...” (C2).

“Para esclarecimento de diagnóstico, diagnóstico diferencial das reações e outras patologias... BAAR... biópsia de pele, definição de condutas frente aos estados reacionais graves e tratamento com drogas anti-reacionais alternativos... diagnóstico de recidiva e em < 15 anos envio para o Bairro de Fátima (referência municipal)... Para os casos de calçados especiais, de órteses, internação de casos graves e neurolise envio para o Aquiles Lisboa (referência estadual)...” (PROF ESF4).

“O que não é resolvido aqui... bem...vai para o Genésio Rego como diagnóstico diferencial, condutas em estados reacionais graves, confecção de calçados especiais e órteses... para o Aquiles(Hospital de Referência Estadual) enviamos tanto os pacientes em estados reacionais graves como os que precisam ser internados... para o Dutra (ILA)quem precisa da cirurgia de neurolise...Não sei te dizer para onde manda biópsia de pele... as demais situações são resolvidas aqui...” (PR2).

“As atividades que são feitas aqui na unidade durante o tratamento e pós a alta por cura são o exame dermatoneurológico, o diagnóstico de hanseníase, o diagnóstico das reações e recidivas e outras patologias, o tratamento medicamentoso PQT, educação continuada com o usuário e população... Essas outras atividades, manda para a referência e a vigilância é que monitora o programa e o SINAN...” (G2).

Entretanto, existem ainda, profissionais que não conhecem o fluxo de referência de determinadas situações, como se observou nas falas abaixo.

“Não sei onde faz biópsia de pele... as demais situações se resolvem aqui...” (PR3).

“Não sei onde faz biópsia de pele, diagnóstico em menores de 15 anos, confecção de calçados especiais, confecção de órteses. Não sei onde interna os casos graves de reações e cirurgias...” (PROF ESF6).

Em relação a capacitação dos profissionais que atuam no PCH, a medida que a coordenação do programa oferece treinamentos em ações básicas e prevenção de incapacidades, os mesmos são chamados a participar conforme suas disponibilidades. Entretanto, observou-se que há uma rotatividade de profissionais, principalmente o médico, interferindo na resolutividade do programa.

Para o acompanhamento e atualização dos indicadores epidemiológicos e operacionais do PCH, o mesmo é realizado a partir da notificação e investigação dos casos, tanto pelas UBS como pelas referências e monitorado através do boletim de acompanhamento mensal da hanseníase. Essas informações são essenciais para subsidiar as avaliações das intervenções bem como embasar o planejamento de novas ações do PCH. Observou-se que o boletim é fornecido bimensalmente às unidades pela coordenação do PCH e não mensalmente como preconiza o programa.

O distrito do Tirirical é um dos distritos com o maior número de casos registrados no Sistema de Informação (SINAN) nos últimos 05 anos, excetuando-se os distritos que têm em seus limites, as unidades de referências secundárias.

Considerando ser esta, uma pesquisa de cunho avaliativo e não epidemiológico, optou-se por apenas mostrar o número casos notificados residentes segundo o SINAN de pacientes que realizaram tratamento para hanseníase em São Luís, no Distrito do Tirirical, nas UBS Cidade Olímpica segundo base de dados do SINAN e a distribuição de casos de hanseníase nos anos estudados, das UBS Olímpica 1 e 3, e da URM (Centro de Saúde de Fátima) e dados segundo o SINAN.

Na tabela abaixo (tabela 4) mostrou o número de casos notificados residentes segundo o SINAN, de pacientes que realizaram tratamento para hanseníase em São Luís, no Distrito do Tirirical, nas UBS Cidade Olímpica 1, 2 e 3 nos anos de 2014 e 2015.

**Tabela 4 - Distribuição dos casos notificados de hanseníase residentes por ano segundo dados do SINAN em São Luís, no Distrito do Tirirical, no bairro Cidade Olímpica, e suas respectivas porcentagens, nos anos de 2014 e 2015, São Luís - MA, 2016.**

Ano Diagnóstico	Total de casos notificados residentes segundo SINAN 2014-2015					
	São Luís		Distrito do Tirirical		Bairro Cidade Olímpica	
	Nº	Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase*	Nº	Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase*	Nº	Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase*
2014	616	60,69	156	64,23	52	164,36
2015	692	68,18	208	85,64	51	161,20
<b>Total</b>	<b>1308</b>		<b>364</b>		<b>103</b>	

Fonte: SÃO LUÍS, 2016c.

\*Taxa de detecção por 100.000 hab./Censo IBGE, 2010

Observou-se que nos anos estudados, apesar da diferença de números de casos de um ano para o outro, os dados encontrados no SINAN mostraram uma taxa de detecção anual foi  $> 40,0 / 100.000$  hab., caracterizando o município de São Luís, o Distrito do Tirirical e o Bairro Cidade Olímpica como hiperendêmicos, havendo um destaque em 2014 ( $135,91/100.000$  hab), para o bairro Cidade Olímpica.

Observou-se ainda que, de um total de 1.308 casos notificados residentes em São Luís, segundo os dados coletados no SINAN, as unidades do Distrito do Tirirical notificaram 364 ( 27,82 %) dos casos, desses, 103 (7,87%) casos foram notificados pelas UBS Olímpica 1, Olímpica 2 e Olímpica 3, no Bairro Cidade Olímpica que se encontra inserida no distrito do Tirirical. Para este estudo, trabalhou-se apenas com os dados das UBS 1 e 3 considerando a seleção das mesmas como unidades de análise.

A seguir (Tabela 05), temos a distribuição de casos de hanseníase nos anos estudados, das UBS Olímpica 1 e 3, e da URM (Centro de Saúde de Fátima) e dados segundo o SINAN onde foi observada uma diferença de informação entre o encontrado nas unidades de estudo, com um total de 323 casos de hanseníase e os encontrados na base de dados do SINAN, com um total de 243 casos registrados dessas unidades, como vemos na tabela abaixo.

**Tabela 5 - Distribuição dos casos de hanseníase por ano segundo dados dos prontuários e/ou livros de registros dos pacientes residentes atendidos pelas unidades de saúde estudadas e segundo base de dados do SINAN, nos anos de 2014 e 2015, São Luís - MA, 2016.**

Ano	UBS Olímpica 01	UBS Olímpica 03	URM	SINAN		
				UBS Olímpica 01	UBS Olímpica 03	URM
2014	16	33	119	06	26	87
2015	25	08	122	10	07	107
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>41</b>	<b>241</b>	<b>16</b>	<b>33</b>	<b>194</b>

Fonte: Prontuários, livro de registros de casos UBS Olímpica 1 e 3, U. R. Municipal, SINAN, São Luís - MA, anos 2014-2015. (SÃO LUIS, 2016c)

Com relação aos casos de hanseníase encontrados no livro de registro e/ou prontuários, na atenção primária e na Unidade de Referência Municipal (URM) encontraram-se os seguintes números.

Observou-se que, na atenção primária, nas 02 UBS foram registrados 82 casos nos anos pesquisados onde, a UBS 3 registrou mais casos em 2014, com 33 casos e a UBS 1, em 2015 com 25 casos. A URM registrou mais casos (122) em 2015, com pouca diferença do ano anterior.

Com relação ao número de casos registrados no SINAN, a UBS 3 registrou mais casos (26) em 2014 e a UBS 1, mais casos (10) em 2015. A URM também

Nota-se que ainda persiste um maior registro de casos diagnosticados e notificados na unidade de referência, apesar da descentralização do atendimento do PCH para a atenção primária, no Município já demandar bastante tempo, o que requer intensificações de ações da coordenação do PCH em conjunto com a superintendência de atenção primária no sentido de incentivar a descentralizações dos serviços do PCH no Município de São Luís- MA.

Observou uma grande divergência de informação do número de casos encontrados com prontuários e/ou registrados no livro de controle de pacientes com os dados inseridos no SINAN, apesar de 100% dos entrevistados afirmarem que todos os casos são notificados para a vigilância epidemiológica.

Somando os dois anos estudados nas UBS 01, UBS 03 e URM, e os encontrados no Sistema de Informação, há uma diferença de 80 casos que não foram registrados no SINAN, nos anos de 2014-2015, sendo 47 casos encontrados na atenção básica e 33 casos encontrados

na URM e isso caracteriza subnotificações de casos de hanseníase pelas unidades estudadas, prejudicando o monitoramento do progresso da eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública.

Resultados idênticos foram encontrados em trabalho realizados por Antunes (2012) em Cárceres – MT onde as informações da base de dados do SINAN indicavam que no período de 2004 a 2009 foram registrados 385 casos de hanseníase no município os encontrados em prontuários totalizavam 419 casos, portanto, com uma diferença de 34 prontuários a mais ou 8,83% de casos.

Observou-se que tanto em 2014 como em 2015 houve um maior número de casos classificados como multibacilares nas duas fontes de informações, apesar da não concordância nos dados.

Segundo o Brasil (2016a) esse indicador tem como utilidade, avaliar os casos em riscos de desenvolver complicações e para o correto reabastecimento do PQT (BRASIL, 2016a).

### **5.2.2 Coordenação do programa de controle da hanseníase**

A coordenação do PCH é de responsabilidade da SEMUS, através da superintendência de Vigilância Epidemiológica e é coordenado por uma enfermeira com MBA em Gestão em Saúde e atualmente mestranda em Vigilância Epidemiológica pela FIOCRUZ com experiência técnica e administrativa voltada para o PCH.

Cabe a coordenação do PCH no nível central (Vigilância Epidemiológica) monitorar e avaliar as ações assistenciais nas UBS e referências e os indicadores epidemiológicos e operacionais do programa. Tem ainda como estratégia, treinar e capacitar os profissionais atuantes no programa com o objetivo de melhorar a qualidade de assistência aos portadores de hanseníase.

A coordenação do PCH funciona, atualmente com 02 profissionais de nível superior em regime de serviço prestado (01 coordenador do programa e 01 técnico responsável pela digitação das fichas de investigação, no SINAN e 01 de nível médio, da FUNASA), havendo uma carência de profissionais para atuar no PCH em nível de vigilância, segundo a coordenação.

O programa não tem espaço próprio, está instalado em conjunto com outros programas como dengue, tuberculose e outros. O veículo para as ações do programa não é exclusivo, é compartilhado com outros setores.

Com relação aos impressos utilizados no PCH, à exceção do livro ata, de registro dos casos, que está em falta, todos os demais existem em quantitativo suficiente para a demanda de uso nas unidades, onde funciona o PCH.

A coordenação do PCH em parceria com a SEMUS através do setor de Educação em Saúde e a coordenação da atenção básica realizam ainda, campanhas frequentes em mutirões nos distritos, em busca de suspeitos de hanseníase. Atualmente, estão trabalhando com as “ações inovadoras” nos Distritos do Coroadinho, Itaqui Bacanga e Tirirical. As ações inovadoras são realizadas em parceria com as escolas para suspeição de casos de hanseníase em escolares.

Os trabalhos com as “ações inovadoras” nos anos de 2014 e 2015, em São Luís, realizaram 24.847 visitas domiciliares (14% dos domicílios), onde foram examinadas 68.853 pessoas e 64.066 contatos sendo detectados 87 casos novos de hanseníase e desses, 19 casos foram em < de 15 anos (MARANHÃO, 2016).

### **5.2.3 Recrutamento e qualificação de recursos humanos para o PCH**

Com relação ao recrutamento de recursos humanos para o programa de controle da hanseníase segue o padrão que a prefeitura e a Secretaria Municipal de Saúde adotam para a pasta como um todo.

Os profissionais são selecionados por meio de concurso público através de provas e títulos (servidores efetivos ou estatutários); por meio de contratos diretos (servidores contratados ou temporários); nomeações para cargos em comissão e de função de confiança. Também compõem o quadro, servidores cedidos por outros órgãos. Os gestores locais não têm autonomia para contratação de recursos humanos, casos haja necessidade.

O quadro abaixo mostra a relação dos profissionais entrevistados que trabalham no PCH e possuem treinamento em ações básicas e em prevenção de incapacidade, tanto na atenção primária como na unidade de referência municipal.

**Quadros 16 – Profissionais entrevistados na avaliação do PCH, com treinamento em ações básicas e PI das Unidades analisadas, São Luís - MA, 2016.**

Profissionais	Ações Básicas	Prevenção de Incapacidade (PI)
Gestores	01	
Coordenadores	02	01
Médicos	06	02*
Enfermeiros	06	01*
Fisioterapeutas	02	02*
Terapeutas Ocupacionais	02	02*
ACS**	12	-
Total	31	08

Fonte: SÃO LUIS, 2016c.

\*Profissionais da URM

\*\* Ações inovadoras

Observou-se que todos os entrevistados tinham treinamento em ações básicas do PCH, entretanto, com relação à prevenção de incapacidades (PI), somente os profissionais da Unidade de Referência Municipal (URM) eram treinados, excetuando 01 profissional enfermeiro que era treinado somente em ações básicas.

Segundo a coordenação do PCH, os ACS são treinados para suspeição de casos, entretanto, quando questionados se participaram de algum curso sobre diagnóstico e/ou vigilância epidemiológica da hanseníase nos últimos 05 anos, 83,33% (10) disseram não ter feito nenhuma capacitação em hanseníase nos últimos 05 anos e esse mesmo percentual acredita que a participação em cursos de capacitação contribui para mudança na sua conduta com relação a qualidade da suspeição, do diagnóstico e vigilância epidemiológica dos casos de hanseníase, como vemos nas falas abaixo.

“Ajuda muito a gente a “diagnosticar”... ajuda principalmente quando se tem uma reciclagem... porque hoje a gente faz o curso e pratica... saúde está sempre se renovando. Acredito que a reciclagem é muito bom...” (ACS3).

“Sim, com certeza que participar de cursos melhoraria minha conduta...” (ACS7)

“O aprendizado serve para alguma coisa...” (ACS9)

“O que se aprende e sabe informar a comunidade é gratificante...” (ACS10)

Observou-se ainda da importância do profissional de nível superior com capacitação no PCH e quando questionados quanto a serem liberados para participar de atividades de educação continuada sobre o PCH oferecidos em âmbito municipal ou estadual ou se foram orientados quanto ao preenchimento das fichas de atendimentos do PCH, ou ainda, se utilizam

os manuais e as normas e protocolos do MS todos foram unânimes em dizer que são orientados quanto ao preenchimento de fichas e boletins utilizados no programa e que utilizam sim, os manuais, normas e protocolos, algumas vezes ou frequentemente, apesar de que somente encontrei disponível em uma unidade de saúde. Quanto a serem liberados para participar de atividades de educação continuada sobre o PCH, 94% (31) responderam que sim, entretanto, 6% (02) disseram não ser liberados como vimos nas falas abaixo.

“Não [...] porque a demanda reprimida é muito grande e me impede sair da UBS” (PROF ESF4).

“Sou... Sim... quer dizer, nem toda vez... exceto na falta de um profissional para ficar na unidade” (PR1).

### 5.3 DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO: COMPONENTE ESTRUTURA E PROCESSO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE - PCH, NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS

#### 5.3.1 Descrição da intervenção

A descrição da intervenção está focada na qualidade das ações de saúde do PCH, considerando estrutura e processo, conforme modelo lógico. As ações do PCH é proposta pela educação em saúde, investigação epidemiológica para o diagnóstico oportuno de casos, tratamento dos casos até a cura, prevenção e tratamento de incapacidades, vigilância epidemiológica e exame de contatos com orientações e aplicação de BCG.

### 5.4 ANÁLISE DO GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO

#### 5.4.1 Grau de implementação do componente de estrutura (insumos) e de processo (atividades) da UBS Antônio Carlos Reis (UBS Cidade Olímpica 01)

Em relação à UBS Olímpica 01, o PCH nesta unidade era trabalhado por 03 ESF e ofereciam ações de assistência do Tipo I e a partir dos dados levantados, observou-se que alguns critérios/indicadores não alcançou pontuação máxima esperada na verificação de disponibilidade de insumos bem como na verificação da qualidade técnico científica das ações prestadas conforme normas e diretrizes do PCH.

É uma unidade com estrutura e espaço físico padronizado conforme recomendação e orientações específicas de infraestrutura do Departamento de Atenção Básica/SAS/MS.

Em relação ao espaço físico, as unidades com a inserção das ESF seguem um mesmo padrão com rampa de acesso para deficientes, área de acolhimento com bancos para a acomodação dos usuários, enquanto esperam seus atendimentos com acesso a banheiros masculino e feminino.

Possui um auditório que poderia favorecer palestras educativas à comunidade sobre o programa, entretanto, não se observou o uso do mesmo durante as visitas para esse fim.

Os consultórios possuem macas e mobiliário adequados, entretanto, entretanto, não possuem luz e ventilação natural (são artificiais) o que seria mais adequado para o atendimento ao portador do PCH apesar de o atendimento ser realizado com porta fechada e reservado, apenas com o profissional e o paciente, salvo os casos que necessitam de acompanhante. Segundo as normas do PNCH ara o atendimento do programa é que se fizesse uso de ventilação e luz natural, considerando que a transmissão da doença se dá por vias respiratórias.

As normas técnicas e protocolos não estavam acessíveis à equipe conforme observação direta da pesquisadora, apesar dos entrevistados (100%) informarem terem acesso às normas ou ter as mesmas na UBS.

“Sim, tenho acesso... somente pelo meu celular” (PROF ESF6)

“Acho que tem aqui” (G1)

O kit para exames de suspeição como tubos de ensaios, alfinetes, algodão, pinça, bico de Bunsen estavam incompletos, portanto, inadequado. Não havia pinça para manipulação dos alfinetes nos testes de sensibilidade.

Os materiais de consumo como algodão, éter ou álcool, impressos estavam adequados mas não havia fitas de HGT e com relação a existência de equipamentos para monitoramento de corticoterapia como aparelho de PA, balança adulta e infantil e glicosímetro, observou-se que não estava disponível o glicosímetro bem como as fitas HGT para glicemia capilar, portanto, inadequado.

Ao se questionar os informantes sobre o monitoramento de pressão arterial, peso e glicemia dos pacientes em uso de corticoterapia confirmaram que antes da consulta médica 50% responderam sim e que as informações eram registradas no prontuário do paciente.

“Só afere PA e peso [...] não faz glicemia capilar [...] essas informações são registradas na ficha geral de consulta do prontuário” (PROF ESF2)

“Sim... pesa, afere PA e faz glicemia capilar e essas informações são registradas no prontuário” (PROF ESF8).

Os medicamentos substitutivos como a ofloxacina não estavam disponíveis no estoque da farmácia bem como os medicamentos anti-reacionais como a prednisona, talidomida e pentoxifilina. Segundo informação da agente administrativa que trabalhava na farmácia, a unidade não era habilitada para fornecer anti-reacionais como a talidomida e pentoxifilina, somente nas unidades de referência. Na UBS somente entregava a prednisona que estava em falta na unidade; não havia insumos para prevenção de incapacidade como talas, colírios, calçados.

“Excetuando as medicações de Talidomida e Pentoxifilina, esses materiais para biópsia de pele e BAAR, bem como os insumos para a prevenção de incapacidades que não vem para nós, na UBS, todos os demais têm sim [...] sempre” (G1).

Não havia ou não estavam disponíveis materiais para educação em saúde em hanseníase como folders, cartazes, cartilhas para uso nas unidades. Segundo os entrevistados, quando questionados se na unidade onde trabalhavam existiam materiais educativos sobre hanseníase, tipo: folders, cartazes, cartilhas, vídeos e se eram suficientes para distribuição na rede para orientar e esclarecer a comunidade sobre a doença referiram que não eram suficientes e esporadicamente, são disponibilizados.

“Não [...] no momento não tem” (ACS 04).

“Não [...] Só em campanhas” (ACS 7).

“Não tem [...] caso a gente necessite, conseguimos” (ACS 10).

O critério lupa/ lanterna e fio dental para avaliação dos olhos estavam inadequados, pois a lanterna estava sem pilhas.

Em relação à existência de transporte para realização de visita domiciliar, todos os entrevistados foram unânimes em suas falas da não existência de veículo para esse fim quando questionados se sabiam referir da existência de transporte para realização de visitas domiciliares, dificultando o acesso da equipe aos portadores de hanseníase faltosos ou em abandono.

“Não tem [...] a SEMUS suspendeu” (PROF ESF7).

“Não tem veículo para visita domiciliar” (G1)

“Uma dificuldade é a locomoção da equipe para a área... não tem carro” (ACS8).

Sabe-se que a visita domiciliar é essencial para resgate e busca de faltosos do PCH e a inexistência de transporte para o acesso aos pacientes dificulta a realização de algumas ações do programa.

Apenas o serviço do PCH na vigilância possui veículo compartilhado para realizar supervisões.

Com relação aos impressos utilizados no PCH, todos estavam adequados exceto a ficha de investigação de intercorrência após alta por cura/ficha de investigação de suspeita de recidiva que não estava disponível no momento da pesquisa. A distribuição dos impressos utilizados no PCH é feito pela coordenação do programa na vigilância epidemiológica.

“Com relação aos impressos, acho que tem o livro [de registro dos pacientes] e a ficha de notificação... os demais [...] não sei se tem na UBS” (G1).

“Todos os impressos estão disponíveis, nesse setor, em quantidade suficiente para distribuição na rede de saúde do distrito do Tirirical, nas UBS e URM a exceção do livro preto que está em falta” (C2).

E, quanto ao preenchimento do prontuário estava pouco adequado como registro de doses completas no prontuário e no livro constando como transferido, ou doses completas mas sem registro de alta no prontuário ou no livro de controle. Existiam 04 casos que não constavam no livro e nem no SINAN, mas tinham prontuários e com tratamento completo e alta por cura; prontuários sem informações de contatos mas que estavam registrados no livro, dose registrada no cartão de aprazamento sombra mas sem registro no prontuário.

A unidade não possui sala destinada à coleta de BAAR e biópsia de pele e nem têm pessoal treinado para sua realização. Desta forma, encaminha todos os pacientes que necessitam da mesma para a unidade de referência. Por isso, os critérios existência de laboratório equipado para apoio diagnóstico; existência de sala para coleta de BAAR; material para apoio diagnóstico (BAAR, biópsia de pele e rotina de sangue/fezes e urina) não foram avaliados por não existir na atenção básica. Portanto, não se aplica. Os demais critérios /indicadores pontuaram 100%

A disponibilidade dos recursos materiais da UBS Olímpica 01 obteve grau parcialmente adequado à custa da inadequação e insuficiência de itens avaliados com percentual entre 0% a 80%.

Na verificação da qualidade técnico científica das ações da UBS Cidade Olímpica 01 observou-se que o conhecimento técnico-científico dos profissionais (formação em Hanseníase) está pouco adequado. Os profissionais da atenção básica são treinados apenas em ações básicas e estão aguardando treinamento em prevenção de incapacidades, conforme informação da coordenação do PCH. Observou-se que 66,66% dos informantes terem referido que apresentavam alguma dificuldade na realização do diagnóstico e tratamento clínico da hanseníase mas recorrem às normas e manuais para tiraram suas dúvidas. Entretanto,

observou-se pelas falas abaixo dos informantes, que esses profissionais têm as mínimas habilidades necessárias em lidar com os suspeitos e pacientes portadores de hanseníase.

“A partir da suspeição em lesões, fazemos os testes de sensibilidade e quando alterados, encaminhamos para a consulta médica para confirmação do diagnóstico [...] A partir do diagnóstico médico, iniciamos a dose supervisionada e a entrega do blister com aprazamento para comparecer no mês seguinte” (PROF ESF2).

“Após confirmado o diagnóstico, faz-se a notificação e avaliação neurológica e acompanha mensalmente [...] A dose supervisionada é feita na UBS e o ACS acompanha esse paciente” (PROF ESF3).

“O diagnóstico é clínico através dos achados de lesões dermatoneurológicas suspeitas [...] Dependendo da idade e da forma clínica, o tratamento é feito com os blisters por 06 meses ou 01 ano [...] A dose supervisionada é sempre realizada na unidade, sendo administrada por um profissional de saúde” (PROF ESF5).

“Verifico a presença de alterações nas lesões de pele [...] Classifico em PB ou MB [...] prescrevo o tratamento de 06 ou 12 meses e faço a dose supervisionada” (PROF ESF6).

Os critérios/indicadores como notificação de 100% dos casos de hanseníase foi pouco adequado.

Quando se questionou aos informantes se todos os casos de hanseníase diagnosticados são notificados para a vigilância epidemiológica, 100% dos informantes afirmaram que sim, entretanto, observou-se a discordância de casos encontrados na UBS e os registrados no SINAN, implicando em não notificação de 100% dos casos.

O critério conhecer o número de casos novos de hanseníase diagnosticados no ano e conhecer número de casos em tratamento regular; conhecer número de casos em < 15 anos, conhecer número de casos com recidiva conhecer número de casos com incapacidades e sequelas, também estavam pouco adequados. Houve divergência de respostas em relação aos encontrados.

Observou-se que 100% dos informantes não sabiam os números de casos diagnosticados e em tratamento regular e 66,66% não sabiam o quantitativo de casos em < 15 anos que estavam em tratamento no ano em que foi realizada a pesquisa, bem como 100% não sabiam de casos com recidiva ou com incapacidade ou sequelas quando questionados sobre esses critérios, entretanto observou-se a seguinte fala sobre ter caso de recidiva na área que é discordante com os números encontrados, pois não havia registro em prontuários como recidiva nem nos anos avaliados e nem no ano em que a pesquisa foi realizada. E aqui levanta-se uma questão, é recidiva ou reação?. Esses critérios ficaram com percentuais 0%.

Os critérios/indicadores a realização de atividades de prevenção de incapacidades implicam em educação em saúde, avaliação do grau de incapacidade para monitoramento de

sequelas e estímulo ao autocuidado, e também foi um indicador pouco adequado para o esperado.

Em relação a prevenção de incapacidades por técnicas , 50% dos informantes responderam que era desenvolvida na unidade tanto pelo profissional médico quanto pela enfermagem através das orientações e estímulo para o autocuidado individualmente durante as consultas mas no que se refere as atividades de educação em saúde para os pacientes do PCH e/ou comunidade, 66.66% dos profissionais não o realizam e os que realizam responderam com as seguintes falas.

“Abordo dados e conceitos sobre a doença, mitos e tabus sobre as mesmas, cuidado com o portador” (PROF ESF2)

“Foco a psicologia dos pacientes com hanseníase” (PROF ESF7)

Os casos com avaliação do GI e função neural no momento do diagnóstico e da cura, estavam pouco adequados variando de 50% e 80%, apesar de 100% dos informantes afirmarem que faziam o GI tanto no diagnóstico como na alta. Os resultados das falas são discordantes com os encontrados nos prontuários/livros e SINAN através do roteiro de observação direta (APÊNDICE I).

Em relação às visitas domiciliares em busca de faltosos e em busca dos contatos observou-se pelas falas dos entrevistados que 100% dos ACS fazem as visitas domiciliares em busca de faltosos e realiza busca ativa dos contatos domiciliares.

“Sim [...] faço visita e vou resgatar quem tá faltando” (ACS 4).

“Sim [...] faço a visita pra saber por que está faltando” (ACS 12).

“é feito sim [...] encaminho “pro” posto para fazer o exame com a enfermeira da área” (ACS 8)

“Sim [...] encaminho para ser avaliado” (ACS 12)

Entretanto, há discordância nas falas dos demais entrevistados em relação a informar se é feita busca ativa dos pacientes em abandono do tratamento.

“Sim [...] é feito a partir da busca realizada pelo ACS da equipe” (PROF ESF2)

“Sim [...] através da visita domiciliar” (PRO ESF7)

“Sim [...] Através do contato telefônico, visita domiciliar e do ACS” (PRO ESF5)

“Não [...] não é feito” (PRO ESF2)

“Não [...] se fosse feito, não teria casos em abandono” (PRO ESF6).

Também há discordância nas falas dos demais entrevistados em relação a informar se é feita busca ativa para o controle dos contatos dos pacientes em tratamento regular.

“Quando se faz o diagnóstico, solicito ao portador que encaminhe os contatos a unidade para avaliação” (PRO ESF7)

“É feito a avaliação e exame físico dos contatos” (PRO ESF5)

“Não” (PROF ESF6)

“Não sabe” (PROF ESF8).

Dentro do PCH, todos os pacientes que apresentarem necessidade de diagnóstico diferencial entre recidiva e quadros reacionais, quadros reacionais graves ou de difícil controle e internação são encaminhados para as referências Tipo II e/ou II.

Observou-se que 100% dos profissionais da atenção básica referenciam os pacientes que requerem uma assistência nas referências de apoio.

“Para esclarecer o diagnóstico e fazer diagnóstico diferencial das reações e outras patologias, exame de BAAR, definição de condutas frente aos estados reacionais graves e tratamento com drogas anti-reacionais e substitutivos bem como diagnóstico de recidiva mando para o Bairro de Fátima [referencia municipal] (PROF ESF6).

Entretanto, esse critério também está pouco adequado em relação ao preenchimento da guia de referência e contra referência e a análise sistemática dos processos de referência e contra referência.

“Mau preenchimento da guia de referência... sem história do paciente com dados irrisórios [...] os registros vem bem simples, sem avaliação, sem história detalhada [...] às vezes vem a ficha limpa só com os dados do paciente... os pacientes defendem que não tem quem preencha a ficha e nem quem faça a avaliação lá [na atenção primária]” (PR3)

“Ainda não há descentralização como deveria, os pacientes não tem resolutividade [...] falta médico [...] falta medicação e os pacientes voltam pra cá [unidade de referência municipal]” (G3)

Os profissionais entrevistados mostraram ainda, as dificuldades encontradas, relacionadas ao sistema de referência e contra referência para a assistência aos portadores de hanseníase. As dificuldades descritas pelos profissionais, nas falas abaixo, em relação s referências dizem respeito ao acesso as unidades, a clareza das informações para atendimento.

“A locomoção dos pacientes [...] reclamam da distância de ir pra referência ” (PRO ESF8)

“Já ocorreu da referência não entender ou não leu o prontuário da UBS e se equivocar quanto ao que já foi feito pelo paciente e mudar a conduta do médico da ESF, sem necessidade” (PRO ESF7).

A URM está localizada no distrito Coroadinho e leva em média 60 a 90 minutos de percurso, entre o bairro Cidade Olímpica e o Centro de Saúde de Fátima (URM), se utilizar os

ônibus que passam em terminais rodoviários.

O registro das informações sobre o usuário em prontuário está pouco adequado. O prontuário é um importante instrumento de informações sobre o paciente e suas intercorrências. Encontraram-se prontuários com informações incompletas em relação à dose, se reacional, se terminou o tratamento ficando com um percentual de registro pouco adequado para o critério esperado.

Quanto ao acompanhamento dos casos em Boletim da VE, estes eram enviados bimensalmente pela VE para as unidades e o monitoramento do sistema de informação e esses critérios estavam pouco adequados com percentuais variando de 25% a 50% do esperado.

Sabe-se que o acompanhamento mensal dos casos em tratamento se dar pela emissão do Boletim de Acompanhamento que deve ser enviado às unidades de saúde para preenchimento e devolução no final de cada mês, a fim de retroalimentar o SINAN.

Observaram-se pelas falas dos entrevistados discordâncias quanto haver divulgação rotineira das informações consolidadas para monitorar e avaliar os casos de hanseníase através de boletins, encontros ou reuniões, palestras e/ou estratégia semelhante para atualizar as unidades e os profissionais do número de casos entre coordenação de vigilância/unidades básicas e unidades de referências.

“Sim, algumas vezes são divulgados” (G1)

“Acho que falta a atenção básica convocar para divulgar essas informações [...] porque quando ela convoca é só pra treinamentos [...] para ACS, para enfermeiro” (G3).

“Sim, é necessário essas informações porque à partir destes encontros, poderíamos potencializar as ações realizadas pela equipe no sentido de não “perder” casos” (PRO ESF2).

Por fim, questionou-se aos informantes o que seria necessário para melhorar a assistência do PCH e os informantes colocaram que é necessária uma maior parceria entre os níveis de referência e a coordenação do PCH e atenção básica e que não faltasse os insumos, principalmente os medicamentos e capacitações.

“Eu gostaria que todos os profissionais de saúde fossem capacitados assim como os enfermeiros [...] os técnicos [...] os agentes [...] porque a gente é que está lá na ponta, nós estamos lá na ponta porque o primeiro diagnóstico (suspeição) quem faz somos nós” (ACS 5).

“Não faltar o insumo (medicamento) necessidade da equipe do NASF na área [...] capacitação da equipe saúde da família” (ACS 8).

“Um acesso mais rápido na atenção das UBS e nas referências” (ACS 10).

“Faz-se necessário melhorar esse atendimento na atenção básica que é quem executa as ações [...] o problema todinho está lá na atenção básica. Teve um paciente que foi diagnosticado na ação social e encaminhado para a unidade próximo do domicílio

pra iniciar o tratamento [...] quando chegou na unidade, o médico disse que lá não tratava de hanseníase [...] pra ir para outra unidade de saúde”(C2)

“Maior envolvimento de toda a equipe nas ações realizadas e veiculo para a realização de busca ativa quando necessária”(PROF ESF2).

“Treinamento e comprometimento de toda a equipe e adesão dos pacientes” (PROF ESF3)

A partir da descrição do caso e do preenchimento da matriz de análise e julgamento (Quadro 17 e 18) podemos perceber que o componente estrutural insumos encontra-se parcialmente implantado (74,09%) e o componente atividades está parcialmente implantado (53,55%).

O somatório dos componentes relacionados a INSUMOS e ATIVIDADES revela que o PCH na UBS 01 apresenta-se parcialmente implantado, visto que seu escore total foi igual a 64,34%.

**QUADRO 17 - MATRIZ DE ANÁLISE E JULGAMENTO – COMPONENTE ESTRUTURAL INSUMOS UBS OLÍMPICA 01**

Componente estrutural	Dimensão	Subdimensão	Indicadores ou Critérios	Relevância	Pontos Esperados (PE x GR)	Pontos de Corte	Pontos Obtidos (PO x GR)	Grau de Implantação GI= PO/PE x 100
INSUMOS	QUALIDADE	DISPONIBILIDADE	Recursos humanos (tipo I, II).	RRR	100	Adequado =10 Pouco Adequado = 5 Inadequado = 0	100	100%
			Normas técnicas e protocolos acessíveis a equipe	RR	50	SIM= 10 NÃO = 0	0	0%
			Estrutura para acolhimento aos usuários (cadeiras, bebedouros, banheiro F e M).	RRR	100	Cadeiras: S= 4 / N=0 Bebedouros: S= 2 / N=0 Banheiro Público: S= 4/ N=0	100	100%
			Acessibilidade a portadores de deficiência	RR	50	SIM= 10 NÃO = 0	50	100%
			Espaço físico com mobiliário adequado	RR	50	Adequado =10 Pouco Adequado = 5 Inadequado = 0	25	50%
			Kit para exames de suspeição (tubos de ensaios, alfinetes, algodão, pinça, bico de Bunsen)	RRR	100	T.Ensaio : S=2 / N=0 Alfinetes: S=2 / N=0 Algodão: S=2 / N=0 Pinça: S=2 / N=0 B.Bunsen: S=2 / N=0	80	80%
			Existência de laboratório equipado para apoio diagnóstico.	RRR	100	SIM= 10 NÃO = 0	N.A*	N.A*
			Existência de sala para coleta de BAAR.	RR	50	Existe = 10 Sala adaptada = 5 Não Existe = 0	N.A*	N.A*
			Material para apoio diagnóstico (BAAR , biópsia de pele e rotina de sangue/fezes e urina)	RRR	100	BAAR : S=2 / N=0 Biópsia: S=2 / N=0 Sangue: S=2 / N=0 Urina: S=2 / N=0 Fezes: S=2 / N=0	N.A*	N.A*

		Material de Consumo (algodão, éter ou álcool, impressos, fitas de HGT).	RR	50	Algodão: S=2 /N=0 Álcool/éter: S=2 /N=0 Impressos: S= 4 / N=0 Fitas de HGT: S=2 / N=0	40	80%
		Existência de equipamentos (aparelho de PA, balança adulta e infantil, Glicosímetro).	RRR	100	Aparelho PA: S=3 / N=0 B. adulta: S=2 /N=0 B. pediátrica : S=2 /N=0 Glicosímetro: S=3 /N=0	<b>70</b>	<b>70%</b>
		Farmácia Climatizada.	RRR	100	SIM= 10 NÃO = 0	100	100%
		Medicamentos PQT (PB, MB e Substitutivos)	RRR	100	PQT-PB: S=4 / N=0 PQT-MB: S=4 / N=0 Alternativo: S=2 / N=0	80	80%
		Medicamentos anti-reacionais (prednisona, talidomida e pentoxifilina).	RRR	100	Prednisona: S=4 / N=0 Talidomida: S=4 / N=0 Pentoxifilina: S=2 / N=0	0 N.A N.A	0% N.A N.A
		Vacina BCG	RRR	100	SIM= 10 NÃO = 0	100	100%
		Insumos para prevenção de incapacidade	RRR	100	SIM= 10 NÃO = 0	0	0%
		Material para educação em saúde para hanseníase (folders, cartazes, cartilhas).	RR	50	Folders: S=4 / N=0 Cartazes: S=4 / N=0 Cartilhas: S=2 /N=0	0	0%
		Kit de estesiômetro para avaliação da função neural	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%

		Lupa/ lanterna e fio dental para avaliação dos olhos	RRR	100	Lupa: S=5 / N=0 Fio dental: S=5/N=0	50	50%
		Existência de transporte para realização de visita domiciliar	RR	50	SIM = 10 NÃO = 0	0	0%
		Existência de mapeamento das unidades para referência.	RR	50	SIM = 10 NÃO = 0	0	0%
		Livro de Registro de Pacientes e Controle de Tratamento	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%
		Ficha de Notificação (hanseníase) SINAN	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%
		Protocolo complementar de investigação diagnóstica em menores de 15 anos-PCID<15	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%
		Ficha de investigação de intercorrência após alta por cura/ficha de investigação de suspeita de recidiva	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	0	0%
		Formulário para avaliação do grau de incapacidade	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%
		Formulário para avaliação neurológica Simplificada.	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%
		Boletim de acompanhamento de casos mensal,	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%
		Formulário de Vigilância de Contatos Intradomiciliares,	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%
		Formulário de referência e contra referência,	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%
		Cartão de aprazamento de dose do paciente com hanseníase.	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%
		Prontuário (preenchimento)	RRR	100	Adequado =10 Pouco Adequado = 5 Inadequado = 0	50	50%
		<b>Total de pontos do componente estrutural insumos</b>		<b>2.800</b> <b>- 310*</b> <b>2.490</b>		<b>1.845</b>	<b>74,09%</b>

Fonte: Adaptado de BRANDÃO, 2011; LEAL, 2011.

Legenda: Legendas: **RR** – relevante; **RRR** – muito relevante

PE – pontos esperados; GR – grau de relevância; PO – pontos obtidos; GI – grau de implantação

\*Não se Aplica (-310 pontos)

**QUADRO 18 – MATRIZ DE ANÁLISE E JULGAMENTO – COMPONENTE PROCESSUAL ATIVIDADES DA UBS 01**

<b>Componente</b>	<b>Processo</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Subdimensão</b>	<b>Indicadores ou Critérios</b>	<b>Relevância</b>	<b>Pontos Esperados</b>  <b>(PE x GR)</b>	<b>Pontos de Corte</b>	<b>Pontos Obtidos</b>  <b>(PO x GR)</b>	<b>Grau de Implementação</b>  <b>GI= PO/PE x 100</b>
ATIVIDADES	QUALIDADE	QUALIDADE TÉCNICO CIENTÍFICO	Conhecimento técnico-científico dos profissionais (formação em Hanseníase).	RRR	100	Adequado =10 Pouco Adequado = 5 Inadequado = 0	50	50%	
			Acesso dos profissionais e gestores às capacitações em hanseníase.	RR	50	SIM = 10 NÃO = 0	50	100%	
			Utilização de Normas e Protocolos e manuais.	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%	
			Organização dos fluxos de atendimento.	RR	50	Adequado=10 Pouco Adequado = 5 Inadequado=0	50	100%	
			Realização de atividades Educativas/Informações sobre hanseníase com os usuários e comunidade	RR	50	Grupo=5 Individual=5 Não realizam =0	50	100%	
			Realização de exame clínico de suspeição, solicitação de exames quando necessário	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%	
			Instituição e acompanhamento da dose mensal supervisionada, com consultas de retorno pré agendadas para profissionais de nível superior.	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%	
			Notificação de 100% dos casos de hanseníase	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	0	0%	
			Conhecer o número de casos novos de Hanseníase diagnosticados no ano.	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	0	0%	
			Conhecer número de casos em tratamento regular	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	0	0%	
			Conhecer número de casos em < 15 anos	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	0	0%	
			Conhecer número de casos com recidiva	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	0	0%	
			Conhecer número de casos com incapacidades e sequelas.	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	0	0%	

		Conhecer o Número de Pacientes em tratamento de Estados Reacionais.	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%
		Realização de atividades de Prevenção de Incapacidades.	RRR	100	Educação em Saúde=2 Avaliação do GI= 4 Estímulo auto-cuidado= 4 Não realiza = 0	80	80%
		Casos com avaliação do GI e função neural no momento do diagnóstico e da cura.	RRR	100	Diagnóstico/alta =10 Só diag ou alta = 5 Nenhuma = 0	50	50%
		Visitas domiciliares em busca de faltosos pela equipe	RR	50	Adequado = 10 Pouco adequado = 5 Inadequado = 0	25	50%
		Exame de contatos	RRR	100	Adequado=10 Pouco Adequado = 5 Inadequado=0	50	50%
		Encaminhamento aos serviços de referência	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%
		Preenchimento da Guia de Referência e Contra-Referência	RR	50	Adequado=10 Pouco Adequado = 5 Inadequado=0	25	50%
		Respostas dos casos encaminhados às referências	RRR	100	Adequado=10 Pouco Adequado = 5 Inadequado=0	100	100%
		Análise sistemática dos processos de referência e contra-referência	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	0	0%
		Registro das informações sobre o usuário em prontuário.	RRR	100	Adequado=10 Pouco Adequado = 5 Inadequado=0	50	50%
		Acompanhamento dos casos em Boletim da VE	RR	50	Adequado=10 Pouco Adequado = 5 Inadequado=0	25	50%
		Atualização do Sistema de Informação	RR	50	SIM = 10 NÃO = 0	50	100%
		Monitoramento do Sistema de Informação	RRR	100	Adequado=10 Pouco Adequado = 5 Inadequado=0	50	50%
		<b>Total de pontos do componente estrutural atividades</b>	-	<b>2.250</b>	-	<b>1.205</b>	<b>53,55%</b>
<b>Grau de Implementação</b>		<b>Somatório dos componentes Insumo e atividades</b>	-	<b>4.740</b>		<b>3.050</b>	<b>64,34%</b>

#### **5.4.2 Grau de implementação do componente de estrutura (insumos) e de processo (atividades) da UBS Jailson Viana (UBS Cidade Olímpica 03)**

O PCH nesta unidade era trabalhado por 03 ESF e ofereciam ações de assistência do Tipo I. Entretanto apenas uma equipe foi avaliada. Uma equipe estava incompleta sem o profissional médico há mais ou menos 06 meses e havia passado para Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) até o retorno de um médico para a equipe e uma outra, o profissional médico entrara na equipe em julho e no período da pesquisa estava com apenas 60 dias integrado à ESF. Portanto, com exclusão de 02 ESF da pesquisa.

Em relação à UBS Olímpica 03 a partir dos dados levantados, observou-se que alguns critérios/indicadores não alcançou pontuação máxima esperada na verificação de disponibilidade de insumos bem como na verificação da qualidade técnico científica das ações prestadas conforme normas e diretrizes do PCH.

Os recursos humanos eram insuficientes, pois faltavam profissionais nas ESF. Havia 01 equipe incompleta com falta do médico e de ACS que demandava um bom tempo.

Em relação ao espaço físico, a UBS 03 segue o mesmo padrão da UBS 01 e apesar dos consultórios possuírem macas e mobiliário adequados, não possuem luz e ventilação natural (são artificiais) o que seria mais adequado para o atendimento ao portador do PCH apesar de o atendimento ser realizado com porta fechada e reservado, apenas com o profissional e o paciente, salvo os casos que necessitam de acompanhante.

Assim como a UBS 01, a unidade não possui sala para coleta de BAAR e biópsia de pele e nem têm pessoal treinado para sua realização. Desta forma, todos os pacientes que necessitam desses exames bem como os de rotina são encaminhados para as unidades de referências e laboratórios de apoio diagnósticos. Os critérios existência de laboratório equipado para apoio diagnóstico; existência de sala para coleta de BAAR; material para apoio diagnóstico (BAAR, biópsia de pele e rotina de sangue/fezes e urina) não foram avaliados por não existir na atenção básica. Portanto, não se aplica. Os demais critérios /indicadores pontuaram 100%

O kit para exames de suspeição como tubos de ensaios, alfinetes, algodão, pinça, bico de Bunsen estavam incompletos, portanto, inadequado. Não havia bico de Bunsen ou lamparina ou vela para realizar o teste de sensibilidade ao calor, conforme observado durante a pesquisa de campo.

Os materiais de consumo como algodão, éter ou álcool, impressos estavam adequados mas observou-se que estava em falta na unidade, fitas de HGT para realização de glicemia capilar, portanto, inadequado.

Ao se questionar os informantes sobre o monitoramento de pressão arterial, peso e glicemia dos pacientes em uso de corticoterapia houve discordância nas falas, 50% confirmaram que antes da consulta médica era feito esse monitoramento e que as informações eram registradas no prontuário do paciente e 50% responderam que é feito somente pesagem e aferição de PA com registro no prontuário.

“Só afere PA e peso [...] não faz glicemia capilar [...] o registro é feito no prontuário” (PRO ESF1)

“Sim... pesa, afere PA e faz glicemia capilar e são registradas no prontuário” (PRO ESF4).

Os medicamentos PQT-MB e substitutivos como a ofloxacina não estavam disponíveis no estoque da farmácia no momento da observação em campo, bem como os medicamentos anti-reacionais como a prednisona, talidomida e pentoxifilina. Segundo informação da agente administrativa que respondia pela farmácia, o medicamento PQT-MB já havia sido solicitado. A unidade não era habilitada para fornecer anti-reacionais como a talidomida e pentoxifilina, somente nas unidades de referências. Na UBS somente entregava a prednisona que estava em falta na unidade; todos os medicamentos quando disponíveis eram armazenados e dispensados pela farmácia da unidade mediante receita médica. A farmácia era adequadamente climatizada. Não havia insumos para prevenção de incapacidade como talas, colírios, calçados. Esses critérios, por estarem inadequados tiveram percentuais entre 0 a 40% do esperado.

São dificuldades relatadas como se observam nas falas dos informantes.

“Uma dificuldade é a falta de medicação que tem que procurar lá fora [outro posto]” (ACS2).

“As medicações que de vez em quando falta né [...] aí fica um negócio complicado [...] aí como é que você fala para o paciente não deixar de tomar o remédio um dia [...] e aí o paciente vem na unidade e falta o medicamento, que você cobra para ele não deixar de tomar o remédio um dia [...] e se falta, ele diz [...] como vou tomar remédio, se não tem?” (ACS3).

“O que dificulta é quando falta o medicamento” (G2).

Para o MS, as referências (serviços especializados, ambulatorial e/ou hospitalar) devem ser responsáveis por disponibilizar o tratamento completo para os casos que requerem

os esquemas substitutivos (BRASIL, 2016a), entretanto, aqui no município, a ofloxacina é disponibilizada pela farmácia para a atenção básica mediante informação em planilha, de casos em tratamentos com esquema substitutivo.

A vacina BCG estava disponível na unidade, mas não era utilizada nos contatos de hanseníase, apenas para a rotina do calendário infantil. Os contatos dos pacientes tratados na UBS Olímpica 03 eram encaminhados para a UBS Olímpica 01 para a realização da vacina, portanto, totalmente inadequado esse critério ficando com um percentual de 0% do esperado.

“Dos medicamentos, não temos aqui, a talidomida, a pentoxifilina e mesmo tendo BCG, não faz de contatos [...] só rotina das crianças. Dos insumos, algumas vezes temos fitas para glicemia capilar e não temos insumos para coleta de baciloscopia e nem de prevenção de incapacidades [...] os demais, têm sempre” (G3)

“Os medicamentos que tem algumas vezes é a prednisona, que não tem são os remédios do esquema substitutivo, a talidomida, a pentoxifilina e a vacina BCG não faz lá... a gente manda para a outra UBS [...] Também não faz BAAR e nem biópsia, só na referência [...] não tem aparelho de PA infantil [...] os outros medicamentos do PQT tem e os outros materiais têm sim [...]” (C1)

Em relação aos materiais para educação em saúde para hanseníase (folders, cartazes, cartilhas). À exceção de cartilhas para orientações aos usuários havia e estavam disponíveis materiais para educação em saúde em hanseníase como folders e cartazes para uso nas unidades.

O critério lupa/ lanterna e fio dental para avaliação dos olhos estavam inadequados, pois a lanterna não estava funcionando ou por falta de pilhas funcionáveis ou por defeito..

Considerando que o transporte é essencial para acesso em algumas localidades, em relação à existência de transporte para realização de visita domiciliar, todos os entrevistados (100%) foram unânimes em suas falas da não existência de veículo para esse fim quando questionados se sabiam referir da existência de transporte para realização de visitas domiciliares.

Segundo informação da coordenação do PCH, os mapeamentos das unidades para referência são fornecidos apenas para as referências municipal e estadual e o adequado era que todas as unidades que trabalham com o PCH terem acesso a esse guia, pois norteia o profissional na hora de referenciar os pacientes conforme os tipos de serviços. Portanto, inadequado na unidade.

O preenchimento dos prontuários haviam informações diversas ao livro como forma clínica, número de contatos, transferências sem informações para onde, óbito sem registro de data no prontuário e nem no livro, 02 prontuários não foram localizados mas tiveram alta por

cura no livro e no SINAN, contatos examinados que constam no livro mas não foi registrado no prontuário, ou seja, preenchimento pouco adequado para o esperado.

A disponibilidade dos recursos materiais da UBS Olímpica 01 obteve grau parcialmente adequado à custa da inadequação e insuficiência de itens avaliados com percentual entre 0% a 80%.

Considerando a qualidade técnica e científica das ações da UBS Cidade Olímpica 03 observou-se que o conhecimento técnico-científico dos profissionais (qualificação ou formação em Hanseníase) está pouco adequado. Os profissionais da atenção básica são treinados em ações básicas e conforme informações da coordenação do PCH estão aguardando treinamento em prevenção de incapacidades (PI). Observou-se que 50,00% dos informantes referiram que apresentavam alguma dificuldade na realização do diagnóstico e tratamento clínico da hanseníase mas todos recorrem às normas e manuais para tiraram suas dúvidas. Observou-se ainda, pelas falas abaixo dos informantes, que esses profissionais têm as mínimas habilidades necessárias em lidar com os suspeitos e pacientes portadores de hanseníase.

“Faço a suspeita clínica [...] faço exame das manchas ou nódulos e testo a sensibilidade [...] solicito exames, para todos são prescritos a dose supervisionada sempre, notifico o caso [...] dou a dose supervisionada PB ou MB, avalio o grau de incapacidade [...] acompanho durante todas as doses, reações, intercorrências” (PRO ESF1)

“Realizo o exame dermatoneurológico [...] Faço diagnóstico e oriento reabilitação em hanseníase [...] Após classificar, assisto a dose supervisionada e entrego a cartela mensal orientando o retorno”(PRO ESF4).

Os critérios/indicadores como notificação de 100% dos casos de hanseníase foi pouco adequado. Apesar de 100% afirmarem saber o número de casos notificados no ano da pesquisa, há discordância do informado pelos entrevistados com os encontrados em prontuários e livros.

Quando os informantes foram questionados se todos os casos de hanseníase diagnosticados são notificados para a vigilância epidemiológica, 100% dos informantes afirmaram que sim, entretanto, observou-se a discordância de casos encontrados na UBS e os registrados no SINAN, implicando em não notificação de 100% dos casos.

O critério conhecer o número de casos novos de hanseníase diagnosticados no ano e conhecer número de casos em tratamento regular; conhecer número de casos em < 15 anos, conhecer número de casos com incapacidades e sequelas, também estavam pouco adequados.

Houve divergência de respostas entre os informantes, considerando-se esses indicadores inadequados.

Observou-se que 100% dos informantes não sabiam os números de casos diagnosticados e em tratamento regular e 50,00% não sabiam o quantitativo de casos em < 15 anos que estavam em tratamento no ano em que foi realizada a pesquisa, bem como 100% não sabiam do número de casos com incapacidade ou sequelas quando questionados sobre esses critérios, portanto, ficando com um percentual inadequado para o esperado.

Os casos com avaliação do GI e função neural no momento do diagnóstico e da cura, estavam pouco adequados atingindo um percentual de 50% apesar de 100% dos informantes afirmarem que faziam o GI tanto no diagnóstico como na alta. Os resultados encontrados na observação direta discordam das falas dos informantes,

Em relação às visitas domiciliares em busca de faltosos e em busca dos contatos observou-se pelas falas dos entrevistados que 100% dos informantes fazem as visitas domiciliares em busca de faltosos e realiza busca ativa dos contatos domiciliares.

“Sim [...] faço visita e vou resgatar os faltosos” (ACS 1).

“Sim [...] vou visitar pra saber por que está faltando” (ACS 2).

Há concordância nas falas dos demais entrevistados em relação a informar se é feita busca ativa dos pacientes em abandono do tratamento.

“Sim [...] é feito a partir da visita domiciliar realizada pelo ACS (PRO ESF1)

“Sim [...] Através do contato telefônico, visita domiciliar e do ACS” (PRO ESF4)

Entretanto, há discordância nas falas dos demais entrevistados em relação a informar se é feita busca ativa para o controle dos contatos dos pacientes em tratamento regular.

“Apenas alguns são examinados” (PRO ESF1)

Dentro do PCH, todos os pacientes que apresentarem necessidade de diagnóstico diferencial entre recidiva e quadros reacionais, quadros reacionais graves ou de difícil controle e internação são encaminhados para as referências Tipo II e/ou II.

Observou-se que 100% dos profissionais da atenção básica referenciam os pacientes que requerem uma assistência nas referências de apoio.

“Para esclarecimento diagnóstico, para o diagnóstico diferencial das reações e de outras patologias, exame de BAAR, biópsia de pele, condução dos estados reacionais graves e tratamento com drogas anti-reacionais e diagnóstico de recidiva e menores envio para o Bairro de Fátima [referencia municipal]. Para os casos de calçados especiais, órteses, internação de casos graves envio para o Aquiles Lisboa [referência estadual]”(PRO ESF4).

Quando os informantes foram questionados sobre o preenchimento da guia de referência e contra referência e a análise sistemática dos processos de referência e contra referência.

“Os pacientes assistidos nas unidades de referência retornam com a ficha de contra referência preenchida sim” (PRO ESF1).

Em relação à análise sistemática dos processos de referência e contra referência foi um critério não observado durante a observação direta. Não havia discussão de casos ou reuniões entre a equipe no sentido de dirimir as dúvidas.

Os profissionais entrevistados mostraram ainda, as dificuldades encontradas, relacionadas ao sistema de referência e contra referência para a assistência aos portadores de hanseníase. As dificuldades descritas pelos profissionais, nas falas abaixo, em relação às referências dizem respeito ao atendimento nas unidades de referência.

“Há uma dificuldade em receber o paciente na referência [...] há uma demora em serem atendidos” (PRO ESF1),

O registro das informações sobre o usuário em prontuário está pouco adequado. O prontuário é um instrumento onde consta todas as informações sobre o paciente e suas intercorrências. Apesar de 100% dos informantes referirem que registram as ações nos prontuários, durante a observação direta encontrou-se prontuários com informações incompletas em relação à dose, se tinha reação, para onde aquele caso havia sido transferido e se terminou o tratamento ficando com um percentual de registro pouco adequado para o critério esperado.

Os acompanhamentos dos casos são feitos através do Boletim da VE, e estes boletins estão sendo enviados bimensalmente pela VE para as unidades, pela dificuldade de impressão mensal na vigilância ocasionando demora em retroalimentar o SINAN e conseqüentemente, em monitorar mensalmente o sistema de informação. Esses critérios estavam pouco adequados com percentuais variando de 25% a 50% do esperado.

Sabe-se que o acompanhamento mensal dos casos em tratamento se dar pela emissão do Boletim de Acompanhamento que deve ser enviado às unidades de saúde para preenchimento e devolução no final de cada mês, a fim de retroalimentar o SINAN.

Observaram-se pelas falas dos entrevistados discordâncias quanto haver divulgação rotineira das informações consolidadas para monitorar e avaliar os casos de hanseníase através de boletins, palestras e/ou estratégia semelhante para atualizar as unidades e os

profissionais do número de casos entre coordenação de vigilância/unidades básicas e unidades de referências.

“Sim, algumas vezes são divulgados” (G1)

“Acho que falta a atenção básica convocar para divulgar essas informações [...] porque quando ela convoca é só pra treinamentos [...] para ACS, para enfermeiro” (G3).

Por último, questionou-se o que seria necessário para melhorar a assistência do PCH e os informantes colocaram que torna-se necessário uma maior parceria entre os níveis de referência e a coordenação do PCH e atenção básica e que não falte os insumos.

“A medicação era pra ter direto para melhorar a assistência [...] não adianta fazer palestra [...] ir buscar o paciente e na hora [...] cadê a medicação?” (ACS 1).

“Disponibilidade dos medicamentos [...] capacitações [...] e assim, um acesso mais fácil para o paciente [...] disponibilidades de profissionais [...] ter disponível pessoas capacitadas para receber esses pacientes [...] porque aqui [...] as enfermeiras têm essa ligação com os pacientes” (ACS 3).

“Feedback [estreitamento de relação] com o demais níveis e com a vigilância” (PRO ESF1).

“Trabalho em equipe, que não há” (PRO ESF4).

“Continuidade da ESF pois no momento, temos uma equipe incompleta, sem médico [...], melhorar o perfil de profissionais que trabalham com a comunidade [...] com o usuário [...] com a família [...] estão colocando profissionais sem perfil apenas para constar na equipe [...] O programa ‘Mais Médico’ deve orientar os procedimentos de atenção ao PCH [...] cumprir com a carga horária” (C1)

“Capacitação para um atendimento bem feito; facilitar a realização dos exames; um carro de apoio para as visitas; ambulância para apoio das três unidades da Olímpica; CEMARC em todas as unidades da Olímpica; um laboratório de apoio mais próximo”(G2).

A partir da descrição do caso e do preenchimento da matriz de análise e julgamento (Quadro 19 e 20) podemos perceber que o componente estrutural insumos encontra-se parcialmente implantado (74,49%) e o componente atividades está parcialmente implantado (64,44%). O somatório dos componentes relacionados a INSUMOS e ATIVIDADES revela que o PCH na UBS 03 apresenta-se parcialmente implantado, visto que seu escore total foi igual a 69,72%.

**QUADRO 19 - MATRIZ DE ANÁLISE E JULGAMENTO – COMPONENTE ESTRUTURAL INSUMOS DA UBS 03**

Componente estrutural	Dimensão	Subdimensão	Indicadores ou Critérios	Relevância	Pontos Esperados (PE x GR)	Pontos de Corte	Pontos Obtidos (PO x GR)	Grau de Implantação GI= PO/PE x 100
INSUMOS	QUALIDADE	DISPONIBILIDADE	Recursos humanos (tipo I, II).	RRR	100	Adequado =10 Pouco Adequado = 5 Inadequado = 0	50	50%
			Normas técnicas e protocolos acessíveis a equipe	RR	50	SIM= 10 NÃO = 0	50	100%
			Estrutura para acolhimento aos usuários (cadeiras, bebedouros, banheiro F e M).	RRR	100	Cadeiras: S= 4 / N=0 Bebedouros: S= 2 / N=0 Banheiro Público: S= 4/ N=0	100	100%
			Acessibilidade a portadores de deficiência	RR	50	SIM= 10 NÃO = 0	50	100%
			Espaço físico com mobiliário adequado	RR	50	Adequado =10 Pouco Adequado = 5 Inadequado = 0	25	50%
			Kit para exames de suspeição (tubos de ensaios, alfinetes, algodão, pinça, bico de Bunsen)	RRR	100	T.Ensaio : S=2 / N=0 Alfinetes: S=2 / N=0 Algodão: S=2 / N=0 Pinça: S=2 / N=0 B.Bunsen: S=2 / N=0	80	80%
			Existência de laboratório equipado para apoio diagnóstico.	RRR	100	SIM= 10 NÃO = 0	N.A	N.A
			Existência de sala para coleta de BAAR.	RR	50	Existe = 10 Sala adaptada = 5 Não Existe = 0	N.A	N.A
			Material para apoio diagnóstico (BAAR , biópsia de pele e rotina de sangue/fezes e urina)	RRR	100	BAAR : S=2 / N=0 Biópsia: S=2 / N=0 Sangue: S=2 / N=0 Urina: S=2 / N=0 Fezes: S=2 / N=0	N.A	N.A
			Material de Consumo (algodão, éter ou álcool, impressos,			Algodão: S=2 /N=0		

			fitas de HGT).	RR	50	Álcool/éter: S=2 /N=0 Impressos: S= 4 / N=0 Fitas de HGT: S=2 / N=0	40	40%
			Existência de equipamentos (aparelho de PA, balança adulta e infantil, Glicosímetro).	RRR	100	Aparelho PA: S=3 / N=0 B. adulta: S=2 /N=0 B. pediátrica : S=2 /N=0 Glicosímetro: S=3 /N=0	<b>100</b>	<b>100%</b>
			Farmácia Climatizada.	RRR	100	SIM= 10 NÃO = 0	100	100%
			Medicamentos PQT (PB, MB e substitutivos)	RRR	100	PQT-PB: S=4 / N=0 PQT-MB: S=4 / N=0 Alternativo: S=2 / N=0	80	80%
			Medicamentos anti-reacionais (prednisona, talidomida e pentoxifilina).	RRR	100	Prednisona: S=4 / N=0 Talidomida: S=4 / N=0 Pentoxifilina: S=2 /N=0	0 N.A N.A	0% N.A N.A
			Vacina BCG	RRR	100	SIM= 10 NÃO = 0	0	0%
			Insumos para prevenção de incapacidade	RRR	100	SIM= 10 NÃO = 0	0	0%
			Material para educação em saúde para hanseníase (folders, cartazes, cartilhas).	RR	50	Folders: S=4 / N=0 Cartazes: S=4 / N=0 Cartilhas: S=2 /N=0	20	40%
			Kit de estesiômetro para avaliação da função neural	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%

		Lupa/ lanterna e fio dental para avaliação dos olhos	RRR	100	Lupa: S=5 / N=0 Fio dental: S=5/N=0	50	50%
		Existência de transporte para realização de visita domiciliar	RR	50	SIM = 10 NÃO = 0	0	0%
		Existência de mapeamento das unidades para referência.	RR	50	SIM = 10 NÃO = 0	50	100%
		Livro de Registro de Pacientes e Controle de Tratamento	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%
		Ficha de Notificação (hanseníase) SINAN	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%
		Protocolo complementar de investigação diagnóstica em menores de 15 anos-PCID<15	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%
		Ficha de investigação de intercorrência após alta por cura/ficha de investigação de suspeita de recidiva	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%
		Formulário para avaliação do grau de incapacidade	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%
		Formulário para avaliação neurológica Simplificada.	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%
		Boletim de acompanhamento de casos mensal,	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%
		Formulário de Vigilância de Contatos Intradomiciliares,	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%
		Ficha de acompanhamento de hanseníase (ACS),	RR	50	SIM = 10 NÃO = 0	0	0%
		Formulário de referência e contra referência,	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%
		Cartão de aprazamento de dose do paciente com hanseníase	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%
		Prontuário (preenchimento)	RRR	100	Adequado =10 Pouco Adequado = 5 Inadequado = 0	50	50%
		<b>Total de pontos do componente estrutural insumos</b>		<b>2.800 - 310</b> <b>Total=2.490</b>		<b>1.845</b>	<b>74,49%</b>

Fonte: Adaptado de BRANDÃO, 2011; LEAL, 2011.

Legenda: Legendas: **RR** – relevante; **RRR** – muito relevante

PE – pontos esperados; GR – grau de relevância; PO – pontos obtidos; GI – grau de implantação

\*Não se Aplica (-310 pontos).

**QUADRO 20 – MATRIZ DE ANÁLISE E JULGAMENTO – COMPONENTE PROCESSUAL ATIVIDADES DA UBS 03**

<b>Componente</b>	<b>Processo</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Subdimensão</b>	<b>Indicadores ou Critérios</b>	<b>Relevância</b>	<b>Pontos Esperados (PE x GR)</b>	<b>Pontos de Corte</b>	<b>Pontos Obtidos (PO x GR)</b>	<b>Grau de Implementação GI= PO/PE x 100</b>
ATIVIDADES	QUALIDADE	QUALIDADE TÉCNICO CIENTÍFICO	Conhecimento técnico-científico dos profissionais (formação em Hanseníase).	RRR	100	Adequado =10 Pouco Adequado = 5 Inadequado = 0	50	50%	
			Acesso dos profissionais e gestores às capacitações em hanseníase.	RR	50	SIM = 10 NÃO = 0	50	100%	
			Utilização de Normas e Protocolos e manuais.	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%	
			Organização dos fluxos de atendimento.	RR	50	Adequado=10 Pouco Adequado = 5 Inadequado=0	50	100%	
			Realização de atividades Educativas/Informações sobre hanseníase com os usuários e comunidade	RR	50	Grupo=5 Individual=5 Não realizam =0	50	100%	
			Realização de exame clínico de suspeição, solicitação de exames quando necessário	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%	
			Instituição e acompanhamento da dose mensal supervisionada, com consultas de retorno pré agendadas para profissionais de nível superior.	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%	
			Notificação de 100% dos casos de hanseníase	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	0	0%	
			Conhecer o número de casos novos de Hanseníase diagnosticados no ano.	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	0	0%	
			Conhecer número de casos em tratamento regular	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	0	0%	
			Conhecer número de casos em < 15 anos,	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%	
			Conhecer número de casos com recidiva	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%	

		Conhecer número de casos com incapacidades e sequelas.	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	0	0%
		Conhecer o Número de Pacientes em tratamento de Estados Reacionais.	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%
		Realização de atividades de Prevenção de Incapacidades.	RRR	100	Educação em Saúde=2 Avaliação do GI= 4 Estimulo auto-cuidado= 4 Não realiza = 0	100	100%
		Casos com avaliação do GI e função neural no momento do diagnóstico e da cura.	RRR	100	Diagnóstico/alta =10 Só diag ou alta = 5 Nenhuma = 0	50	50%
		Visitas domiciliares em busca de faltosos pela equipe	RR	50	Adequado = 10 Pouco adequado = 5 Inadequado = 0	50	100%
		Exame de contatos	RRR	100	Adequado=10 Pouco Adequado = 5 Inadequado=0	50	50%
		Encaminhamento aos serviços de referência	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%
		Preenchimento da Guia de Referência e Contra-Referência	RR	50	Adequado=10 Pouco Adequado = 5 Inadequado=0	25	50%
		Respostas dos casos encaminhados às referências	RRR	100	Adequado=10 Pouco Adequado = 5 Inadequado=0	100	100%
		Análise sistemática dos processos de referência e contra-referência	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	0	0%
		Registro das informações sobre o usuário em prontuário.	RRR	100	Adequado=10 Pouco Adequado = 5 Inadequado=0	50	50%
		Acompanhamento dos casos em Boletim da VE	RR	50	Adequado=10 Pouco Adequado = 5 Inadequado=0	25	50%
		Atualização do Sistema de Informação	RR	50	SIM = 10 NÃO = 0	50	100%
		Monitoramento do Sistema de Informação	RRR	100	Adequado=10 Pouco Adequado = 5 Inadequado=0	50	50%
		<b>Total de pontos do componente processual atividades</b>	-	<b>2.250</b>	-	<b>1.450</b>	<b>64,44%</b>
<b>Grau de Implementação</b>		<b>Somatórios dos componentes Insumos e atividades</b>		<b>4.740</b>		<b>3.305</b>	<b>69,72%</b>

### **5.4.3 Grau de implementação do componente de estrutura (insumos) e de processo (atividades) da URM (Centro de Saúde de Fátima)**

A URM para atendimento Tipo II fica no Centro de Saúde de Fátima e trata-se de uma unidade ambulatorial com atendimento em clínicas básicas (clínica médica, ginecologia e pediatria), e que vem sendo utilizada como referência de serviços do Tipo I e II para Hanseníase, bem como referência para o programa de DST/HIV/AIDS e Hepatites virais em adolescentes e adultos e Tuberculose. A unidade presta atendimento ainda em diversas especialidades e/ou serviços como: cardiologia, endocrinologia, oftalmologia, pneumologia, odontologia além de oferecer as testagens rápida para HIV, Hepatites B e C, Sífilis e Testagem rápida molecular para Tuberculose.

O PCH nesta unidade é referência para todas as equipes da ESF da capital e para as ações de prevenção de incapacidades. Como recursos humanos para o PCH, há duas médicas dermatologistas, duas fisioterapeutas, duas terapeutas ocupacionais, três enfermeiras e duas técnicas de enfermagem. A unidade de saúde é caracterizada como Serviço de Atenção Integral a Hanseníase Tipo II, em virtude das atividades desenvolvidas pela mesma e pelas categorias profissionais que compunha a equipe do programa.

Em relação à URM Centro de Saúde de Fátima, a partir dos dados levantados, observou-se que alguns critérios/indicadores não alcançou pontuação máxima esperada na verificação de disponibilidade de insumos bem como na verificação da qualidade técnico científica das ações prestadas conforme normas e diretrizes do PCH.

A estrutura da unidade de referência está adequada para o acolhimento e atendimento dos usuários, entretanto, o espaço físico com mobiliário em relação aos consultórios é pouco adequado para o atendimento de portadores de hanseníase, atingindo um percentual de 50% do esperado. A sala de consulta médica ficava em outro pavilhão aos da consulta de enfermagem e da terapeuta ocupacional (TO) e fisioterapeuta. A sala onde é realizada as avaliações pelo fisioterapeuta e TO não possui iluminação e nem ventilação natural, somente artificial e sem janelas.

A sala de atendimento da enfermagem foi remanejada recentemente para a área onde o profissional médico atende ao PCH e, em um único consultório, ficou o atendimento da enfermeira que faz suspeição de casos, dose supervisionada, notificação e investigação dos casos, exames para carteira de trabalho e a técnica de enfermagem que faz as marcações e aprazamentos de consultas e avaliações. Também nesta sala ficam 05 arquivos verticais com

impressos e prontuários de pacientes ativos, de alta e de reacionais. Um armário para guarda dos livros de registros dos pacientes, cadernos de marcações de consultas e caixas de blisters de PQT para o uso diário. Portanto, pouco adequado para o esperado.

Em relação ao material para apoio diagnóstico como BAAR, biópsia de pele e exames de rotina de sangue/fezes e urina foi considerado pouco adequado com um percentual de 80% pelo fato da unidade não possuir sala para coleta de biópsia de pele e não ter pessoal treinado para sua realização, o que é esperado para uma unidade de atendimento Tipo II. Desta forma, todos os pacientes que necessitam desse procedimento para confirmação diagnóstica, quando necessário, são encaminhados para a unidade de referência estadual.

Os materiais de consumo como algodão, éter ou álcool, impressos estavam adequados porém observou-se que estava em falta na unidade, fitas de HGT para realização de glicemia capilar, portanto, com percentual de 40% pouco adequado para o que era esperado para esses critério dificultando o monitoramento do paciente.

Quando os informantes foram questionados se os pacientes em uso de corticoterapia eram monitorados na pré-consulta, houve discordância em 50% das respostas e na observação direta no local da pesquisa, percebeu-se que glicemia capilar é feita somente para os pacientes do programa de diabetes.

“Sim [...] com glicemia, PA e peso” (PR5).

“Sim [...] faz glicemia, pesagem e aferição de PA” (PR6).

“Glicemia capilar não [...] peso e PA sim” (PR4).

“Observo a questão do peso e PA no prontuário [...] glicose não” (PR8).

Em relação aos medicamentos PQT/PB, PQT/MB e substitutivos, estava em falta a ofloxacina que é um medicamento substitutivo e quanto aos medicamentos anti-reacionais como prednisona, talidomida e pentoxifilina, a farmácia da unidade só oferece prednisona. Segundo a gestora geral da unidade, a farmácia da unidade ainda não é cadastrada para fornecer Talidomida e Pentoxifilina. Sabe-se que essas medicações são disponibilizadas aos pacientes em receitas especiais e de forma criteriosa. A farmácia é climatizada e tem uma farmacêutica que responde pela mesma no turno da manhã. Para esse critério, considerou-se pouco adequado com um percentual de 40%.

A vacina BCG estava disponível na unidade, mas não era utilizada nos contatos de hanseníase, apenas para a rotina do calendário infantil. Para receber a BCG, os contatos dos pacientes tratados na URM eram encaminhados para a Unidade Mista do Bequimão ou ao

Centro de Saúde Drº Genésio Rêgo ( essas duas unidades ficam no Distrito do Bequimão) e, para alguns contatos de pacientes, era contramão ao seu domicílio, dificultando o acesso dos mesmos para a realização da vacina, portanto, totalmente inadequado esse critério ficando com um percentual de 0% do esperado.

Não havia insumos para prevenção de incapacidade como talas, colírios, calçados. Esse critério por está inadequado teve percentual de 0% em relação ao esperado.

Em relação aos materiais para educação em saúde para hanseníase como folders, cartazes e cartilha, somente foi encontrado durante a observação direta a existência de folders para orientações aos usuários em hanseníase.

Considerando que o transporte é essencial para realizar as visitas domiciliares, em relação à existência de transporte para realização de visita domiciliar, todos os entrevistados (100%) foram unânimes em suas falas da não existência de veículo para esse fim quando questionados se sabiam referir da existência de transporte para realização de visitas domiciliares. De fato, não há veículo para resgate de faltosos através da visita domiciliar.

“Não sei te informar se há veículo para visita [...] acredito que não exista” (PR8).

Os preenchimentos de alguns prontuários estavam pouco adequados, sem informações de doses, quando as mesmas constavam no cartão de aprazamento, avaliação do GI na alta, ou seja, preenchimento pouco adequado para o esperado.

Todos os demais critérios/indicadores atingiram 100% do que era esperado.

A disponibilidade dos recursos materiais da Unidade de Referência Municipal (Centro de Saúde de Fátima) obteve grau implantado (81,60%) apesar da inadequação e insuficiência de alguns itens avaliados com percentual entre 0% a 80%.

Considerando a qualidade técnica e científica das ações da URM, as entrevistas revelaram que os profissionais entrevistados haviam passado por treinamento em ações básicas e prevenção de incapacidades em hanseníase e observou-se pelas falas que eram capacitados para lidar com o suspeito ou portador de hanseníase. Havia uma enfermeira que era treinada somente em ações básicas de hanseníase e estava aguardando uma oferta de treinamento em PI, para que a mesma fosse capacitada.

“O paciente comparece na unidade com o cartão [...] eu faço o aprazamento tanto no cartão do paciente como no da unidade [cartão sombra] entrego a medicação e pergunto se ele tem dúvidas e se tem queixas dos sintomas ou dúvidas do tratamento” (PR1).

“Faço inspeção clínica nele, ver essa questão da quantidade das manchas ou lesões, ouço as queixas que o trouxe para a unidade, ele já nos mostra e há casos que faço os testes de sensibilidade e se tiver alteração na pele, isso na falta do profissional enfermeiro, eu realizo logo os testes e encaminhado para a consulta médica” (PR3).

“Realizo o exame clínico, teste de sensibilidade, exame neurológico e agendo a consulta e solicito a baciloscopia” (PR4).

“O tratamento ocorre de acordo com a classificação operacional, PB ou MB, 06 meses ou 12 meses, podendo ser prorrogado, além dos tratamentos substitutivos ” (PR5).

Com relação a realização de atividades Educativas e Informações sobre hanseníase com os usuários e comunidade, esse critério estava pouco adequado com percentual de 50%. Os entrevistados foram unânimes em responder que somente faziam as atividades educativas individualmente, para cada paciente atendido por demanda ou agendado.

“Falo sobre os autocuidados, falo sobre a lavagem das mãos, falo para evitar lugares fechado, arejar a casa” (PR1).

“Tiro as dúvidas tanto do paciente como da família dos casos” (PR2).

“Comumente no atendimento individual, quando está sentindo algum problema [...] oriento com relação as deficiências e as dificuldades da doença, devido a demanda aumentada, é muito direcionada” (PR3).

“Abordo a questão dos autocuidado [...] da inspeção diária, que é importante [...] exame físico de uma forma geral [...] inspeção do nariz, olhos, mãos, pés [...] e os exercícios [...] a gente sempre orienta” (PR8).

O critérios/indicador como notificação de 100% dos casos de hanseníase diagnosticados na URM para a vigilância foi pouco adequado. Apesar de 100% afirmarem que todos os casos são notificados, observou-se que há discordância do informado pelos entrevistados com os encontrados em prontuários e livros e SINAN.

O critério conhecer o número de casos novos de hanseníase diagnosticados no ano e conhecer número de casos em tratamento regular; bem como conhecer número de casos em menores de 15 anos, conhecer número de casos com recidiva, conhecer número de casos com incapacidades e sequelas, conhecer o número de pacientes em tratamento de estados reacionais também estavam inadequados. Houve divergência entre as respostas dos informantes e os encontrados na observação direta, durante a pesquisa de campo, considerando-se esses indicadores inadequados. Entretanto, observou-se que sabiam como se dava o tratamento regular da hanseníase.

“O paciente vem e recebe a medicação toma a dose supervisionada, é feito a orientação [...] recebe o blister para as tomadas em casa [...] registra-se a dose no prontuário e no cartão de aprazamento do paciente e no da unidade e já fica programada a próxima dose” (PR3).

“Mensalmente, o paciente recebe a medicação na Unidade de Saúde indicada ou notificadora, é a chamada dose supervisionada e é orientado a tomar o restante da medicação, diariamente, em sua residência”(PR5).

Observou-se que 100% dos informantes não sabiam os números de casos diagnosticados e em tratamento regular e 100,00% não sabiam o quantitativo de casos em < 15 anos que estavam em tratamento no ano em que foi realizada a pesquisa, bem como 100% não sabiam do número de casos de recidiva, números de casos reacionais ou com incapacidade ou sequelas quando questionados sobre esses critérios, portanto, ficando com um percentual inadequado para o esperado.

“Não sei quantos estão em tratamento regular nesta unidade até o momento, neste ano [...] mais sei te dizer que cresceu muito o número de casos [...] só não sei referi quantos, de fato houve um aumento [...] existe casos em menores ... Não sei dizer quantos” (PR3).

“Não sei dizer [o quantitativo de casos em < 15 anos], mas acredito que tenha” (PR1).

Em relação aos números de casos de recidivas e reacionais:

“Recidiva tem [...] agora quantos? Que tem, tem [...] Não sei no momento [...] reacionais tem demais...agora atendemos a demanda de fora ... não sei quantos...é muita gente de outras unidades que vem pra cá” (PR1).

Em relação aos pacientes que apresentam grau de incapacidades I ou II em tratamento na unidade:

“Não sei referi quantos [...] mas sei que há” (PR2).

“Não sei referi, mas tem um número considerado de casos com grau de incapacidades I e II [...] uns 50% dos casos” (PR3).

Os casos com avaliação do GI e função neural no momento do diagnóstico e da cura, estavam pouco adequados atingindo um percentual de 50% apesar de 100% dos informantes afirmarem que faziam o GI tanto no diagnóstico como na alta. Entretanto, os resultados encontrados na observação direta discordam das falas dos informantes. Nos anos pesquisados, 4,56% dos casos não foram avaliados no diagnóstico e 68,05% não avaliados na alta.

Em relação às visitas domiciliares em busca de faltosos observou-se pelas falas dos entrevistados que há discordância dos informantes quanto a realização de visitas domiciliares em busca de faltosos. Apesar da busca via telefone, apenas um profissional usa esse tipo de recurso, portanto, esse critério encontra-se inadequado para o que era esperado.

“Olha [...] eu faço [...] eu já liguei e já pedi pra vir sim” (PR1).

“Não sei se é feito aqui na unidade” (PR2).

“Olha [...] acho que não é feito” (PR3).

E em relação ao controle dos contatos dos portadores de hanseníase, 100% dos informantes referiu que existe o controle dos contatos dos pacientes em tratamento regular.

“A gente pede para os pacientes a trazer seus contatos assim que vir tomar a dose [...] se a família tem 9 contatos, na primeira dose trás uns 3, na segunda trás o restante”(PR1).

“No ato do diagnóstico, convocamos contatos para avaliação” (PR7).

“Pergunto se são chamados regularmente e pergunto se os contatos foram avaliados e está tendo acompanhamentos...” (PR8).

Entretanto, a proporção de casos examinados é muito aquém dos registrados, como se observou na pesquisa de campo.

Dentro do PCH, todos os pacientes que apresentarem necessidade de diagnóstico diferencial entre recidiva e quadros reacionais graves ou de difícil controle e internação são encaminhados para as referências Tipo II ou II.

Apesar de esta unidade ser referência para ações do PCH do Tipo II, observou-se que os profissionais referenciam os pacientes que requerem uma assistência nas referências de apoio.

“Sim [...] é referenciado para o Aquiles, os casos que requeiram definição de condutas em estados reacionais graves bem com internação desses casos [...] vai para o Genésio Rego os casos para confecção de calçados especiais e órteses. As cirurgias de neurolise encaminhado par o Dutra [...] não sei onde faz biópsia de pele [...] as demais situações se resolve aqui” (PR3).

“Referencia-se para biópsia de pele, confecções de calçados especiais e órteses, internação para quadros reacionais graves, cirurgia de neurolise e atendimento de oftalmologia”(PR7).

“Eu sempre encaminho para o Genésio [referência estadual] pra mim, a referência é o Genésio Rêgo” (PR8).

Quando os informantes foram questionados sobre o preenchimento da guia de referência e contra referência, 100% disseram que as guias retornam preenchidas às unidades de origem, entretanto, queixaram sobre a guia de referência ir para URM incompletas e com poucas informações sobre o caso de pacientes referenciados.

“Mais assim em relação aos outros... que no caso, fichas incompletas [...] manda os pacientes puro sem nenhum prontuário, sem nenhuma história, só pra eles contarem” (PR1).

“Falta de preenchimento dos prontuários e das guia de referências adequadamente” (PR2).

“Muitas vezes a gente repete as avaliações neurológicas [...] vem incompletas, inadequadas, testes deficientes” (PR8).

Em relação à análise sistemática dos processos de referência e contra referência e discussão de casos foi um critério não observado durante a observação direta. Não havia divulgação rotineira das informações consolidadas para monitorar e avaliar os casos de hanseníase através de boletins, palestras e/ou estratégia semelhante para atualizar as unidades e os profissionais do número de casos entre coordenação de vigilância/unidades básicas e unidades de referências. Não havia discussão de casos ou reuniões entre a equipe no sentido de tirar as dúvidas e pelas falas dos informantes seria importante para melhor integração da equipe.

“Troca-se muitas informações informais, mas discutir, não há [...] Seria muito importante para a condução de casos” (PR3).

“AS reuniões seria importante para alinhamento de condutas” (PR4)

“É extremamente necessário para que a equipe compartilhe as informações e ofereça um atendimento de qualidade” (PR5).

“É necessário para a troca de experiências” (PR6).

“Sim, é necessário para manter a integração da equipe e otimizar a assistência aos pacientes” (PR7).

O registro das informações sobre o usuário em prontuário está pouco adequado. O prontuário é um instrumento onde constam todas as informações sobre o paciente e suas intercorrências. Apesar de 100% dos informantes referirem que registram as ações nos prontuários, durante a observação direta encontrou-se prontuários com informações incompletas em relação à dose e exames de contatos, para onde aquele caso havia sido transferido ficando com um percentual de registro pouco adequado para o critério esperado.

Os acompanhamentos dos casos são feitos através do Boletim Mensal da VE, e estes boletins estão sendo enviados bimensalmente pela VE para as unidades, que, segundo a coordenação do PCH, é pela dificuldade de impressão mensal na vigilância ocasionando demora em retroalimentar o SINAN e conseqüentemente, em monitorar mensalmente o sistema de informação. Esses critérios estavam pouco adequados com percentuais de 50% ao que era esperado para esse indicador.

O acompanhamento mensal dos casos em tratamento é feito pela emissão do Boletim de Acompanhamento que deve ser enviado às unidades de saúde para preenchimento e devolução no final de cada mês, a fim de retroalimentar o SINAN.

Por último, questionou-se o que seria necessário para melhorar a assistência do PCH e as falas dos informantes mostraram que ainda falta muito para de fato, a unidade ser um serviço de referência ao PCH.

“Readequar a unidade para ter um espaço melhor para o atendimento do PCH. Oficializar o Centro de Saúde com o centro de referência e oferecer um incentivo aos profissionais” (G3).

“Mais profissionais treinados... treinar toda a equipe do município... os que estão lá na atenção primária para já dar uma atenção, um suporte lá no posto, com a avaliação, com a baciloscopia, e vir pra referência [...] treinamento para trabalhar com o programa [...] tem profissionais que vivem mudando, que está no sistema e não tem treinamento por causa da gestão e não sabe como funciona o programa” (PR1).

“Melhorar a instalação física, salas e materiais suficientes [...] a questão do quantitativo de profissional [...] mais profissionais para fazer a avaliação e a reabilitação dos pacientes como rege o protocolo do programa [...] agregar mais profissionais ao programa como, o psicólogo, odontólogo, assistente social [...] mais reunião para discussão de casos (problemas) para se ver o que pode ser feito, o que pode ser aplicado, um planejamento [...] existe dois turnos mas parece ser duas equipes diferentes [...] não existe feedback das ações [...] existe só cobrança..”(PR3).

“Espaço físico adequado, organização do serviço da equipe, disponibilidade dos exames de rotina, garantir medicação substitutiva [ofloxacina, minociclina, prednisona, pentoxifilina, benerva], sala de curativos apropriada, sala de reabilitação, profissionais de outras especialidades para compor a equipe de referência [oftalmo, neurologia, psicólogo], disponibilidade para realizar a eletroneuromiografia e ultrassonografia” (PR6).

“Melhorar a estrutura física e disponibilidade de mais profissionais capacitados na área” (PR7).

“Tudo, desde a estrutura [espaço físico] precisa ser melhorado [...] a iluminação é muito ruim [...] o espaço de espera não tem onde sentar [...] quente... espaço físico muito pequeno para ser uma referência” (PR8).

A partir da descrição do caso e do preenchimento da matriz de análise e julgamento (Quadro 21 e 22) podemos perceber que o componente estrutural insumos encontra-se implantado (81,60%) e o componente atividades está parcialmente implantado (52,22%). O somatório dos componentes relacionados a INSUMOS e ATIVIDADES revela que o PCH na URM apresenta-se parcialmente implantado, visto que seu score total foi igual a 68,51%.

**QUADRO 21 - MATRIZ DE ANÁLISE E JULGAMENTO – COMPONENTE ESTRUTURAL INSUMOS DA REFERÊNCIA MUNICIPAL**

Componente estrutural	Dimensão	Subdimensão	Indicadores ou Critérios	Relevância	Pontos Esperados (PE x GR)	Pontos de Corte	Pontos Obtidos (PO x GR)	Grau de Implantação o GI= PO/PE x 100
INSUMOS	QUALIDADE	DISPONIBILIDADE	Recursos humanos de acordo com o tipo de serviço (tipo I, II).	RRR	100	Adequado =10 Pouco Adequado = 5 Inadequado = 0	50	50%
			Normas técnicas e protocolos acessíveis a equipe	RR	50	SIM= 10 NÃO = 0	50	100%
			Estrutura para acolhimento aos usuários (cadeiras, bebedouros, banheiro F e M).	RRR	100	Cadeiras: S= 4 / N=0 Bebedouros: S= 2 / N=0 Banheiro Público: S= 4/ N=0	100	100%
			Acessibilidade a portadores de deficiência	RR	50	SIM= 10 NÃO = 0	50	100%
			Espaço físico com mobiliário adequado	RR	50	Adequado =10 Pouco Adequado = 5 Inadequado = 0	25	50%
			Kit para exames de suspeição (tubos de ensaios, alfinetes, algodão, pinça, bico de Bunsen)	RRR	100	T.Ensaio : S=2 / N=0 Alfinetes: S=2 / N=0 Algodão: S=2 / N=0 Pinça: S=2 / N=0 B.Bunsen: S=2 / N=0	100	100%
			Existência de laboratório equipado para apoio diagnóstico.	RRR	100	SIM= 10 NÃO = 0	100	100%
			Existência de sala para coleta de BAAR.	RR	50	Existe = 10 Sala adaptada = 5 Não Existe = 0	50	100%
			Material para apoio diagnóstico (BAAR , biópsia de pele e rotina de sangue/fezes e urina)	RRR	100	BAAR : S=2 / N=0 Biópsia: S=2 / N=0	80	80%

					Sangue: S=2 / N=0 Urina: S=2 / N=0 Fezes: S=2 / N=0		
		Material de Consumo (algodão, éter ou álcool, impressos, fitas de HGT).	RR	50	Algodão: S=2 /N=0 Álcool/éter: S=2 /N=0 Impressos: S= 4 / N=0 Fitas de HGT: S= 2 N=0	40	80%
		Existência de equipamentos (aparelho de PA, balança adulta e infantil, Glicosímetro).	RRR	100	Aparelho PA: S=3 / N=0 B. adulta: S=2 /N=0 B. pediátrica : S=2 /N=0 Glicosímetro: S=3 /N=0	100	100%
		Farmácia Climatizada.	RRR	100	SIM= 10 NÃO = 0	100	100%
		Medicamentos PQT (PB, MB e substitutivos)	RRR	100	PQT-PB: S=4 / N=0 PQT-MB: S=4 / N=0 Alternativo: S=2 / N=0	80	80%
		Medicamentos anti-reacionais (prednisona, talidomida e pentoxifilina).	RRR	100	Prednisona: S=4 / N=0 Talidomida: S=4 / N=0 Pentoxifilina: S=2 / N=0	40	40%
		Vacina BCG	RRR	100	SIM= 10 NÃO = 0	0	0%
		Insumos para prevenção de incapacidade	RRR	100	SIM= 10 NÃO = 0	0	0%
		Material para educação em saúde para hanseníase (folders, cartazes, cartilhas).	RR	50	Folders: S=4 / N=0 Cartazes: S=4 / N=0 Cartilhas: S=2 /N=0	20	40%
		Kit de estesiômetro para avaliação da função neural	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%
		Lupa/ lanterna e fio dental para avaliação dos olhos	RRR	100	Lupa: S=5 / N=0 Fio dental: S=5/N=0	100	100%
		Existência de transporte para realização de visita domiciliar	RR	50	SIM = 10 NÃO = 0	0	0%
		Existência de mapeamento das unidades para referência.	RR	50	SIM = 10 NÃO = 0	50	100%

		Livro de Registro de Pacientes e Controle de Tratamento	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%
		Ficha de Notificação (hanseníase) SINAN	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%
		Protocolo complementar de investigação diagnóstica em menores de 15 anos-PCID<15	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%
		Ficha de investigação de intercorrência após alta por cura/ficha de investigação de suspeita de recidiva	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%
		Formulário para avaliação do grau de incapacidade	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%
		Formulário para avaliação neurológica Simplificada.	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%
		Boletim de acompanhamento de casos mensal,	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%
		Formulário de Vigilância de Contatos Intradomiciliares,	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%
		Formulário de referência e contra referência,	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%
		Cartão de aprazamento de dose do paciente com hanseníase.	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%
		Prontuário (preenchimento)	RRR	100	Adequado =10 Pouco Adequado = 5 Inadequado = 0	50	50%
		<b>Total de pontos do componente estrutural insumos</b>		<b>2.800</b>		<b>2.285</b>	<b>81,60%</b>
				<b>Total = 2.800</b>			

Fonte: Adaptado de BRANDÃO, 2011; LEAL, 2011.

Legendas: **RR** – relevante; **RRR** – muito relevante

PE – pontos esperados; GR – grau de relevância; PO – pontos obtidos; GI – grau de implantação

**QUADRO 22 – MATRIZ DE ANÁLISE E JULGAMENTO – COMPONENTE PROCESSUAL ATIVIDADES DA REFERÊNCIA MUNICIPAL**

Componente Processo	Dimensão	Subdimensão	Indicadores ou Critérios	Relevância	Pontos Esperados  (PE x GR)	Pontos de Corte	Pontos Obtidos  (PO x GR)	Grau de Implementação  GI= PO/PE x 100
ATIVIDADES	QUALIDADE	QUALIDADE TÉCNICO CIENTÍFICO	Conhecimento técnico-científico dos profissionais (formação em Hanseníase).	RRR	100	Adequado =10 Pouco Adequado = 5 Inadequado = 0	100	100%
			Acesso dos profissionais e gestores às capacitações em hanseníase.	RR	50	SIM = 10 NÃO = 0	50	100%
			Utilização de Normas e Protocolos e manuais.	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%
			Organização dos fluxos de atendimento.	RR	50	Adequado=10 Pouco Adequado = 5 Inadequado=0	50	100%
			Realização de atividades Educativas/Informações sobre hanseníase com os usuários e comunidade	RR	50	Grupo=5 Individual=5 Não realizam =0	25	50%
			Realização de exame clínico de suspeição, solicitação de exames quando necessário	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%
			Instituição e acompanhamento da dose mensal supervisionada, com consultas de retorno pré agendadas para profissionais de nível superior.	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%
			Notificação de 100% dos casos de hanseníase	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	0	0%
			Conhecer o número de casos novos de Hanseníase diagnosticados no ano.	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	0	0%
			Conhecer número de casos em tratamento regular	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	0	0%

		Conhecer número de casos em < 15 anos,	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	0	0%
		Conhecer número de casos com recidiva	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	0	0%
		Conhecer número de casos com incapacidades e sequelas.	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	0	0%
		Conhecer o Número de Pacientes em tratamento de Estados Reacionais.	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	0	0%
		Realização de atividades de Prevenção de Incapacidades.	RRR	100	Educação em Saúde=2 Avaliação do GI= 4 Estimulo auto-cuidado= 4 Não realiza = 0	100	100%
		Casos com avaliação do GI e função neural no momento do diagnóstico e da cura.	RRR	100	Diagnóstico/alta =10 Só diag ou alta = 5 Nenhuma = 0	50	50%
		Visitas domiciliares em busca de faltosos pela equipe	RR	50	Adequado = 10 Pouco adequado = 5 Inadequado = 0	0	0%
		Exame de contatos	RRR	100	Adequado=10 Pouco Adequado = 5 Inadequado=0	50	50%
		Encaminhamento aos serviços de referência	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%
		Preenchimento da Guia de Referência e Contra-Referência	RR	50	Adequado=10 Pouco Adequado = 5 Inadequado=0	50	100%
		Respostas dos casos encaminhados às referências	RRR	100	Adequado=10 Pouco Adequado = 5 Inadequado=0	100	100%
		Análise sistemática dos processos de referência e contra-referência	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	0	0%

			Registro das informações sobre o usuário em prontuário.	RRR	100	Adequado=10 Pouco Adequado = 5 Inadequado=0	50	50%
			Acompanhamento dos casos em Boletim da VE	RR	50	Adequado=10 Pouco Adequado = 5 Inadequado=0	50	100%
			Atualização do Sistema de Informação	RR	50	SIM = 10 NÃO = 0	50	100%
			Monitoramento do Sistema de Informação	RRR	100	Adequado=10 Pouco Adequado = 5 Inadequado=0	50	50%
			<b>Total de pontos do componente processual atividades</b>		<b>2.250</b>		<b>1.175</b>	<b>52,22%</b>
		<b>Grau de Implementação</b>	<b>Somatório dos Componentes Insumos e Atividades</b>		<b>5.050</b>		<b>3.460</b>	<b>68,51</b>

Fonte: Adaptado de BRANDÃO, 2011; LEAL, 2011.

Legendas: **RR** – relevante; **RRR** – muito relevante

PE – pontos esperados; GR – grau de relevância; PO – pontos obtidos; GI – grau de implantação

**QUADRO 23 – MATRIZ DE ANÁLISE E JULGAMENTO, SEGUNDO UNIDADE DE SAÚDE SELECIONADA – COMPONENTE ESTRUTURAL INSUMOS.**

Indicadores ou Critérios	GR	Pontos Esperados (PE x GR)	Pontos de Corte	UBS 01		UBS 03		URM	
				PO	GI	PO	GI	PO	GI
Recursos humanos	RRR	100	Adequado =10 Pouco Adequado = 5 Inadequado = 0	100	100%	50	50%	50	50%
Normas técnicas e protocolos acessíveis à equipe	RR	50	SIM= 10 NÃO = 0	0	0%	50	100%	50	100%
Estrutura para acolhimento aos usuários (cadeiras, bebedouros, banheiro F e M).	RRR	100	Cadeiras: S= 4 N=0 Bebedouros: S= 2 N=0 Banheiro Público: S= 4/ N=0	100	100%	100	100%	100	100%
Acessibilidade a portadores de deficiência	RR	50	SIM= 10 NÃO = 0	50	100%	50	100%	50	100%
Espaço físico com mobiliário adequado	RR	50	Adequado =10 Pouco Adequado = 5 Inadequado = 0	25	50%	25	50%	25	50%
Kit para exames de suspeição (tubos de ensaios, alfinetes, algodão, pinça, bico de Bunsen)	RRR	100	T.Ensaio : S=2 N=0 Alfinetes: S=2 N=0 Algodão: S=2 N=0 Pinça: S=2 N=0 B.Bunsen: S=2 N=0	80	80%	80	80%	100	100%
Existência de laboratório equipado para apoio diagnóstico.	RRR	100	SIM= 10 NÃO = 0	N.A	N.A	N.A	N.A	100	100%
Existência de sala para coleta de BAAR.	RR	50	Existe = 10 Sala adaptada = 5 Não Existe = 0	N.A	N.A	N.A	N.A	50	100%
Material para apoio diagnóstico (BAAR , biópsia de pele e rotina de sangue/fezes e urina)	RRR	100	BAAR : S=2 / N=0 Biópsia: S=2 / N=0 Sangue: S=2 / N=0 Urina: S=2 / N=0 Fezes: S=2 / N=0	N.A	N.A	N.A	N.A	80	80%

Material de Consumo (algodão, éter ou álcool, impressos, fitas de HGT).	RR	50	Algodão: S=2 /N=0 Álcool/éter: S=2 /N=0 Impressos: S= 4 / N=0 Fitas de HGT: S=2 / N=0	40	80%	40	80%	40	80%
Existência de equipamentos (aparelho de PA, balança adulta e infantil, Glicosímetro).	RRR	100	Aparelho PA: S=3 / N=0 B. adulta: S=2 /N=0 B. pediátrica: S=2 /N=0 Glicosímetro: S=3 /N=0	70	70%	100	100%	100	100%
Farmácia Climatizada.	RRR	100	SIM= 10 NÃO = 0	100	100%	100	100%	100	100%
Medicamentos PQT (PB, MB e Substitutivos)	RRR	100	PQT-PB: S=4 / N=0 PQT-MB: S=4 / N=0 Substitutivo: S=2 / N=0	80	80%	40	40%	80	80%
Medicamentos anti-reacionais (prednisona, talidomida e pentoxifilina).	RRR	100	Prednisona: S=4 / N=0 Talidomida: S=4 / N=0 Pentoxifilina: S=2 / N=0	0 N.A N.A	0% N.A N.A	0 N.A N.A	0% N.A N.A	40	40%
Vacina BCG	RRR	100	SIM= 10 NÃO = 0	100	100%	0	0%	0	0%
Insumos para prevenção de incapacidade	RRR	100	SIM= 10 NÃO = 0	0	0%	0	0%	0	0%
Material para educação em saúde para Hanseníase (folders, cartazes, cartilhas).	RR	50	Folders: S=4 / N=0 Cartazes: S=4 / N=0 Cartilhas: S=2 / N=0	0	0%	20	40%	20	40%
Kit de estesiômetro para avaliação da função neural	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%	100	100%	100	100%
Lupa/ lanterna e fio dental para avaliação dos olhos	RRR	100	Lupa: S=5 N=0 Fio dental: S=5 N=0	50	50%	50	50%	100	100%
Existência de transporte para realização de visita domiciliar	RR	50	SIM = 10 NÃO = 0	0	0%	0	0%	0	0%
Existência de mapeamento das unidades para referência.	RR	50	SIM = 10 NÃO = 0	0	0%	0	0%	50	100%
Livro de Registro de Pacientes e Controle de Tratamento	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%	100	100%	100	100%
Ficha de Notificação (hanseníase) SINAN	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%	100	100%	100	100%

Protocolo complementar de investigação diagnóstica em menores de 15 anos-PCID<15	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%	100	100%	100	100%
Ficha de investigação de intercorrência após alta por cura/ficha de investigação de suspeita de recidiva	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	0	0%	100	100%	100	100%
Formulário para avaliação do grau de incapacidade	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%	100	100%	100	100%
Formulário para avaliação neurológica Simplificada.	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%	100	100%	100	100%
Boletim de acompanhamento de casos mensal,	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%	100	100%	100	100%
Formulário de Vigilância de Contatos Intradomiciliares,	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%	100	100%	100	100%
Formulário de referência e contra referência,	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%	100	100%	100	100%
Cartão de aprazamento de dose do paciente com hanseníase.	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%	100	100%	100	100%
Prontuário (preenchimento)	RRR	100	Adequado =10 Pouco Adequado = 5 Inadequado = 0	50	50%	50	50%	50	50%
<b>Total de pontos do componente estrutural insumos</b>	-	<b>2.800 (URM) 2.490* (UBS)</b>	-	<b>1.845</b>	<b>74,09%</b>	<b>1.855</b>	<b>74,49%</b>	<b>2.285</b>	<b>81,60%</b>

Fonte: Adaptado de BRANDÃO, 2011; LEAL, 2011.

Legenda: Legendas: **RR** – relevante; **RRR** – muito relevante PE – pontos esperados; GR – grau de relevância; PO – pontos obtidos; GI – grau de implantação;

\*N.A – Não se aplica (-310 pontos = 2.490 pontos nas UBS 1 E 3).

**QUADRO 24 – MATRIZ DE JULGAMENTO, SEGUNDO UNIDADE DE SAÚDE SELECIONADA – COMPONENTE PROCESSUAL ATIVIDADES.**

Indicadores ou Critérios	GR	Pontos Esperados (PE x GR)	Pontos de Corte	UBS 01		UBS 03		URM	
				PO	GI	PO	GI	PO	GI
Conhecimento técnico-científico dos profissionais (formação em Hanseníase).	RRR	100	Adequado =10 Pouco Adequado = 5 Inadequado = 0	50	50%	50	50%	100	100%
Acesso dos profissionais e gestores às capacitações em hanseníase.	RR	50	SIM= 10 NÃO = 0	50	100%	50	100%	50	100%
Utilização de Normas e Protocolos e manuais.	RRR	100	SIM= 10 NÃO = 0	100	100%	100	100%	100	100%
Organização dos fluxos de atendimento.	RR	50	Adequado =10 Pouco Adequado = 5 Inadequado = 0	50	100%	50	100%	50	100%
Realização de atividades Educativas/Informações sobre hanseníase com os usuários e comunidade	RR	50	Grupo =5 Individual = 5 Não realizam = 0	50	100%	50	100%	25	50%
Realização de exame clínico de suspeição, solicitação de exames quando necessário	RRR	100	SIM= 10 NÃO = 0	100	100%	100	100%	100	100%
Instituição e acompanhamento da dose mensal supervisionada, com consultas de retorno pré agendadas para profissionais de nível superior.	RRR	100	SIM= 10 NÃO = 0	100	100%	100	100%	100	100%
Notificação de 100% dos casos de hanseníase	RRR	100	SIM= 10 NÃO = 0	0	0%	0	0%	0	0%
Conhecer o número de casos novos de Hanseníase diagnosticados no ano.	RRR	100	SIM= 10 NÃO = 0	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
Conhecer número de casos em tratamento regular	RRR	100	SIM= 10 NÃO = 0	0	0%	0	0%	0	0%

Conhecer número de casos em < 15 anos,	RRR	100	SIM= 10 NÃO = 0	0	0%	0	0%	0	0%
Conhecer número de casos com recidiva	RRR	100	SIM= 10 NÃO = 0	0	0%	100	100%	0	0%
Conhecer número de casos com incapacidades e sequelas.	RRR	100	SIM= 10 NÃO = 0	0	0%	0	0%	0	0%
Conhecer o Número de Pacientes em tratamento de Estados Reacionais.	RRR	100	SIM= 10 NÃO = 0	100	100%	100	100%	0	0%
Realização de atividades de Prevenção de Incapacidades.	RRR	100	Educação em Saúde=2 Avaliação do GI= 4 Estimulo autocuidado= 4 Não realiza = 0	80	80%	100	100%	100	100%
Casos com avaliação do GI e função neural no momento do diagnóstico e da cura.	RRR	100	Diagnóstico/alta =10 Só diag ou alta = 5 Nenhuma = 0	50	50%	50	50%	50	50%
Visitas domiciliares em busca de faltosos pela equipe	RR	50	Adequado = 10 Pouco adequado = 5 Inadequado = 0	25	50%	50	50%	0	0%
Exame de contatos	RRR	100	Adequado = 10 Pouco adequado = 5 Inadequado = 0	50	50%	50	50%	50	50%
Encaminhamento aos serviços de referência	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%	100	100%	100	100%
Preenchimento da Guia de Referência e Contra-Referência	RR	50	Adequado = 10 Pouco adequado = 5 Inadequado = 0	25	50%	25	50%	50	100%
Respostas dos casos encaminhados às referências	RRR	100	Adequado = 10 Pouco adequado = 5 Inadequado = 0	100	100%	100	100%	100	100%
Análise sistemática dos processos de referência e contra referência	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	0	0%	0	0%	0	0%
Registro das informações sobre o usuário em prontuário.	RRR	100	Adequado = 10 Pouco adequado = 5 Inadequado = 0	50	50%	50	50%	50	50%
Acompanhamento dos casos em Boletim da VE	RR	50	Adequado = 10 Pouco adequado = 5 Inadequado = 0	25	50%	25	50%	50	100%

Atualização do Sistema de Informação	RR	50	SIM = 10 NÃO = 0	50	100%	50	100%	50	100%
Monitoramento do Sistema de Informação	RRR	100	Adequado = 10 Pouco adequado = 5 Inadequado = 0	50	50%	50	50%	50	50%
<b>Total de pontos do componente processual atividades</b>	-	<b>2.250</b>	-	<b>1.205</b>	<b>53,55%</b>	<b>1.450</b>	<b>64,44%</b>	<b>1.175</b>	<b>52,22%</b>
<b>Somatório dos Componentes Insumos e Atividades</b>		<b>5.050 (URM) 4.740* (UBS)</b>		<b>3.050</b>	<b>64,34%</b>	<b>3.305</b>	<b>69,72%</b>	<b>3.460</b>	<b>68,51%</b>
<b>Grau de Implementação</b>					<b>Parcialmente Implantado</b>		<b>Parcialmente Implantado</b>		<b>Parcialmente Implantado</b>

Fonte: Adaptado de BRANDÃO, 2011; LEAL, 2011.

Legenda: Legendas: **RR** – relevante; **RRR** – muito relevante PE – pontos esperados; GR – grau de relevância; PO – pontos obtidos; GI – grau de implantação;

\*N.A – Não se aplica (-310 pontos = 2.490 pontos nas UBS 1 e 3).

## 5.5 ESTIMAR O GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DO PCH ATRAVÉS DE INDICADORES CONSIDERANDO A ESTRUTURA E PROCESSO.

O grau de implantação foi definido como: implantado para os valores acima de 75,00%; parcialmente implantado para os valores de 50,00 a 75,00%; incipiente para os valores de 25,00 a 49,99% e não implantado para os valores de abaixo de 25,00%.

Em relação ao componente insumos e subdimensão disponibilidade, verificou-se que a UBS 01 e UBS 03 ficaram com um resultado de parcialmente implantando com percentuais de 74,09% e 74,49% respectivamente e a URM como implantada com um percentual de 81,60%.

Em relação ao componente atividades e subdimensão qualidade técnico científica, nas UBS 01, UBS 03 e a URM verificou-se que o grau de implementação ficou como parcialmente implantada com percentuais de 53,55%; 64,44% e 52,22% respectivamente.

De acordo com o Quadro 25 o grau de implementação do PCH, considerando o somatório dos componentes estruturais Insumos e Atividades na dimensão de qualidade do PCH foi de 64,34%, 69,72% e 68,51% nas UBS 1, UBS 3 e URM respectivamente, portanto, classificados como parcialmente implantados.

### Quadro 25. Grau de implementação dos componentes estruturais insumos e atividade, segundo a dimensão de qualidade do PCH, nas localidades do estudo.

Componente	Subdimensões	PE	UBUS 01		UBS03		URM		Grau de Implementação
			PO	%	PO	%	PO	%	
INSUMOS	∑ disponibilidade	2.800 (URM)	1.845	<b>74,09</b>	1.855	<b>74,49</b>	2.285	<b>81,60</b>	UBS 1 e 3 <b>Parcialmente implantado</b> URM <b>Implantado</b>
		2.490* (UBS 1 e 3)							
ATIVIDADES	∑ qualidade técnica científica	2.250	1.205	<b>53,55</b>	1.450	<b>64,44</b>	1.175	<b>52,22</b>	<b>Parcialmente implantado</b>
∑ dimensão Qualidade		5.050 (URM) 4.740* (UBS 1 e 3)	3.050	<b>64,34</b>	3.305	<b>69,72</b>	3.460	<b>68,51</b>	<b>Parcialmente implantado</b>

\*Para as UBS 1 e 3 o ∑ dos insumos esperados totalizou 2.490 em função de 03 itens critérios não se aplicarem à atenção básica. Para estas duas unidades, a ∑ da dimensão qualidade ficou = 4.740.

## 6 DISCUSSÃO

O Programa de Controle da Hanseníase é prioridade desde a aprovação das NOAS/2001 (BRASIL, 2001b).

Ferreira (2005) cita que, o primeiro passo de uma avaliação é saber se as ações preconizadas ocorrem de fato na intensidade e frequência recomendadas.

Em relação ao contexto externo, estudos mostram que as altas taxas de detecção da hanseníase foram proporcionalmente maiores nos municípios com baixo IDHM associados a deficiência das redes de serviços de saúde.

“As áreas com menor desenvolvimento humano apresentam desafios operacionais, relacionados não só ao controle da hanseníase, mas também de outras doenças e agravos, por estarem associados a uma estrutura deficiente da rede de serviços de saúde que não dão resolutividade adequada aos problemas existentes” (TOUSO, 2015, p. 14).

Baixo grau de escolaridade pode dificultar a apreensão das orientações sobre o tratamento, prevenção e cuidados necessários e podem ser fatores que motivam o afastamento do serviço de saúde, levando-os ao abandono do tratamento.

Para Andrade; Sabroza; Araújo (1994) quando no domicílio, seu chefe de família apresenta baixo nível de escolaridade a chance de ter um doente foi 2,5 vezes maior do que naqueles com um maior nível de escolaridade.

Para Miranzi; Pereira; Nunes (2010), a questão da escolaridade é importante para se realizar a educação em saúde e em seu estudo realizado no município de Uberaba, Estado de Minas Gerais, Brasil, no período de 2000 a 2006 revelou que 34% dos portadores de hanseníase avaliados haviam estudado no máximo até a sexta série no ensino fundamental.

Sabe-se que, a transmissão da hanseníase se dá através das vias respiratórias e ambientes com grande concentração de pessoas torna-se favorável a essa transmissão e o ambiente domiciliar é onde ocorre a maior cadeia de transmissão.

“O ambiente domiciliar pode apresentar condições favoráveis para prevalência e incidência da hanseníase, visto que as principais formas de transmissão envolvem precárias condições de qualidade de vida, aglomerações de pessoas em espaços domiciliares pequenos, má ventilação dos domicílios, promovendo o contato frequente do patógeno uma vez que a realidade brasileira mostra famílias numerosas de classes sociais baixas vivendo de modo sub-humano” (FERNANDES et al., p. 2, 2017).

Em estudo realizado por Aquino; Santos; Costa (2003) mostrou que a baixa escolaridade, a renda inferior a um salário mínimo, precárias condições de moradia, falta de

saneamento básico e o alto índice de incapacidade física, foi um predomínio no perfil dos pacientes (AQUINO; SANTOS; COSTA, 2003).

Sabe-se que a carência de infraestrutura como água potável, rede de esgoto, destino adequado do lixo e outros são fatores propícios a trazer problemas de saúde.

Pesquisa sobre avaliação do programa de eliminação da hanseníase realizada por Spinelli e Ignotti (2007) em Mato Grosso, mostrou que os municípios de Poconé, Peixoto e Tangará tiveram um resultado insuficiente de implantação, em decorrência da influência do contexto externo com condição de aglomeração domiciliar superior a média nacional de 3,79; de saneamento básico precário pela quase inexistência de rede de esgotamento sanitário, baixo percentual de domicílios com água tratada e de coleta regular de lixo.

A taxa de detecção de casos novos de hanseníase está relacionada principalmente às condições de pobreza e insalubridades. Estudos evidenciam que fatores socioeconômicos como condições de habitação, saneamento básico, renda, coleta de lixo apresentam uma íntima relação com a endemia (IMBIRIBA et al, 2009; BRASIL, 2008; TOUSO, 2015).

Esses dados mostram a situação de vulnerabilidades com que vivem os moradores da Cidade Olímpica e as facilidades de se exporem às doenças transmissíveis, bem como outros problemas de saúde.

Em relação à intervenção, no município de São Luís, o PCH na dimensão de qualidade de Estrutura e Processo encontra-se parcialmente implantado.

Estrutura corresponde aos recursos ou insumos utilizados. Processo é o conjunto de atividades e procedimentos empregados no manejo desses recursos (FERREIRA, 2005).

Quando se analisa a dimensão qualidade nas diferentes subdimensões e componentes estruturais, o grau de implementação apresenta variações entre a atenção básica e unidade de referência.

O componente estrutural insumo apresentou resultados diferentes para as subdimensões. Quanto à disponibilidade foi classificado como parcialmente implantado na atenção básica e implantado na unidade de referência, porém, na qualidade técnico-científica os resultados apontaram que tanto na atenção básica como na unidade de referência, foi parcialmente implantado.

A hanseníase é um agravo de notificação compulsória e, portanto, todos os casos confirmados devem ser obrigatoriamente, notificados, investigados e as fichas encaminhadas para a vigilância epidemiológica do município. Observou-se que, em relação à notificação dos casos, constatou-se que as UBS são as que menos notificam ou notificam tardiamente. Verificou-se um maior número de notificações na unidade de referência. Ainda assim,

observou-se a discordância de dados encontrados nas unidades analisadas com os dados encontrados no SINAN.

Em pesquisa realizada por Antunes (2012) em Município de Cáceres-MT mostrou que os coeficientes de detecção anual de casos novos, calculados nos anos estudados colocavam o município de Cáceres como hiperendêmico bem como os dados encontrados nesta pesquisa. Sabe-se que o parâmetro para hiperendemia é um coeficiente de casos novos > 40 casos por 100.000 habitantes.

Ainda sobre pesquisa de avaliação das ações de controle da hanseníase realizada por Antunes (2012) em Município de Cáceres-MT, o mesmo encontrou divergências de dados coletados em prontuários e dos inseridos no SINAN. As informações mostraram que havia 419 prontuários nos anos pesquisados e na base de dados do SINAN indicavam os registrados de 385 casos de hanseníase no município de Cáceres com uma diferença de 34 prontuários a mais ou 8,83% de casos, reafirmando o encontrado nesta pesquisa, que houve uma diferença de 80 (24,76%) casos não inseridos no SINAN. Ao final, para avaliar a dimensão Estrutura e Processo, a estimativa do grau de implantação, em Cáceres ficou como aceitável, o que corresponde nesta pesquisa ao parcialmente implantado.

Arantes et al (2010) em pesquisa realizada em São José do Rio Preto – SP onde, de um grupo de 234 casos estudados, no período de 1998 a 2006, 99,1% (232) casos passaram pela avaliação de prevenção de incapacidades no diagnóstico.

Esses resultados mostram a necessidade de se realizar o diagnóstico precoce e ações de prevenção oportunas para evitar incapacidades físicas, principalmente na atenção básica.

Pesquisa de Antunes (2012) no município de Cáceres em relação a análise do grau de incapacidade na alta mostrou que um em cada quatro pacientes não foi avaliado (24,9%) e outros 13% não tiveram o grau informado.

A não realização da avaliação implica em dar alta por cura sem saber em que condições esse paciente se encontra no final do tratamento em relação ao início, se houve ou não melhora do quadro em relação ao início do tratamento, quando for o caso (ANTUNES, 2012)

Pesquisa realizada por Brandão (2011) sobre avaliação da qualidade da assistência aos estados reacionais em hanseníase na atenção primária no município do Rio de Janeiro mostrou que os profissionais da equipe possuíam formação para trabalhar com hanseníase e seus estados reacionais e sempre que necessário, os profissionais eram liberados para participar de atividades de educação continuada em hanseníase. Esses resultados corroboram com esta

pesquisa quando observou que todos os profissionais são liberados para treinamentos conforme oferta da coordenação do PCH no nível municipal e/ou estadual qualificando os profissionais que estão inseridos no PCH, os quais deveriam oferecer ações de assistência com qualidade.

O estudo de Ferreira (2005) mostrou o problema comum a todas as unidades era o agendamento de contatos domiciliares. Os contatos não eram procurados, orientados ou monitorados para vacinação com BCG, os percentuais de cobertura eram baixos, insatisfatórios. Esses resultados são similares aos encontrados nesta pesquisa.

Ferraz (2013) em trabalho sobre avaliação do programa de controle da hanseníase no município de Campo Grande - MS mostrou que, de 339 contatos registrados apenas 59% (200) foram examinados. Observou-se nesta pesquisa, que a proporção de contatos examinados. Dos 326 contatos registrados dos casos de hanseníase encontrados nas UBS 1 e 3 e na URM, apenas 45,09% foram examinados. Esses baixos índices de cobertura indicam a falta de capacidade dos serviços em realizar a vigilância dos contatos mostrando a precariedade da detecção oportuna de casos novos.

Os contatos registrados de portadores de hanseníase devem ser examinados e encaminhados à sala de imunização para receber a vacina BCG conforme esquema preconizado pelo MS/PNI (ver quadro 01, página 26 deste trabalho). Em pesquisa realizada por Ferreira (2005) em Manaus, mostrou que 263 unidades trabalhavam com o programa de hanseníase, dessas somente duas unidades aplicavam a vacina BCG nos contatos. Observou-se nesta pesquisa, a dificuldade dos contatos realizarem a vacina BCG, considerando que duas das unidades pesquisadas, apesar de disponibilizar a vacina no calendário de rotina da criança mas não estava disponível para o contato de hanseníase dificultando o acesso para a prevenção desses contatos.

Em relação ao Boletim de Acompanhamento Mensal, as unidades federadas deverão utilizar os modelos padronizados pela SVS/MS, sendo emitidos pelo próprio sistema.

Estes boletins têm como objetivo a coleta na unidade de saúde e a inclusão no sistema, dos dados de acompanhamento dos casos, viabilizando, assim, a avaliação operacional das ações de controle. Apresentam, por unidade de saúde, a relação de pacientes que estão em acompanhamento na unidade e seus respectivos dados para atualização. (BRASIL, 2007b). Na pesquisa, o Boletim está sendo disponibilizado bimensalmente e observou-se ainda uma demora em ser atualizado e devolvido para a vigilância caracterizando morosidade em retroalimentar o sistema de informação.

Para Vasconcelos et al (2008), o prontuário é um documento único, de informações registradas com base em fatos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que favorece a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo

Para Ferreira (2005), o prontuário do paciente deve conter a sua identificação pessoal, endereço e registros de informações clínicas e epidemiológicas relacionados ao processo de diagnóstico, tratamento integral, alta por cura e eventuais intercorrências após a alta. Deve conter ainda informações relacionadas a outros atendimentos.

Observou-se que em todos os prontuários examinados faltava algum tipo de informação como existência de comorbidades, conduta com os contatos (examinado, cicatriz de BCG), orientação para o autocuidado ou orientações aos familiares, exames complementares, baciloscopia, sem informação de classificação operacional ou forma clínica ou modo de entrada na ficha de identificação do paciente.

Quanto à qualidade dos registros, verificou-se que os profissionais não registram todas as informações requeridas pelas ações de eliminação da hanseníase. A falta desses registros nos prontuários dos pacientes dificulta a utilização dos mesmos, como fonte para pesquisas científicas e avaliação da qualidade da assistência prestada a população. Observa-se a total falta de compromisso dos profissionais com esta atividade que é de extrema importância também para a consolidação dos dados para o Sistema de Informações em Saúde (FERREIRA, 2005).

Em pesquisa realizada por Souza (2014) sobre Análise da implantação do Programa de Controle da Hanseníase em Camaragibe, Recife mostrou que, em relação ao serviço de vigilância, a mesma dispunha de 75,0% dos impressos necessários à notificação/investigação e acompanhamento dos casos para a distribuição na rede e não possuía normas técnicas para disponibilizar aos serviços. Nesta pesquisa, segundo informação da coordenação do PCH, a VE dispunha de todos os impressos do programa para distribuição na rede, à exceção do livro ata que estava em falta.

Ainda em pesquisa de Souza (2014) quanto à estrutura física e recursos materiais, a coordenação da VE não dispunha, para o desenvolvimento das ações, de sala própria, nem de computadores e impressoras suficientes e funcionando adequadamente. Corroborando com esta pesquisa a situação de não existência de sala própria para o programa, era compartilhada com outros programas como Tuberculose, dengue, atendimento anti-rábico e outros. Também não dispunha de veículo exclusivo para o PCH, divergindo do encontrado por Souza (2014).

A autora supracitada observou-se incipiência no desenvolvimento de atividades educativas em sua pesquisa. Resultados idênticos foram levantados neste trabalho. Observou-se que 100% dos profissionais da URM só fazem atividades educativas individuais, no

momento da consulta e nas UBS 1 e 3 apenas 33,33% faziam essas atividades envolvendo o indivíduo e a comunidade.

Em pesquisa realizada por Leal (2011) em Recife, sobre avaliação da implantação do programa de controle da hanseníase no distrito sanitário em relação à presença e disponibilidade de normas e normatização esse critério encontrava-se parcialmente adequado, pois os guias de vigilância e assistência para os casos de hanseníase não estavam presentes para consulta em um quarto dos consultórios analisados. Resultado idêntico foi observado nesta pesquisa em relação à UBS 1 pois durante a observação de campo não localizou nenhum manual ou normas do PCH, bem como nenhum guia de mapeamento dos serviços do PCH, havendo necessidade de readequar a inserção do guia e das normas e manuais nos consultórios para facilitar o acesso dos profissionais aos mesmos.

Considerando a intervenção através dos componentes de estrutura insumos e atividades, os achados de Brandão (2011) nos casos 01, 02 e 03 de sua pesquisa mostraram que o componente estrutural insumos encontrava-se implantado com 83,7%; 85,6% e 87,5% respectivamente e que o componente estrutural atividades está parcialmente implantado com 63,4%; 53,8% e 55,7% respectivamente. Entretanto, o somatório dos componentes insumos e atividades dos casos analisados ficaram como parcialmente implantados com um escore de igual a 74,6% para o caso 1; escore igual a 70,3% para o caso 2 e o escore de 73,2% para o caso 3. Os achados desta pesquisa corroboram com os achados da autora supracitada.

Nos estudos de Antunes (2012) para avaliar a dimensão Estrutura e Processo, a estimativa do grau de implantação, em Cárceres - MT ficou como aceitável (70% a 84,9%), o que corresponde nesta pesquisa ao parcialmente implantado.

Para Leal (2011), em sua pesquisa sobre Grau de Implantação do PCH no Distrito Sanitário VI de Recife – PE, a análise por nível evidenciou que o GI apresentava-se diferenciado no nível distrital com um resultado adequado (88,98%) quando comparado aos resultados das equipes de saúde da família (71,45%) e equipes de referência (71,18%) de parcialmente adequado. No somatório geral, o Distrito Sanitário VI ficou como parcialmente adequado em relação aos graus de implantação das dimensões de estrutura e processo corroborando com os resultados deste estudo.

Nesta pesquisa, a análise, no individual, as UBS 1 e 3 ficaram com um resultado de parcialmente implantado nos componentes insumos e atividades e a URM ficou como implantado no componente insumos e parcialmente implantado no componente atividades. No somatório dos componentes, as unidades analisadas ficaram como parcialmente implantadas, corroborando com as pesquisas de Brandão (2011); Antunes (2012) e Leal (2011) o que

requer intensificação das ações por parte das unidades em conjunto com a coordenação do PCH e coordenação da atenção básica para melhorar a qualidade do atendimento e dos serviços relacionados ao PCH no município de São Luís - MA.

## 7 CONCLUSÃO

Este estudo se propôs responder as seguintes questões: Quais são as características do contexto externo e organizacional e seus fatores facilitadores e restritivos relacionados à implementação das ações de assistência? Os insumos estratégicos para realização das ações do PCH estão disponíveis conforme as normas técnicas do PNCH? As atividades do PCH são realizadas com a qualidade técnica-científica preconizadas pelo PNCH? Qual o grau de implementação das ações de assistência do programa de controle da hanseníase, na atenção primária de saúde e referência, em São Luís – MA, com foco na qualidade?

Para responder essas questões realizou-se o estudo de avaliação de implementação das ações de assistência do PCH, na atenção primária e unidade de referência, no município de São Luís-MA com foco na qualidade. A metodologia utilizada foi o estudo de caso a partir da construção do Modelo Lógico do Programa.

No contexto externo observou-se que no bairro onde estão inseridas as UBS 1 e 3, há uma precariedade em relação ao acesso ao saneamento básico e situação dos domicílios com alta densidade de pessoas em quartos (aglomeração) vivendo em más condições de moradia, bem como um alto índice de proporção de pobres, o que torna o ambiente favorável para a permanência da cadeia de transmissão da hanseníase em decorrência dessas vulnerabilidades sociais.

Considerando a dimensão de qualidade, os componentes de estrutura e processo estudados foram a disponibilidade dos insumos e a qualidade técnico científica através das atividades realizadas no PCH.

Os critérios relativos aos componentes de estrutura (insumos) e de processo (atividades) estavam inadequados obtendo classificação de parcialmente implantado nas UBS 1 e 3. Em relação a URM os critérios relativos aos componentes de estrutura (insumos) estavam adequados obtendo classificação como implantado e em relação aos componentes de processo (atividades) estavam inadequados obtendo uma classificação de parcialmente implantado.

Estes resultados indicam que, apesar da descentralização do PCH para a atenção primária ainda há uma maior descoberta do caso nas unidades de referência havendo necessidade de estratégias por parte das coordenações do PCH e da atenção primária objetivando intensificar as ações de diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos pelas equipes de ESF nas unidades básicas de saúde para, de fato referenciar somente os casos que requeiram atenção dos níveis Tipo II e III.

Em relação aos números de casos levantados na pesquisa, observou-se discordância nas informações dos prontuários e livros de registros quando cruzados com os dados coletados do SINAN havendo necessidade de um monitoramento e análises frequentes dos prontuários e dos livros de registros de casos com os dados fornecidos pelas unidades através dos Boletins de Acompanhamentos Mensais.

Considerando o grande número de casos encontrados no município de São Luís, e nas áreas das unidades de saúde da pesquisa, nos anos estudados, observou-se que no município ainda se mantém num padrão de hiperendemicidade.

Portanto, conclui-se que o grau de implementação do PCH no município apresenta-se parcialmente implantado e esses resultados pode-se inferir que controle da hanseníase e no município há a necessidade de estratégias para otimizar as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, garantindo assim o acesso ao portador de hanseníase e a oportunação do diagnóstico em tempo hábil.

## 8 RECOMENDAÇÕES

Como contribuição ao processo de implementação do PCH no Município de São Luís, recomenda-se:

1. Aumentar a frequência de treinamentos para todos os profissionais envolvidos no PCH, realização de campanhas educativas, sensibilização e mais compromisso dos médicos e enfermeiros.
2. Monitorar a tendência da doença através da análise dos dados epidemiológicos
3. Realizar a busca ativa de casos em áreas silenciosas;
4. Prever e prover os recursos para as atividades educativas;
5. Supervisionar e cobrar dos profissionais das unidades o preenchimento completo e correto das fichas de notificação e os registros nos prontuários dos usuários;
6. Devolver para o nível local através de boletins informativos o consolidado das informações produzidas pelas unidades;
7. Fazer o devido controle de todos os contatos domiciliares e sociais, verificando o comparecimento dos mesmos nas unidades para realização do exame dermatológico e verificar a situação vacinal dos mesmos.
8. Promover atividades de educação na comunidade e em outros locais possíveis como escolas, igrejas, centros comunitários.
9. A coordenação do PCH deve incentivar o planejamento participativo, envolvendo os profissionais que atuam nas unidades na pactuação dos indicadores.

10. Que a gestão possibilite a continuidade e a qualidade do atendimento em todos os níveis da atenção evitando a rotatividade de profissionais.
  
11. Monitorar, avaliar e supervisionar as unidades, visando à discussão, resolução das dificuldades encontradas de forma conjunta com a coordenação do PCH e coordenação da atenção básica e da referência e oferecer suporte na condução dos casos complexos.

## REFERÊNCIAS

- ALENCAR, A. Mapa de violência em São Luís. **O IMPARCIAL**, 17 maio 2015. Disponível em: <<https://oimparcial.com.br/noticias/cidades/2015/05/mapa-da-violencia-aponta-a-cidade-olimpica-como-o-bairro-mais-violento-de-sao-luis>>. Acesso em: 10 jan. 2017.
- ANDRADE, V. L. G.; SABROZA, P. C.; ARAÚJO, A. J. G. Fatores Associados ao Domicílio e à Família na Determinação da Hanseníase, Rio de Janeiro, Brasil **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, Supl. 2, p. 281-292, 1994.
- ANDRADE, M. M. **O Princípio do Mal**: a ameaça leprosa no Rio de Janeiro colonial. 2005. 102 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.
- ANTUNES, E. F. **Avaliação das ações de controle da hanseníase em município hiperendêmico do estado de Mato Grosso**. 2012. 167 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2012.
- ARAÚJO, A. E. R. A. et al. Complicações neurais e incapacidades em hanseníase em capital do nordeste brasileiro com alta endemicidade. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, n. 4, p. 899-910, 2014.
- AQUINO, D. M. C. et al. Avaliação do grau de incapacidades em pacientes após alta medicamentosa na Amazônia do Maranhão-Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 33, p.104, 2000.
- AQUINO, D. M. C.; SANTOS, J. S; COSTA, J. M. L. Avaliação do programa de controle da hanseníase em um município hiperendêmico do Estado do Maranhão, Brasil, 1991-1995. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 119-125, 2003.
- ARANTES, C. K. et al. Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 19, n. 2, p. 155-164, 2010.
- ASSIS, M. M. A. et al. Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática. **Revista APS**, v. 10, n. 2, p. 189-199, 2007.
- BARBOSA, D. R. M.; ALMEIDA, M. G; SANTOS, A. G. Características epidemiológicas e espaciais da hanseníase no Estado do Maranhão, Brasil, 2001-2012. **Medicina** (Ribeirão Preto), v. 47, n. 4, p. 347-356, 2014.
- BORBA, S. M. L. S. **Vigilância epidemiológica da hanseníase na atenção básica**: o caso do município de Itaboraí, região metropolitana do Rio de Janeiro. 2015. 185 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.
- BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou qualitativa. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 150-153, 2007.

BRANDÃO, Paula Soares. **Avaliação da qualidade da assistência aos estados reacionais em Hanseníase na Atenção Primária: o caso da AP 5.3 no município do Rio de Janeiro.** 2011. 173 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – FIOCRUZ, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle da Hanseníase na atenção básica:** guia prático para profissionais da equipe de saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. 84p. (Série A. Normas e Manuais técnicos; n. 111).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Normas técnicas para a eliminação da Hanseníase no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. 43 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Plano Nacional de Atenção à Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde.** Brasília: CONASS, 2007a. 232 p. (Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS, 8).

BRASIL. Ministério da Saúde. PNASS. **Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde.** Resultado do processo avaliativo 2004-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. 85 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: **Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose.** 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 197 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Cadernos de Atenção Básica, n. 21).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Hanseníase: monitoramento e avaliação:** manual de capacitação em M&A. Caderno do aluno. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 75 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.125 de 07 de outubro de 2010. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 15 out. 2010a. Seção 1, p.55.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias:** guia de bolso. 8. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 444 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Nº 594 de 29 de outubro de 2010. Aprova as diretrizes dos serviços de Atenção Integral em Hanseníase nos níveis de cuidado. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema Nacional de Vigilância em Saúde**: relatório de situação: Maranhão. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 35 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.556, de 28 de outubro de 2011. Estabelece mecanismo de repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Estaduais, do Distrito Federal e Municipais, por meio do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, para implantação, implementação e fortalecimento da Vigilância Epidemiológica para o Programa de Enfrentamento às Doenças Negligenciadas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p. (Série E. legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis. **Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases**: plano de ação 2011-2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 100 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil. Situação epidemiológica da Hanseníase no Brasil: análise de indicadores selecionados na última década e desafios para eliminação. **Boletim Epidemiológico**, Brasília-DF, v. 44, n. 11, p. 1-6, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. CONASS. **Indicadores: cobertura de equipes de saúde da família e de saúde bucal**. NOTA TÉCNICA. Fonte dos indicadores: SAGE – Sala de Apoio à Gestão Estratégica. 2013b. Disponível em: <[www.saude.gov.br/sage](http://www.saude.gov.br/sage)>. Acesso em abril de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Sistema de Informações sobre Mortalidade**. Óbitos por ocorrência por regional de saúde/MA, 2013c. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10ma.def>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública**: manual técnico-operacional. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. 58 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS de nº 149/2016. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública, com a finalidade de orientar os gestores e os profissionais dos serviços de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 04 fev. 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Interagencial de Informações para a Saúde -RIPSA**. Disponível em: <[www.ripsa.gov](http://www.ripsa.gov)>. Acesso em: 01-03 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Tabnet.datasus. **Morbidade e fatores de risco**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/CapituloD.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2017.

BROUSSELLE, A. et al. **Avaliação: conceitos e métodos**. Tradução de Michel Colin. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 291 f.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CASSIOLATO, M; GUERESI, S. **Como elaborar modelo lógico de programa: roteiro para formular programas e organizar a avaliação**. Brasília: IPEA, 2010. 35 f. (Nota Técnica, nº 6).

CAVALCANTE, R. B.; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M. M. K. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Informação & Sociedade: Estudos**, João Pessoa, v. 24, n. 1, p. 13-18, 2014.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Logic models and program planning. In: CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Department of Health and Human Services **Logic models**. p. 2-3. Disponível em: <[https://www.cdc.gov/oralhealth/state\\_programs/pdf/logic\\_models.pdf](https://www.cdc.gov/oralhealth/state_programs/pdf/logic_models.pdf)>. Acesso em: 04 jul. 2015

CHAMPAGNE, F.; DUBOIS, C. A.; BILODEAU, H. História da avaliação. In: Broussele, Astrid. (Org). **Avaliação: conceitos e métodos**. Tradução de Michel Colin. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 19-39.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 29-47.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELE, Astrid. (Org). **Avaliação: conceitos e métodos**. Tradução de Michel Colin. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 41-60.

COSTA, G. C. **Aspectos clínico-epidemiológicos e imunológicos da hanseníase em área hiperendêmica do estado do Maranhão**. 2014. 111 f. Tese (Doutorado em Patologia) – Universidade Federal da Bahia, Fundação Oswaldo Cruz, Programa de Pós-Graduação em Patologia, Salvador, 2014. 111 f.

COSTA, M. A.; MARGUTI, B. O. **Atlas da vulnerabilidade social nas regiões metropolitanas brasileiras**. Brasília: IPEA, 2015. 240 p.

CRUZ, M. M. Avaliação de Políticas e Programas de saúde: contribuições para o debate. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (Orgs.). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015, p. 285-318.

DAMASCO, M. S. **História e memória da Hanseníase no Brasil do século XX: o olhar e a voz do paciente**. 2005. 50 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em História) -

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de História. Rio de Janeiro, 2005.

DAVOK, D. F. **Modelo de meta-avaliação de processos de avaliação da qualidade de cursos de graduação**. 2006. 272f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção)– Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis, 2006.

DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise de implantação. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. 132 p.

DONABEDIAN, A. **Explorations in quality assessment and monitoring**. v. I: The definition of quality and approaches to its assessment. Michigan: Health Administration Press, 1980.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990.

DONABEDIAN, A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **Quality Review Bulletin**, v. 18, n. 11, p. 356-360, 1992.

EIDT, L. M. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. **Saúde e Sociedade**, v.13, n. 2, p. 76-88, 2004.

FADEL, M. A. V; REGIS FILHO, G. I. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde. In: ENEGEP, 26., 2006, Fortaleza. **Anais...** Rio de Janeiro: ABEPRO, 2006. p. 1-8.

FAJARDO, M. A. G.; ARAUJO, C. A. M. **calidad de atención de enfermería según modelo de donabedian, hospital“ruiz y páez”, ciudad bolívar, mayo – junio 2009**. Monografía ( Graduación en enfermía). Universidad de Oriente Escuela de Ciencias de la Salud “Dr. Francisco Virgilio Battistini Casalta” Departamento de Enfermería. Ciudad Bolívar, Julio 2009.

FERRAZ, V. C. A. B. Avaliação do programa de controle da Hanseníase no município de Campo Grande – MS. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE HANSENOLOGIA, 7., 2013, Recife. **Hansenologia Internationalis**, v. 38, (Supl. 1), p. 65, 2013;

FERNANDES, M. V. C.; et al. Hanseníase na população juvenil e sua relação com a desigualdade social: revisão integrativa1. **Scientia Amazonia**, v. 6, n. 1, 117-124, 2017.

FERREIRA, F. X. **Análise de implantação do Programa de Eliminação da Hanseníase em Manaus**. 2005. 133f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)– Fiocruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Subprograma de Mestrado Interinstitucional da CAPES Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2005.

FERREIRA, V. S. C.; SILVA, L. M. V. Intersetorialidade em saúde: um estudo de caso. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (Orgs.). **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à**

prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Salvador: EDUFBA, 2014.

FIGUEIREDO, I. A. **O plano de eliminação da hanseníase no Brasil em questão: o entrecruzamento de diferentes olhares na análise da política pública.** 2011. 209 f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas) - Universidade Federal do Maranhão (UFMA). São Luís, 2006.

FREITAS, W. R.; JABBOUR, C. J. C. Utilizando estudo de caso (s) como estratégia de pesquisa qualitativa: boas práticas e sugestões. **Estudo & Debate**, Lajeado, v. 18, n. 2, p. 07-22, 2011.

FRIAS, P. G. et al. Atributos da qualidade em saúde. In: SAMICO, I. et al. **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais.** Rio de Janeiro: Medbook, 2010.

FUZIKAWA, P. L. **Avaliação da descentralização das ações de controle da hanseníase em Betim: prevenindo incapacidades?** 2007. 114 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

FUZIKAWA, P. L. et al. Decentralisation of Leprosy control activities in the municipality of Betim, Minas Gerais State, Brazil. **Leprosy Review**, v. 81, n. 3, p. 184-195, 2010.

GIRARDI, M. **Avaliação da vigilância entomo-epidemiológica no Programa de Controle da Dengue no Município de Cuiabá – MT.** 2010. 158 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

GONÇALVES, M. R. **Associação entre a qualidade da atenção primária a saúde e o processo da atenção ao portador de diabetes mellitus adscritos aos serviços de saúde em Porto Alegre.** 2007. 128f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de pós-graduação em epidemiologia, 2007. 128 f.

HARTZ, Z. M. A. (Org.) **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997, 129 f.

HARTZ, Z. M. A; SILVA, L. M. V. **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz; Salvador: EDUFBA, 2014. 275 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo.** 2010. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo.** 2016. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Atlas do Desenvolvimento Humano nas Regiões Metropolitanas Brasileiras.** Brasília: PNUD, Ipea, 2014.

IMBIRIBA, E. N. B. et al. Desigualdade social, crescimento urbano e hanseníase em Manaus: abordagem espacial. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 656-665, 2009.

LANZA, F. M.; LANA, F. C. F. Acesso às ações de controle da hanseníase na atenção primária à saúde em uma microrregião endêmica de Minas Gerais. **Revista de APS**, v. 14, n. 3, p. 343-353, abr. 2012.

LANZA, F. M. **Avaliação da atenção primária no controle da hanseníase**: validação de instrumento e análise de desempenho de municípios endêmicos do Estado de Minas Gerais. 2014. 311 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem d UFMG, Belo Horizonte, 2014.

LANZA, F.M. et al. Instrumento para avaliação das ações de controle da hanseníase na Atenção Primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 3, p. 339-346, 2014.

LEAL, D.R.L. **Avaliação da implantação do programa de controle da hanseníase no distrito sanitário VI, do município de Recife**. 2011. 131f. Dissertação (Mestrado em Avaliação em Saúde) – Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Programa de Pós-Graduação em Avaliação em Saúde, Recife, 2011.

LEANDRO, J. A. A hanseníase no Maranhão na década de 1930: rumo à Colônia do Bonfim. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p.433-447, 2009.

LIMA, L. M. S. **Avaliação da qualidade da assistência prestada pelo PSF aos portadores de hanseníase utilizando geoprocessamento**. 2011. 115 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2011.

MAGALHÃES, M. C. C.; ROJAS, L. I. Diferenciação territorial da hanseníase no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 16, n. 2, p. 75-84, 2007.

MARANHÃO. Governo do Estado. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2012-2015**. São Luís: Secretaria de Estado da Saúde, 2012. 287 p.

MARANHÃO. Governo do Estado. **Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)**. 2015. Portal do Governo. Disponível em: <<http://www.ma.gov.br/899/>>. Acesso em: 11 abr. 2016.

MEDINA, M. G. et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A; SILVA, L. M. V. (Orgs). **Avaliação em Saúde**: dos modelos teóricos á prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 41-63.

MENDES, M. S. et al. Descentralização das ações de controle da hanseníase em João Pessoa (Paraíba): a visão dos gestores. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 16, n. 2, p. 217- 230, 2008.

MIRANZI, S. S. C.; PEREIRA, L. H. M.; NUNES, A. A. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 43, n. 1, p. 62-67, 2010.

MORAIS, S. G. **Avaliação das ações de controle de hanseníase no Município de Governador Valadares, Brasil, no período de 2001 a 2006.** 2010. 67 f. Dissertação (Mestrado Imunopatologia das Doenças Infecciosas e Parasitárias ) - Universidade Vale do Rio Doce, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências Biológicas, Governador Valadares, 2010.

MOREIRA, T. M. A. **Avaliação da descentralização das ações programáticas de hanseníase:** um estudo de caso. 2002. 228 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)- Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2002.

OBSERVATÓRIO SOCIAL DE SÃO LUÍS. Sistema de Indicadores da Cidade de São Luís. In: MADORRA, Daniel. (Org.). **Indicadores de São Luís.** São Luís: Observatório Social, 2016.

OLIVEIRA, M. L. W. Desafios para a efetividade das ações de controle da Hanseníase. In: Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Estudos em Saúde Coletiva. **Investigações em sistema de saúde e controle da hanseníase.** Rio de Janeiro: UFRJ, abr.-jun., 2008. p. 141-145.

OLIVEIRA, V. M.; ASSIS, C. R. D.; SILVA, K. C. C. Levantamento epidemiológico da hanseníase no nordeste brasileiro durante o período de 2001-2010. **Scire Salutis**, Aquidabã, v.3, n.1, p.16-27, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: 2011-2015:** diretrizes operacionais (atualizadas). Brasília: OPAS, 2010. 70 p.

PACHECO, M. A. B; AIRES, M. L. L; SEIXAS, E. S. Prevalência e controle de hanseníase: pesquisa em uma ocupação urbana de São Luís, Maranhão, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 30, p. 23-30, 2014. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)690](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(30)690)>

PAIM, J. S. Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil. In: HARTZ, Z. M.; VIEIRA, L. M. S. (Orgs.). **Avaliação em saúde:** dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 9-11.

PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva:** teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 418-421.

PATROCLO, M. A. A. et al. Análise de dois modelos para avaliação de programas de hanseníase no Brasil. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 16, n. 2, p. 257-272, 2008.

PORTO, C. S. B. M.; OLIVEIRA, R. M.; CRUZ, M. M. Aconselhamento em HIV/AIDS na Estratégia Saúde da Família: a Construção compartilhada e a implantação de uma proposta de monitoramento em Manguinhos. In: SANTOS, E. M.; CRUZ, M. M. **Avaliação em Saúde:** dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas de controle de processos endêmicos. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014. 254 p.

RABÊLO, R. L. **Direito à cidade capitalista:** da luta popular pela terra ao impasse no acesso à propriedade e aos serviços públicos na Cidade Olímpica em São Luís-MA. 158 f.

Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Socioespacial)- Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Socioespacial e Regional da Universidade Estadual do Maranhão, São Luís, 2012.

RAMOS, A. R. S. e colaboradores. Óbitos por hanseníase como causa básica em residentes no Estado de Mato Grosso, Brasil, no período de 2000 a 2007. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 273-284, 2013.

RAPOSO, M. T. **Avaliação da implantação do programa de controle da hanseníase na rede básica de Aracajú, Sergipe**. 2011. 138 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo São Paulo; 2011.

REGO NETO, J. S. et al. Perfil clínico-epidemiológico dos portadores de hanseníase do município de Buriticupu – MA. **Revista do Hospital Universitário/UFMA**, São Luís, v. 8, n. 2, p. 50-57, 2007.

REIS, E. J. E. B. et al. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: Notas Bibliográficas. Artigo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 50-61, 1990.

RIBEIRO, F. S. et al. Qualidade dos serviços prestados pelos centros de saúde da família de Sobral – Ceará aos portadores de hanseníase nos anos de 2009 a 2010. **Revista S A N A R E**, Sobral, v. 11, n. 2, p. 44-51, 2012.

ROCHA, M. C. N.; GARCIA, L. P. Investigação epidemiológica dos óbitos notificados tendo como causa básica a hanseníase, ocorridos em Fortaleza, Ceará, 2006-2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 2, p. 277-286, 2014.

ROCHA, M. C. N. et al. Óbitos registrados com causa básica hanseníase no Brasil: uso do relacionamento de bases de dados para melhoria da informação. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1017-1026, 2015.

SÃO LUÍS. Prefeitura. **PPA 2014-2017**. São Luís: Instituto da Cidade, Pesquisa e Planejamento Urbano e Rural, 2013.

SÃO LUÍS. Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção Básica. **Dados das famílias das unidades básicas de saúde Olímpica 1 e 3**. São Luís: SEMUS, 2016a.

SÃO LUÍS. Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde. **Guia dos Distritos, 2016**. São Luís: SEMUS, 2016b.

SÃO LUÍS. Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde. **Dados do SINAN dos casos de hanseníase em São Luís, nos anos de 2014-2015**. Vigilância Epidemiológica de São Luís. São Luís: SEMUS, 2016c.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, v. 85, p. 65-82, jun. 2009.

SERAPIONI, M; SILVA, M. G. C. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família em municípios do Ceará. Uma abordagem multidimensional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4315-4326, 2011.

SOARES, F. S. **Cidade Olímpica**: a memória da luta pela terra urbana. Monografia (Graduação em História). Universidade Estadual do Maranhão. Centro de Educação, Ciências Exatas e Naturais, Departamento de História e Geografia. São Luís, 2008.

SOUZA, L. P. A. **Sentidos de um “país tropical”**: a lepra e a Chaulmoogra brasileira. 2009. 167 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde)– Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

SOUZA, M. F. **Análise da implantação do Programa de Controle da Hanseníase em Camaragibe**. 2014. 80 f. Dissertação (Mestrado em Avaliação em Saúde)- Instituto de Medicina Integral, Professor Fernando Figueira, Programa de Pós-graduação em Avaliação em Saúde, Recife, 2014.

SPINELLI, M. A.; IGNOTTI, E. Avaliação do programa de eliminação da Hanseníase em Mato Grosso (2001 - 2003). **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 9, n. 1, p. 25-35, 2007.

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

SWATHI, M. et al. Evaluation of bone resorption markers in Leprosy. **Biochemistry. International Journal of Clinical and Diagnostic Research**, v. 2, n. 2, 2014. Disponível em: [http://ijcdr.net/admin/php/uploads/8\\_pdf.pdf](http://ijcdr.net/admin/php/uploads/8_pdf.pdf)

TALHARI, S.; NEVES, R. G. **Dermatologia tropical**: Hanseníase. 3ª ed. Manaus: Tropical, 1997. 167 p.

TOMALERI, J. P. et al. Qualidade da atenção as pessoas com hanseníase na rede pública de saúde. **Hansenologia Internationalis**, v. 38, n. 1-2, p. 26-36, 2013.

TOUSO, M. M. **Identificação de áreas prioritárias para o controle da hanseníase no Estado de São Paulo**. São José dos Campos: Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais, 2015.

TRIERVEILER, J. et al. Trajetória histórica do controle e do cuidado da hanseníase no Brasil. **Revista de Enfermagem – Revista Eletrônica**, v. 2, n. 1, p. 63-76, 2011. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/bde-25620>

YIN, Robert K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Who Expert Committee on Leprosy**. eighth report. Geneva: World Health Organization, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Leprosy**. Feb. 2017. Disponível em <http://<www.who.int/mediacentre/factsheets/fs101/en/>>. acesso em: 02 Jan. 2016.

WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L. **Avaliação de programas: concepções e práticas**. São Paulo: Edusp, 2004.

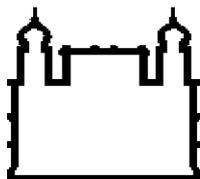
VASCONCELLOS, M. M. et al. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Supl. 1, p. S173-S182, 2008.

VIANA, L. M. M. **Avaliação da atenção primária à saúde de Teresina na perspectiva das usuárias**. 2012. 127 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-graduação em enfermagem Teresina, Centro de Ciência da Saúde, Teresina, 2012.

VIDERES, A. R. N. **Trajetória de vida de ex portador de hanseníase: uma história asilar**. 2010. 187 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Natal, 2010.

VIEIRA, N. F. **Avaliação da atenção primária à saúde nas ações de controle da hanseníase no município de Betim, Minas Gerais**. 2015. 157 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

VUORI, H. A qualidade da saúde. In: SEMINÁRIO DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE. ASPECTOS METODOLÓGICOS, 1988, Rio de Janeiro. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 3, p. 17-24, 1991.



**Ministério da Saúde**  
**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**  
**Escola Nacional de Saúde Pública Sergio**  
**Arouca**



APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

(Gestor/ Coordenador/Profissional de Saúde)

Prezado participante,

O (a) senhor (a) está sendo convidado para participar da pesquisa “**Avaliação da qualidade da assistência ao portador de hanseníase, na atenção primária, no município de São Luís - MA**”, desenvolvida por Maria Lucia Lima Cardoso, discente de Mestrado Profissional de Avaliação em Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob a orientação da Professora Dra. Rosely Magalhães de Oliveira. O objetivo da pesquisa é avaliar o grau de implementação das ações de assistência do Programa de Controle da Hanseníase, ao portador de hanseníase, na atenção primária de saúde e referência, no município de São Luís, MA, com foco na qualidade.

Após aceitar fazer parte desta pesquisa, sua participação consistirá apenas no preenchimento deste questionário/entrevista, respondendo às perguntas formuladas que possibilitará o conhecimento e análise das características específicas que interferem na implementação do Programa de Controle da Hanseníase em nível municipal, permitindo a reflexão sobre a qualidade do cuidado das ações de controle da hanseníase na atenção primária e unidade de referência municipal.

A sua contribuição será muito importante para o desenvolvimento da pesquisa e o senhor (a) tem garantido:

1. O direito de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida acerca de todos os procedimentos e benefícios relacionados com a pesquisa.
2. A liberdade de desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo à sua pessoa.
3. Não será oferecida nenhuma remuneração por sua participação bem como não lhe será atribuído nenhum custo.
4. Suas respostas serão gravadas somente se você autorizar. O tempo aproximado de duração da entrevista é de uma hora e do questionário, de aproximadamente trinta minutos.

5. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas.

Os riscos relacionados com sua participação são relativos somente a possibilidade de identificação, entretanto, reafirma-se que não serão utilizados nomes e sim números identificadores. Os benefícios com a sua participação são relacionados com a contribuição para a melhoria da qualidade das ações de assistência aos portadores de Hanseníase.

Após a conclusão da pesquisa, seus dados serão armazenados em local seguro e as gravações serão destruídas após 05 anos da realização da pesquisa.

Os resultados serão apresentados como retorno para os sujeitos da pesquisa em forma de relatórios individuais, palestras e também serão usados na dissertação e em publicações científicas, em formato de artigo.

O (a) Sr.(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional da pesquisadora principal e do CEP.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Endereço Institucional: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210  
Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-Mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br). Ou <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Se desejar, consulte ainda a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP):

Tel: (61) 3315-5878 / (61) 3315-5879

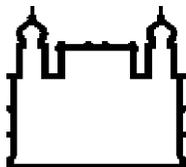
E-Mail: [conep@saude.gov.br](mailto:conep@saude.gov.br)

---

Maria Lucia Lima Cardoso  
Email: [brankalima.cruz@gmail.com](mailto:brankalima.cruz@gmail.com)  
Tel: 98- 988353107 (Oi) /98-991375296 (Vivo)

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_



Ministério da Saúde  
 FIOCRUZ  
 Fundação Oswaldo Cruz  
 Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



“Avaliação da qualidade da assistência ao portador de hanseníase na atenção primária, no município de São Luís – MA”.

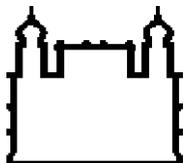
APÊNDICE B - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE/REFERÊNCIA MUNICIPAL

Data da Observação	____/____/____			
US observada	_____	Telefone para contato	_____	
<b>1. Estrutura Física</b>		<b>Sim = 1</b>	<b>Não = 0</b>	<b>Observação</b>
1.a O atendimento para os casos de hanseníase são agendados?				
1.b Qual o horário deste atendimento pela manhã?				
1.c Qual o horário deste atendimento pela tarde?				
1.d O local de espera para atendimento possui cadeiras, bebedouro, banheiros M, F?				
1.e A(s) sala(s) permite(m) acesso aos portadores de deficiência?				
1.f O atendimento é realizado com porta fechada?				
1.g A sala possui maca?				
1.h A sala possui cadeira para o paciente e acompanhante?				
1.i O atendimento é reservado (apenas examinador e paciente) e acompanhante, se necessário?				
1.j O consultório possui iluminação natural?				
1.l O consultório possui ventilação natural?				
1.m Existe sala própria para a coleta de baciloscopia de linfa?				
1.n Existe laboratório equipado para apoio diagnóstico? (biópsia de pele, exames de sangue, urina)				
1.n A farmácia da unidade é climatizada?				
1.o Os medicamentos da PQT são armazenados na farmácia da unidade?				
1.p Os medicamentos anti-reacionais são armazenados na farmácia da unidade?				
1.q Existência de mapeamento das unidades de referência?				
<b>2. Recursos Materiais</b>				
2.a Existem manuais, normas técnicas, e protocolos impressos disponíveis na Unidade?				

2.b Os manuais, as normas técnicas e os protocolos impressos estão acessíveis aos profissionais?			
2.c Há material educativo na unidade referente à disponíveis para as atividades educativas? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Folders, cartazes, cartilhas.</li> </ul>			
2.d Existe material para coleta de baciloscopia de linfa (pinça, lamina de bisturi, lamina fosca, algodão, cuba redonda, bandeja, entre outros)?			
2.e Existe material para realizar biópsia de pele? ( Ex. punch, fio para sutura)			
2.f Existe material para coleta de exames de rotina?			
2.g Existe Kit para exame dermatoneurológico? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dois tubos de ensaios</li> <li>• Alfinetes</li> <li>• Algodão</li> <li>• Pinça</li> <li>• Bico de Bunsen ou lamparina</li> </ul>			
2.h Disponibilidade de equipamentos? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aparelho de PA adulto</li> <li>• Aparelho de PA infantil</li> <li>• Balança para adulto</li> <li>• Balança infantil</li> <li>• Glicosímetro</li> </ul>			
2.i Disponibilidade de material de consumo? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Algodão</li> <li>• Éter ou álcool</li> <li>• Fitas de HGT</li> </ul>			
2.j Disponibilidade de Medicamentos em quantidade suficiente? (Ex.30% a mais do consumo mensal/casos nov <ul style="list-style-type: none"> <li>• Blister PB adulto e infantil</li> <li>• Blister MB adulto e infantil</li> <li>• Esquema alternativo (Rifampicina, Ofloxacina, Minociclina)</li> </ul>			
2.l Disponibilidade de medicamentos para os estados reacionais? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prednisona</li> <li>• Talidomida</li> <li>• Pentoxifilina</li> </ul>			
2.m Disponibilidade de insumos para prevenção de incapacidade (colírio, óleo mineral, calçados, talas)?			
2.n Disponibilidade de vacina BCG para os contatos?			
2.o Disponibilidade de Kit para avaliação neurológica? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estesiômetro ou monofilamentos</li> <li>• Canetas ou hidrocor ou lápis de cor nas cores verde, azul, vermelho, preto.</li> <li>• Lupa</li> </ul>			

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lanterna</li> <li>• Fio dental sem sabor</li> <li>• Escala de Snellen ou tabela optômetra</li> <li>• Pá oclusiva</li> </ul>			
<b>1. Registro de Informações</b>			
<p>3.a Há disponível na UBS/ESF e em quantidade suficiente os impressos necessários para registro das informações?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Livro de Registro e Acompanhamento dos Casos</li> <li>• Ficha de Notificação/Investigação de hanseníase (SINAN)</li> <li>• Protocolo complementar de investigação diagnóstica em &lt; de 15 anos -PCID&lt;15</li> <li>• Existe Boletim de Acompanhamento de Casos?</li> <li>• Formulário de Vigilância de Contatos Intradomiciliares de Hanseníase</li> <li>• Ficha de acompanhamento de hanseníase (ACS)</li> <li>• Cartão de aprazamento de doses do paciente com Hanseníase</li> <li>• Formulário para avaliação do grau de incapacidade</li> <li>• Formulário para avaliação neurológica simplificada</li> <li>• Ficha de investigação de suspeita de recidiva de hanseníase</li> <li>• Formulário de referência e contra referência</li> <li>• Prontuário</li> </ul>			
3.b Caso haja disponível na US, o livro de registro e acompanhamento dos casos de hanseníase se encontra preenchido adequadamente?			
3.c No prontuário do paciente há registros das consultas mensais e intercorrências?			
4. Existência de transporte para visita domiciliar			

**Anotar “não se aplica” no campo observações quando o item não fizer parte da rotina da unidade.**



Ministério da Saúde  
 FIOCRUZ  
 Fundação Oswaldo Cruz  
 Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



“Avaliação da qualidade da assistência ao portador de hanseníase na atenção primária, no município de São Luís – MA”.

### APÊNDICE C - ROTEIRO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS – CONTEXTO EXTERNO

Fonte: IBGE/IPEA/DATASUS/SEPLAN

<b>CONTEXTO EXTERNO - CONDIÇÕES SÓCIO-ECONÔMICAS</b>	
Índice de Desenvolvimento Humano do Município	
IDH (Índice de Desenvolvimento Humano ) do Distrito	
Grau de escolaridade ( taxa de analfabetismo em maiores de 15 anos	
Densidade populacional de pobreza do distrito do estudo	
Densidade de Pobreza Domiciliar	
Renda (renda média mensal dos chefes dos domicílios permanentes particulares)	
<b>CONTEXTO EXTERNO - ESTRUTURA DE SANEAMENTO BÁSICO</b>	
% de cobertura de domicílios com rede de abastecimento de água	
% de cobertura de domicílios ligados à rede geral de esgotamento sanitário	
% de cobertura de domicílios com coleta de lixo	



**Ministério da Saúde**  
**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**  
**Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio**  
**Arouca**



**“Avaliação da qualidade da assistência ao portador de hanseníase na atenção primária, no município de São Luís – MA”.**

### **APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número do questionário: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO: Nº

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M

Formação: \_\_\_\_\_ Tempo de formado: \_\_\_\_\_

Servidor: ( ) Concursado ( ) Contratado

#### **A – Suspeição, Diagnóstico e Tratamento, Acompanhamento.**

1 – Você já identificou casos suspeitos de hanseníase?

( ) Sim ( ) Não

2 – Se sim, qual foi a sua conduta frente ao caso?

---

3 – Existe um fluxo já determinado na sua unidade para esses pacientes com suspeita diagnóstica?

( ) Sim ( ) Não

4 – Se sim, por favor, descreva esse fluxo de atendimento na unidade:

---

5 – Você saberia dizer se é necessário o pré-agendamento das consultas para casos suspeitos de hanseníase?

( ) Sim ( ) Não

6 – Existe algum tipo de priorização para esses pacientes?

( ) Sim ( ) Não

7 – Se você respondeu sim, descreva:

---



---

8 – Na sua rotina mensalmente ocorre a visita para acompanhamento aos casos de hanseníase?  
( ) Sim ( ) Não

9 – Se você respondeu sim, descreva o que você aborda nessa visita:

---

---

10- Se você respondeu não, por quê?

---

---

11 – Você faz acompanhamento daqueles pacientes que foram referenciados para a atenção especializada?  
( ) Sim ( ) Não

12 – Se sim, como?

---

13 – Você realiza busca ativa de casos novos de hanseníase?  
( ) Sim ( ) Não

14 – Você realiza busca ativa de casos em abandono ao tratamento da hanseníase?  
( ) Sim ( ) Não

15 – Você realiza busca ativa dos contatos domiciliares?  
( ) Sim ( ) Não

16– Você sabe informar se na unidade onde trabalha existem materiais educativos sobre hanseníase, tipo: folders, cartazes, cartilhas, vídeos para orientar e esclarecer a comunidade sobre a doença?  
( ) Sim ( ) Não

17 - Você desenvolve atividades educativas utilizando esses materiais educativos relacionados à prevenção e controle da hanseníase com usuários do serviço e/ou comunidade?  
( ) Sim, com ambos ( ) Sim, com a comunidade ( ) Sim, com os usuários do serviço  
( ) Não

18 – Na sua unidade, a equipe multidisciplinar realiza atividades educativas em parceria com o ACS?  
( ) Sim ( ) Não

19 - Caso sua resposta seja sim, com que frequência as atividades educativas para prevenção e controle da hanseníase são realizadas?

( ) Quinzenalmente ( ) Em campanha anual ( ) Semanalmente  
( ) Mensalmente ( ) Outros:

20 - Quais as estratégias educativas utilizadas com mais frequência?:  
( ) Orientação individual ( ) Atividade em grupo

Campanhas                       Atividades com outros setores sociais (escola, igreja, associações..)

21 - Quais profissionais participam com mais frequência dessas atividades?

Médico  Enfermeiro  Fisioterapeuta  Técnico de Enfermagem  Outros

22. Como você avalia o comportamento dos usuários/comunidade após a realização de atividades de prevenção realizadas por esta Unidade? Há resultados positivos? Quais dificuldades mais frequentes?

---

---

23 - Você participou de algum curso sobre diagnóstico e/ou vigilância epidemiológica da hanseníase nos últimos 5 anos?

Sim, sobre diagnóstico e vigilância

Sim, apenas sobre um dos temas Qual? \_\_\_\_\_

Não

27 – Sua participação em cursos de capacitação contribuiu para mudança na sua conduta com relação a qualidade da suspeição, do diagnóstico e vigilância epidemiológica dos casos de hanseníase.

Sim       Não

28 - Por favor, justifique sua resposta:

---

---

29. Em sua opinião, o que facilita e o que dificulta para uma assistência de qualidade aos portadores de hanseníase? \_\_\_\_\_

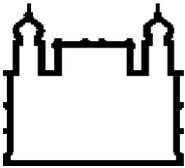
---

---

30. O (a) que o Sr (a) sugere para melhorar a assistência aos portadores de hanseníase na APS/Distrito/UBS/ESF?

---

---



**Ministério da Saúde**  
**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**  
**Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio**  
**Arouca**



**“Avaliação da qualidade da assistência ao portador de hanseníase na atenção primária, no município de São Luís – MA”.**

**APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESF**

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO: Nº

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Número do questionário: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M

Categoria:

( ) Médico ( ) Enfermeiro ( ) Fisioterapeuta ( ) Terapeuta Ocupacional

( ) Outro Profissional de Nível Superior

Formação: \_\_\_\_\_ Tempo de formado: \_\_\_\_\_

Pós-graduação: ( ) sim ( ) não

( ) especialização ( ) residência ( ) mestrado ( ) doutorado.

Ano de conclusão do maior título: \_\_\_\_\_

Qual área? \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_

Servidor: ( ) Concursado ( ) Contratado

**Suspeição, Diagnóstico, Tratamento e Acompanhamento.**

1. Há quanto tempo atua no Programa de Controle da Hanseníase? \_\_\_\_\_

2. Descreva a sua atuação no Programa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3. Como funciona o fluxo de atendimento ao suspeito de hanseníase?

( ) Demanda ( ) Consulta agendada

E ao portador? \_\_\_\_\_

4. Você poderia descrever como realiza o diagnóstico dos casos suspeitos de hanseníase?

\_\_\_\_\_

5. Diante de um caso suspeito, o Sr (a) realiza o exame dermatológico (inspeção de manchas ou nódulos e teste de sensibilidade térmica, dolorosa e/ou tátil da lesão)?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe

6. O (a) Sr(a) realiza o exame neurológico completa ou avaliação neurológica simplificada com palpação de nervos e testes de força muscular no diagnóstico do caso?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe

7. O (a) senhor (a) classifica os casos de hanseníase após confirmação diagnóstica?  
( ) Sim ( ) Não

Se Não, Por quê? \_\_\_\_\_

8. Esta Unidade possui laboratório municipal ou conveniado de referência?  
( ) sim ( ) não ( ) ambos

9. Para apoio diagnóstico, você solicita os exames complementares tipo BAAR, biópsia de pele? Ou opta por enviar o paciente para as unidades de referências onde realiza esses procedimentos?  
\_\_\_\_\_

10. Você já apresentou alguma dificuldade na realização do diagnóstico e tratamento clínico da hanseníase?  
( ) Sim ( ) Algumas vezes ( ) Não

11. Por favor, poderia descrever, brevemente, como você realiza o tratamento dos usuários com hanseníase?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12. Você saberia dizer se para todos os casos de hanseníase diagnosticados aqui são notificados para a vigilância epidemiológica?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe

13. Você saberia dizer se para todos os casos de hanseníase é prescrito tratamento supervisionado?  
( ) Sim, sempre ( ) Sim, algumas vezes ( ) Não ( ) Não sabe

14. Em caso afirmativo, você poderia descrever como se dá o acompanhamento do tratamento?

15. Você realiza avaliação do grau de incapacidade na alta do tratamento?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe ( ) Não se aplica

16. O (a) Sr (a) conhece o número de casos novos de Hanseníase diagnosticados, notificados e que estão em tratamento regular nesta unidade até o momento, neste ano?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe

Se sim, quantos? \_\_\_\_\_

17. O (a) Sr (a) conhece o número de casos novos de Hanseníase diagnosticados, notificados e que estão em tratamento regular, < 15 anos, nesta unidade até o momento, neste ano?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe

Se sim, quantos? \_\_\_\_\_

18. O (a) Sr (a) conhece o número de casos de Hanseníase com recidiva, diagnosticados, notificados e que estão em tratamento regular nesta unidade até o momento, neste ano?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe

Se sim, quantos? \_\_\_\_\_

19. O (a) Sr (a) conhece o número de pacientes que apresentam estados reacionais em tratamento nesta unidade? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe

Em caso **afirmativo**, quantos? \_\_\_\_\_

20. O (a) Sr (a) conhece o número de pacientes que apresentam grau de incapacidades 1 ou 2 em tratamento nesta unidade? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe

Em caso **afirmativo**, quantos? \_\_\_\_\_

21. O (a) Sr (a) sabe se existe algum tipo de registro/controlado dos pacientes em tratamento regular?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe

Em caso **afirmativo**, qual(is)? \_\_\_\_\_

22. O (a) SR. (a) sabe informar se é feita busca ativa dos pacientes em abandono do tratamento?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe

Em caso **afirmativo**, como é feita essa busca?

( ) contato telefônico ( ) visita domiciliar ( ) aerograma ( ) ACS

( ) outros, especificar: \_\_\_\_\_

23. O (a) Sr (a) sabe referir se há transporte para realização de visitas domiciliares pela ESF?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe

24. O (a) Sr (a) sabe se existe o controle dos contatos dos pacientes em tratamento regular?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe

Se Sim, como?

\_\_\_\_\_

25. Existem encontros (reunião/estudo de casos) para discussão de casos pela equipe multidisciplinar? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe

Em caso **negativo**, o Sr (a) acha necessário? Por quê? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

26. Existem referências, pré-estabelecidas, nesta UBS para:

Atividades	Sim	Onde?	Não	Não sabe
Diagnóstico Diferencial das reações e outras patologias				
Esclarecer diagnóstico				
Baciloscopia da linfa (BAAR)				
Biópsia de pele				
Definição de condutas em estados reacionais graves				
Tratamentos com drogas anti-reacionais alternativas				
Diagnóstico de recidiva				
Diagnóstico em menores de 15 anos				
Confecção de calçados especiais				
Confecção de órteses				
Internação para quadros reacionais graves				
Internação cirúrgica para neurolise				

27. Os pacientes assistidos nas unidades de referência retornam com a ficha de contra referência preenchida? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe

28. Quais as dificuldades encontradas, pelo (a) Sr (a), relacionadas ao sistema de referência e contra referência para a assistência aos portadores de hanseníase?

---



---



---

29. Os pacientes em uso de corticoterapia são monitorados na pré-consulta:

- a. Glicemia Capilar: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe  
 b. Pressão Arterial: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe  
 c. Peso: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe

30. O monitoramento é registrado em instrumento específico?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe

Em caso **afirmativo**, qual (is)? \_\_\_\_\_

31. A prevenção e/ou tratamento de incapacidades por técnicas simples é desenvolvido nesta UBS?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe

Em caso **afirmativo**, qual (is) profissional (is) realiza(m) avaliação para prevenção de incapacidades?

- ( ) médico ( ) enfermeira(o) ( ) técnico ou auxiliar de enfermagem  
 ( ) terapeuta ocupacional/fisioterapeuta ( ) qualquer profissional

32. O (a) Sr(a) têm acesso e utiliza as normas, protocolos e manuais do Ministério da Saúde?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe

Se sim, com que frequência você consulta?

( ) Frequentemente ( ) Algumas vezes ( ) nunca

33. O (a) Sr (a) é liberado para participar de atividades de educação continuada sobre o PCH oferecidas em âmbito municipal ou estadual? ( ) Sim ( ) Não

Em caso **negativo**, por quê? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

34. O (a) Sr(a) foi orientado quanto ao preenchimento das fichas de atendimentos do PCH e boletim de acompanhamento? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe

35. O (a) Sr(a) realiza atividades de educação em saúde com os pacientes do PCH/comunidade?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica

Em caso **afirmativo**, nestas atividades, quais temas são abordados?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

36. Em sua opinião, o que facilita e o que dificulta para uma assistência de qualidade aos portadores de hanseníase? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

37. O (a) que o Sr (a) sugere para melhorar a assistência aos portadores de hanseníase na sua unidade?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Ministério da Saúde**  
**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**  
**Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio**  
**Arouca**



**“Avaliação da qualidade da assistência ao portador de hanseníase na atenção primária,  
 no município de São Luís – MA”.**

**APÊNDICE F – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM COORDENADOR (A) DA APS/  
 COORDENADOR (A) DO DISTRITO/GESTOR DA UBS**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Número do questionário: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO: Nº

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M

Formação: \_\_\_\_\_

Tempo de formado: \_\_\_\_\_

Pós-graduação?: ( ) sim ( ) não

( ) especialização ( ) residência ( ) mestrado ( ) doutorado.

Ano de conclusão do maior título: \_\_\_\_\_

Qual área? \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_

**CAPACIDADE DE GESTÃO**

1. Descreva a sua atuação no Município de São Luís:

---



---

2. Como o (a) Sr. (a) descreve a situação epidemiológica atual da hanseníase no município de São Luís?

---



---



---

3. E no Distrito do Tirirical?

---



---



---

4. Assinalar com X as atividades realizadas na APS do Distrito do Tirirical/UBS relacionadas ao PCH durante o tratamento e no pós-alta por cura de hanseníase.

---

<b>Atividade/ Situação de tratamento</b>	<b>Durante</b>	<b>Pós-alta</b>
Exame dermatoneurológico		
Diagnóstico de hanseníase		
Diagnóstico diferencial entre os estados reacionais, recidivas e outras morbidades.		
Tratamento medicamentoso PQT		
Tratamento medicamentoso com drogas anti-reacionais.		
Prevenção de incapacidades		
Exame oftalmológico		
Reabilitação (nível secundário)		
Neurolise		
Educação Continuada		
Educação em Saúde (população)		
Monitoramento e Avaliação do PCH		
Monitoramento e avaliação do SINAN		

#### **Recursos humanos e materiais**

5. O Programa possui um coordenador técnico exclusivo para as ações de controle da hanseníase?

sim  não

6. Se sim, qual a carga horária deste profissional?

20 horas  30 horas  40 horas

7. Você poderia descrever a composição dos profissionais do Distrito do Tirirical/UBS?

<b>Profissionais</b>	<b>Quantitativo</b>	<b>Carga horária</b>	<b>Regime Empregatício</b>
Técnicos de nível superior			
Técnico de nível médio			

8. Em sua opinião, o número de profissionais, deste setor, é suficiente para realização das ações de controle de hanseníase na área de abrangência do Distrito Sanitário do Tirirical/UBS?

sim  não

9. O PCHD possui veículo para o desenvolvimento das ações de controle da hanseníase?

sim  não

Se sim, qual a modalidade?

exclusivo  compartilhado com outros setores

10. Os seguintes impressos estão disponíveis em quantidade suficiente para distribuição na rede de saúde do Distrito do Tirirical/UBS/ESF?

<b>Impressos</b>	Sim, sempre	Sim, algumas vezes	Não	Não sabe
Livro de Registro de Pacientes e Controle de Tratamento dos Casos de Hanseníase –Livro preto				
Ficha de Notificação (hanseníase) SINAN				
Protocolo complementar de investigação diagnóstica de casos de hanseníase em menores de 15 anos- PCID<15				
Ficha de investigação de suspeita de recidiva de hanseníase				
Boletim de acompanhamento de casos de hanseníase mensal				
Formulário de Vigilância de Contatos Intradomiciliares de Hanseníase				
Ficha de acompanhamento de hanseníase (ACS)				
Cartão de cartão de aprazamento do paciente com Hanseníase.				
Formulário para avaliação do grau de incapacidade				
Formulário para avaliação neurológica simplificada				
Ficha de investigação de intercorrência após alta por cura/ prontuário				
Formulário de referência e contra referência				

11. Este setor possui normatização técnica (manual, protocolo, rotina de procedimentos, guia) direcionada a assistência dos casos de hanseníase?

sim  não  não sabe

12. Os materiais educativos sobre hanseníase (cartazes, panfletos, cartilhas, vídeos) são suficientes para serem distribuídos na rede de saúde do Distrito do Tirirical/UBS?

sim  não  não sabe

13. Os seguintes medicamentos e insumos estão disponíveis em quantidade suficiente para distribuição na rede de saúde de saúde do Distrito do Tirirical/UBS/ESF?

Medicamentos e insumos	Sim, sempre	Sim, algumas vezes	Não	Não sabe
Blister PQT -PB				
Blister PQT -MB				
Esquema alternativo - ROM (Rifampicina, Ofloxacina e Minociclina)				
Corticosteróides (Prednisona)				
Talidomida				
Pentoxifilina				

Vacina BCG				
Kit para exame dermatoneurológico (alfinetes, algodão, 2 tubos de ensaio, bico de Bunsen ou lamparina)				
Kit para avaliação neurológica (Estesiômetro ou monofilamentos, canetas ou hidrocor ou lápis de cor nas cores verde, vermelho, preto. régua, pá oclusiva, lupa, lanterna, tabela ou escala de Snellen ou optométrica, fio dental sem sabor).				
Balança infantil				
Balança para adulto				
Aparelho de Pressão infantil				
Aparelho de Pressão adulto				
Glicosímetro				
Fitas HGT (glicemia capilar)				
Material para coleta de baciloscopia de linfa (pinça, lamina de bisturi, lamina fosca, algodão, cuba redonda, bandeja, entre outros)				
Álcool ou éter				
Insumos para prevenção de incapacidade (colírio, óleo mineral, calçados, talas)				

### ORGANIZAÇÃO DO PCH

14. A coordenação da APS/do Distrito/gestor da UBS realiza planejamento de assistência ao portador do PCH e acompanha esse processo de trabalho das equipes?

sim  não  não sabe

Se sim, qual a periodicidade?

trimestral  semestral  anual  outros

15. Os indicadores epidemiológicos e operacionais de hanseníase são acompanhados e pactuados com as unidades de saúde que prestam atendimento aos casos de hanseníase (UBS/ESF/Unidade de Referência/ Vigilância)?

Sim, sempre  Sim, frequentemente  Sim, algumas vezes  Não  Não sabe

16. A discussão dos resultados dos indicadores epidemiológicos e operacionais do PCHD é realizada em conjunto com as unidades de saúde distritais (UBS/ESF/Unidade de Referência/ Vigilância)?

Sim, sempre  Sim, frequentemente  Sim, algumas vezes  Não  Não sabe

17. O PCH no Distrito/UBS, desenvolve ações integradas com o setor de Vigilância Epidemiológica ?

Sim  Sim, algumas vezes  Não

Se sim, poderia exemplificar algumas destas ações?

18. O PCH realiza apresentações sobre os resultados dos indicadores com a rede de atenção a saúde (UBS's, Referências, Vigilância)?

sim, sempre  sim, algumas vezes  não

Se não, quais as principais dificuldades ocorridas para a implementação dessas atividades? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

19. Você saberia informar se os profissionais da APS/Distrito/UBS/ESF participaram de curso sobre controle da hanseníase, nos últimos 2 anos?

Sim, todos  Sim, a maioria  Sim, poucos  Não

20. Se sim, quantos profissionais realizaram curso?

\_\_\_\_\_

21. Você considera necessário que os profissionais do PCH realizem curso sobre controle da hanseníase?

Sim  Não  não sabe

22. Esta coordenação/gestão promove ações educativas (palestras, campanhas, atividades de grupo, entre outros), em conjunto com outras Unidades de Saúde e/ou setor de educação em saúde, envolvendo ações de prevenção e controle da hanseníase?

Sim, Eventualmente  Sim, Frequentemente  Não

23. Em sua opinião, o que facilita e o que dificulta para uma assistência de qualidade aos portadores de hanseníase? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

24. O (a) que o Sr (a) sugere para melhorar a assistência aos portadores de hanseníase na APS/Distrito/UBS/ESF?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Ministério da Saúde  
**FIOCRUZ**  
 Fundação Oswaldo Cruz  
**Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio**  
**Arouca**



“Avaliação da qualidade da assistência ao portador de hanseníase na atenção primária,  
 no município de São Luís – MA”.

**APÊNDICE G – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM COORDENADOR DO PCH NA  
 REFERÊNCIA MUNICIPAL**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número do questionário: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO: Nº

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M

Formação: \_\_\_\_\_

Tempo de formado: \_\_\_\_\_

Pós-graduação?: ( ) sim ( ) não

( ) especialização ( ) residência ( ) mestrado ( ) doutorado.

Ano de conclusão do maior título: \_\_\_\_\_

Qual área? \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_

**CAPACIDADE DE GESTÃO**

1. Descreva a sua atuação no Município de São Luís:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2. Como o (a) Sr. (a) descreve a situação epidemiológica atual da hanseníase no município de São Luís?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3. E na Referência Municipal?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

4. Assinalar com X as atividades realizadas na Referência Municipal relacionadas ao PCH durante o tratamento e no pós-alta por cura de hanseníase.

Atividade/ Situação de tratamento	Durante	Pós-alta
Exame dermatoneurológico		

Diagnóstico de hanseníase		
Diagnóstico diferencial entre os estados reacionais, recidivas e outras morbidades.		
Tratamento medicamentoso PQT		
Tratamento medicamentoso com drogas anti-reacionais.		
Prevenção de incapacidades		
Exame oftalmológico		
Reabilitação (nível secundário)		
Neurolise		
Educação Continuada		
Educação em Saúde (população)		
Monitoramento e Avaliação do PCH		
Monitoramento e avaliação do SINAN		

### Recursos humanos e materiais

5. O Programa possui um coordenador técnico exclusivo para as ações de controle da hanseníase?

sim  não

6. Se sim, qual a carga horária deste profissional?

20 horas  30 horas  40 horas

7. Você poderia descrever a composição dos profissionais do Distrito do Tirirical/UBS?

Profissionais	Quantitativo	Carga horária	Regime Empregatício
Técnicos de nível superior			
Técnico de nível médio			

8. Em sua opinião, o número de profissionais, deste setor, é suficiente para realização das ações de controle de hanseníase, considerando ser área de abrangência para apoio integrado a APS/UBS's, na capital?

sim  não  não sabe

9. O PCHD possui veículo para o desenvolvimento das ações de controle da hanseníase?

sim  não  não sabe

Se sim, qual a modalidade?

exclusivo  compartilhado com outros setores

10. Os seguintes impressos estão disponíveis em quantidade suficiente para uso na Referência Municipal?

<b>Impressos</b>	Sim, sempre	Sim, algumas vezes	Não	Não sabe
Livro de Registro de Pacientes e Controle de Tratamento dos Casos de Hanseníase –Livro preto				
Ficha de Notificação (hanseníase) SINAN				
Protocolo complementar de investigação diagnóstica de casos de hanseníase em menores de 15 anos- PCID<15				
Ficha de investigação de suspeita de recidiva de hanseníase				
Boletim de acompanhamento de casos de hanseníase mensal				
Formulário de Vigilância de Contatos Intradomiciliares de Hanseníase				
Ficha de acompanhamento de hanseníase (ACS)				
Cartão de cartão de aprazamento do paciente com Hanseníase.				
Formulário para avaliação do grau de incapacidade				
Formulário para avaliação neurológica simplificada				
Ficha de investigação de intercorrência após alta por cura/ prontuário				
Formulário de referência e contra referência				

11. Este setor possui normatização técnica (manual, protocolo, rotina de procedimentos, guia) direcionada a assistência dos casos de hanseníase?

sim  não  não sabe

12. Os materiais educativos sobre hanseníase (cartazes, panfletos, cartilhas, vídeos) são suficientes para serem distribuídos na rede de referência municipal?

sim  não  não sabe

13. Os seguintes medicamentos e insumos estão disponíveis em quantidade suficiente para apoio e distribuição, considerando esta unidade ser referência nível II para a rede de saúde de saúde do Município de São Luís?

Medicamentos e insumos	Sim, sempre	Sim, algumas vezes	Não	Não sabe
Blister PQT -PB				
Blister PQT -MB				
Esquema alternativo - ROM (Rifampicina, Ofloxacina e Minociclina)				
Corticosteróides (Prednisona)				

Talidomida				
Pentoxifilina				
Vacina BCG				
Kit para exame dermatoneurológico (alfinetes, algodão, 2 tubos de ensaio, bico de Bunsen ou lamparina)				
Kit para avaliação neurológica (Estesiômetro ou monofilamentos, canetas ou hidrocor ou lápis de cor nas cores verde, vermelho, preto. régua, pá oclusiva, lupa, lanterna, tabela ou escala de Snellen ou optométrica, fio dental sem sabor).				
Balança infantil				
Balança para adulto				
Aparelho de Pressão infantil				
Aparelho de Pressão adulto				
Glicosímetro				
Fitas HGT (glicemia capilar)				
Material para coleta de baciloscopia de linfa (pinça, lamina de bisturi, lamina fosca, algodão, cuba redonda, bandeja, entre outros)				
Álcool ou éter				
Insumos para prevenção de incapacidade (colírio, óleo mineral, calçados, talas)				

### ORGANIZAÇÃO DO PCH

15. A coordenação do PCH realiza planejamento de assistência ao portador do PCH e acompanha esse processo de trabalho da equipe?

sim  não  não sabe

Se sim, qual a periodicidade?

bimestral  trimestral  semestral  anual  outros

16. Os indicadores epidemiológicos e operacionais de hanseníase são acompanhados e pactuados com as unidades de saúde que prestam atendimento aos casos de hanseníase (UBS/ESF/Unidade de Referência/ Vigilância)?

Sim, sempre  Sim, frequentemente  Sim, algumas vezes  Não  Não sabe

17. A discussão dos resultados dos indicadores epidemiológicos e operacionais do PCHD é realizada em conjunto com as unidades de saúde dos distritos (UBS/ESF/Unidade de Referência/ Vigilância)?

Sim, sempre  Sim, frequentemente  Sim, algumas vezes  Não  Não sabe

18. O PCH na unidade de referência desenvolve ações integradas com o setor de Vigilância Epidemiológica?

Sim, sempre  Sim, algumas vezes  Não

Se sim poderia exemplificar algumas destas ações?

---

---

19. O PCH na referência municipal realiza apresentações sobre os resultados dos indicadores com a rede de atenção a saúde (UBS's, Vigilância)?

sim, sempre  sim, algumas vezes  não

20. Se não, quais as principais dificuldades ocorridas para a implementação dessas atividades? \_\_\_\_\_

---

---

21. Você sabe informar quantos profissionais da referência municipal, nível II, participaram de curso sobre controle da hanseníase, nos últimos 2 anos?

Sim, todos  Sim, a maioria  Sim, poucos  Não

Se sim, quantos profissionais realizaram curso?

---

22. Você considera necessário que os profissionais do PCH inseridos na referência municipal realizem curso sobre controle da hanseníase?

Sim  Não  não sabe

23. Esta coordenação/gestão promove ações educativas (palestras, campanhas, atividades de grupo, entre outros), em conjunto com outras Unidades de Saúde e/ou setor de educação em saúde, envolvendo ações de prevenção e controle da hanseníase?

Eventualmente  Frequentemente  Não  Não sabe

24. Em sua opinião, o que facilita e o que dificulta para uma assistência de qualidade aos portadores de hanseníase? \_\_\_\_\_

---

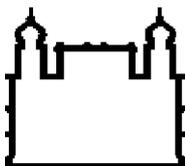
---

25. O(a) que o Sr(a) sugere para melhorar a assistência aos portadores de hanseníase na unidade de referência municipal?

---

---

---



Ministério da Saúde  
**FIOCRUZ**  
 Fundação Oswaldo Cruz  
 Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio  
 Arouca



“Avaliação da qualidade da assistência ao portador de hanseníase na atenção primária,  
 no município de São Luís – MA”.

**APÊNDICE H – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM COORDENADOR DO PCH NA  
 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**

Data:     /     / \_\_\_\_\_  
 Número do questionário: \_\_\_\_\_  
 IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO: Nº \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M  
 Formação: \_\_\_\_\_  
 Tempo de formado: \_\_\_\_\_  
 Pós-graduação?: ( ) sim ( ) não  
 ( ) especialização ( ) residência ( ) mestrado ( ) doutorado.  
 Ano de conclusão do maior título: \_\_\_\_\_  
 Qual área? \_\_\_\_\_  
 Função: \_\_\_\_\_

**CAPACIDADE DE GESTÃO**

1. Descreva a sua atuação no Município de São Luís:

---



---

2. Como o (a) Sr. (a) descreve a situação epidemiológica atual da hanseníase no município de São Luís?

---



---

3. E no Distrito do Tirirical?

4. O setor possui coordenador técnico exclusivo para as ações de vigilância da hanseníase?  
 ( ) sim ( ) não

Se sim, qual a carga horária deste profissional?

( ) 20 horas ( ) 30 horas ( ) 40 horas

5. Você poderia descrever a composição dos profissionais que trabalham com ações de vigilância da hanseníase, neste setor?

Profissionais	Quantitativo	Carga horária	Regime Empregatício
Técnicos de nível superior			
Técnico de nível médio			

6. Em sua opinião, o número de profissionais, deste setor, é suficiente para realização das ações de vigilância dos casos de hanseníase na área de abrangência do Distrito Sanitário do Tirirical?

sim  não  não sabe

7. Você saberia informar se os profissionais deste setor participaram de curso sobre vigilância à saúde voltada para hanseníase, nos últimos 2 anos?

Sim, todos  Sim, a maioria  Sim, poucos  Não

Se sim, quantos profissionais realizaram curso?

---

8. Você considera necessário que os profissionais deste setor realizem curso sobre ações de vigilância epidemiológica dos casos de hanseníase?  Sim  Não  não sabe

9. O setor de hanseníase possui espaço físico próprio?

sim  não

Se não, onde está instalado?

---

10. Este setor possui veículo para o desenvolvimento das ações?

sim  não  não sabe

11. Se sim, qual modalidade?

exclusivo  compartilhado com outros setores

12. Os seguintes impressos estão disponíveis em quantidade suficiente para distribuição na rede de saúde do distrito do Tirirical/UBS/ESF?

IMPRESSOS	Sim, sempre	Sim, algumas vezes	Não	Não Sabe
Livro de Registro de Pacientes e Controle de Tratamento dos Casos de Hanseníase – Livro preto				
Ficha de Notificação (hanseníase) SINAN				
Protocolo complementar de investigação diagnóstica de casos de hanseníase em menores de 15 anos-PCID<15				
Ficha de investigação de suspeita de recidiva de hanseníase				
Boletim de acompanhamento de casos de hanseníase mensal				
Formulário de Vigilância de Contatos Intradomiciliares de Hanseníase				
Ficha de acompanhamento de hanseníase (ACS)				

Cartão de cartão de aprazamento do paciente com Hanseníase.				
Formulário para avaliação do grau de incapacidade				
Formulário para avaliação neurológica simplificada				
Ficha de investigação de intercorrência após alta por cura/ prontuário				
Formulário de referência e contra referência				

13. Este setor possui guia de vigilância epidemiológica ou outro guia específico para vigilância de casos de hanseníase?

sim  não  não sabe

Se sim, Qual o documento utilizado pelo setor?

\_\_\_\_\_

14. Existe rotina de notificação de casos suspeitos de hanseníase?

sim  não  não sabe

Se sim, você poderia descrever a rotina de notificação dos casos suspeitos de hanseníase?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

15. Este setor recebe notificações de hanseníase provenientes da rede de saúde do Distrito do Tirirical (UBS/ESF) e Unidade de Referência Municipal?

Sim, sempre  Sim, algumas vezes  Não

Se sim, qual a periodicidade desse recebimento?

Semanal  Mensal  Outros \_\_\_\_\_

16. Existe rotina de investigação de casos suspeitos de hanseníase?

sim  não  não sabe

Se sim, você poderia descrever a rotina de investigação dos casos suspeitos de hanseníase?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

17. Este setor acompanha o encerramento dos casos de hanseníase utilizando o SINAN?

Sim  Não  Não sabe

Se sim, qual a proporção de casos notificados oportunamente e encerrados oportunamente?

\_\_\_\_\_

18. Este setor consolida os dados de hanseníase produzidos?

Sim  Não  Não sabe

Se sim, qual a periodicidade?

trimestral  semestral  anual  outros

19. Este setor analisa os dados de hanseníase produzidos?

Sim  Não  Não sabe

Se sim, qual a periodicidade?

trimestral  semestral  anual  outros

20. Este setor recebe da rede de saúde do Distrito do Tirirical (UBS/ESF) e Unidade de Referência Municipal, os boletins de acompanhamento dos casos?

Sim, todos  Sim, a maioria  Sim, poucos  Não

21. Este setor realiza análise de duplicidade, completude e inconsistências de notificação dos casos de hanseníase?

Sim, todos  Sim, a maioria  Não

Se sim, qual a periodicidade?

trimestral  semestral  anual  outros

22. Este setor divulga rotineiramente as informações consolidadas de hanseníase através de boletins, palestras e/ou estratégia semelhante?

Sim  Não  Não sabe

Caso afirmativo, qual tem sido a periodicidade de divulgação dessas informações?

Mensal  Trimestral  Semestral  Anual  Não sabe  Outro \_\_\_\_\_

23. Este setor desenvolve ações integradas do Programa de Controle da Hanseníase com a APS/Distrito do Tirirical/UBS e Unidade de Referência Municipal?

Sim, sempre  Sim, algumas vezes  Não

Se sim, poderia exemplificar algumas destas ações?

---



---

24. Você considera necessário que os profissionais do PCH realizem curso sobre controle da hanseníase?

Sim  Não  não sabe

25. Esta coordenação/gestão promove ações educativas (palestras, campanhas, atividades de grupo, entre outros), em conjunto com outras Unidades de Saúde e/ou setor de educação em saúde, envolvendo ações de prevenção e controle da hanseníase?

Eventualmente  Frequentemente  Não  Não sabe

26. Em sua opinião, o que facilita e o que dificulta para uma assistência de qualidade aos portadores de hanseníase? \_\_\_\_\_

---

27. O(a) que o Sr(a) sugere para melhorar a assistência aos portadores de hanseníase na APS/Distrito/UBS/ESF?

---



---



---



Ministério da Saúde  
 FIOCRUZ  
 Fundação Oswaldo Cruz  
 Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio  
 Arouca



“Avaliação da qualidade da assistência ao portador de hanseníase na atenção primária,  
 no município de São Luís – MA”.

**APÊNDICE I – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DAS  
 UNIDADES DE REFERÊNCIA**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número do questionário: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO: Nº

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M

Formação: \_\_\_\_\_

Tempo de formado: \_\_\_\_\_

Pós-graduação?: ( ) sim ( ) não

( ) especialização ( ) residência ( ) mestrado ( ) doutorado.

Ano de conclusão do maior título: \_\_\_\_\_

Qual área? \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_

**Diagnóstico, Tratamento e Acompanhamento.**

1. Há quanto tempo atua no Programa de Controle da Hanseníase? \_\_\_\_\_

2. Como funciona o fluxo de atendimento ao suspeito de hanseníase?

( ) Demanda ( ) Consulta agendada

E ao portador? \_\_\_\_\_

3. Você poderia descrever como realiza o diagnóstico dos casos suspeitos de hanseníase?  
 \_\_\_\_\_

4. Diante de um caso suspeito, o Sr (a) realiza o exame dermatológico (inspeção de manchas ou nódulos e teste de sensibilidade térmica, dolorosa e/ou tátil da lesão)?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe

5. O (a) Sr(a) realiza o exame neurológico completa ou avaliação neurológica simplificada com palpação de nervos e testes de força muscular no diagnóstico do caso?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe

6. O (a) senhor (a) classifica os casos de hanseníase após confirmação diagnóstica?

Sim  Não

Se Não, Por quê? \_\_\_\_\_

7. Esta Unidade possui laboratório municipal ou conveniado de referência?

sim  não  ambos

---

8. Para apoio diagnóstico, você solicita os exames complementares tipo BAAR, biópsia de pele?

---

9. Você já apresentou alguma dificuldade na realização do diagnóstico e tratamento clínico da hanseníase?

Sim  Algumas vezes  Não

10. Por favor, poderia descrever, brevemente, como você realiza o tratamento dos usuários com hanseníase?

---

---

11. Você saberia dizer se para todos os casos de hanseníase diagnosticados aqui são notificados para a vigilância epidemiológica?

Sim  Não  Não sabe

12. Você saberia dizer se para todos os casos de hanseníase é prescrito tratamento supervisionado?

Sim, sempre  Não

13. Em caso afirmativo, você poderia descrever como se dá o acompanhamento do tratamento?

14. Você realiza avaliação do grau de incapacidade na alta do tratamento por cura?

Sim  Não  Não sabe  Não se aplica

15. O (a) Sr (a) conhece o número de casos novos de Hanseníase diagnosticados, notificados e que estão em tratamento regular nesta unidade até o momento, neste ano?

Sim  Não  Não sabe

Se sim, quantos? \_\_\_\_\_

16. O (a) Sr (a) conhece o número de casos novos de Hanseníase diagnosticados, notificados e que estão em tratamento regular, < 15 anos, nesta unidade até o momento, neste ano?

Sim  Não  Não sabe

Se sim, quantos? \_\_\_\_\_

17. O (a) Sr (a) conhece o número de casos de Hanseníase com recidiva, diagnosticados, notificados e que estão em tratamento regular nesta unidade até o momento, neste ano?

Sim  Não  Não sabe

Se sim, quantos? \_\_\_\_\_

18. O (a) Sr (a) conhece o número de pacientes que apresentam estados reacionais em tratamento nesta unidade? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe

Em caso **afirmativo**, quantos? \_\_\_\_\_

19. O (a) Sr (a) conhece o número de pacientes que apresentam grau de incapacidades 1 ou 2 em tratamento nesta unidade? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe

Em caso **afirmativo**, quantos? \_\_\_\_\_

20. O (a) Sr (a) sabe se existe algum tipo de registro/controlado dos pacientes em tratamento regular?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe

Em caso **afirmativo**, qual(is)? \_\_\_\_\_

21. O (a) SR. (a) sabe informar se é feita busca ativa dos pacientes em abandono do tratamento?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe

Em caso **afirmativo**, como é feita essa busca?

( ) contato telefônico ( ) visita domiciliar ( ) aerograma ( ) ACS

( ) outros, especificar: \_\_\_\_\_

22. O (a) Sr (a) tem conhecimento da existência de transporte para realização de visitas domiciliares pela equipe?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe

23. O (a) Sr (a) sabe se existe o controle dos contatos dos pacientes em tratamento regular?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe

Se Sim, como?

\_\_\_\_\_

24. Existem encontros (reunião/estudo de casos) para discussão de casos pela equipe multidisciplinar? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe

Em caso **negativo**, o Sr (a) acha necessário? Por quê? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

25. Existem referências de apoio pré-estabelecidas, nesta unidade, para as demais, da rede?

Atividades	Sim	Não	Não se aplica
Diagnóstico Diferencial das reações e outras patologias.			
Esclarecer diagnóstico			
Baciloscopia da linfa (BAAR)			
Biópsia de pele			
Definição de condutas em estados reacionais graves			

Tratamentos com drogas anti-reacionais alternativas			
Diagnóstico de recidiva			
Diagnóstico em menores de 15 anos			
Confecção de calçados especiais			
Confecção de órteses			
Internação para quadros reacionais graves			
Internação cirúrgica para neurolise			

26. Os pacientes assistidos nesta unidade de referência retornam às suas unidades de origem com a ficha de contra referência preenchida? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe

27. Quais as dificuldades encontradas, pelo (a) Sr (a), relacionadas ao sistema de referência e contra referência para a assistência aos portadores de hanseníase?

---



---



---

28. Nesta unidade de referência, os pacientes em uso de corticoterapia são monitorados na pré-consulta:

- a. Glicemia Capilar: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe  
b. Pressão Arterial: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe  
c. Peso: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe

29. O monitoramento é registrado em instrumento específico?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe

Em caso **afirmativo**, qual (is)? \_\_\_\_\_

30. A prevenção e/ou tratamento de incapacidades por técnicas simples é desenvolvido nesta unidade de referência?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe

31. Em caso **afirmativo**, qual (is) profissional (is) realiza(m) avaliação para prevenção de incapacidades?

- ( ) médico ( ) enfermeira(o) ( ) técnico ou auxiliar de enfermagem  
( ) terapeuta ocupacional/fisioterapeuta ( ) qualquer profissional

32. O (a) Sr(a) têm acesso e utiliza as normas, protocolos e manuais do Ministério da Saúde?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe

Se sim, com que frequência você consulta?

( ) Frequentemente ( ) Algumas vezes ( ) nunca ( ) não sabe

33. O (a) Sr (a) é liberado para participar de atividades de educação continuada sobre o PCH oferecidos em âmbito municipal ou estadual? ( ) Sim ( ) Não

Em caso **negativo**, por quê? \_\_\_\_\_

---



---



---

34. O (a) Sr (a) foi orientado quanto ao preenchimento das fichas de atendimentos do PCH e boletim de acompanhamento? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe

35. O (a) Sr (a) realiza atividades de educação em saúde com os pacientes do PCH?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica

Em caso **afirmativo**, nestas atividades, quais temas são abordados?

---

---

36. Em sua opinião, o que facilita e o que dificulta para uma assistência de qualidade aos portadores de hanseníase? \_\_\_\_\_

---

---

37. O (a) que o Sr (a) sugere para melhorar a assistência aos portadores de hanseníase na sua unidade?

---

---

---



Ministério da Saúde  
**FIOCRUZ**  
 Fundação Oswaldo Cruz  
 Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio  
 Arouca



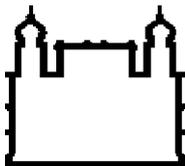
**APÊNDICE J – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DIRETA DO SINAN,  
 PRONTUÁRIOS, BOLETIM DE ACOMPANHAMENTO**

Data do preenchimento \_\_\_\_\_ N° FIE \_\_\_\_\_

UBS \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

<b>1. Idade</b>	( )
<b>2. Sexo</b> 1. Masculino 2. Feminino 3. Ignorado	( )
<b>3. Raça/cor</b>	( )
<b>4. Escolaridade</b> 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau ) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau ) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica	( )
<b>5. Forma Clínica</b> 1. Indeterminada 2. Tuberculóide 3. Dimorfa 4. Virchoviana 5. Não Classificada	( )
<b>6. Classificação Operacional</b> 1. MB 2. PB	( )
<b>7. Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico</b> 0 - Grau Zero 1 - Grau I 2 - Grau II 3 - Não Avaliado	( )
<b>8. Modo de Entrada</b> 1 - Caso Novo 2 - Transferência do mesmo município (outra unidade) 3 - Transferência de Outro Município ( mesma UF ) 4 - Transferência de Outro Estado 5 - Transferência de Outro País 6 - Recidiva 7 - Outros Reingressos 9 - Ignorado	( )
<b>9. Modo de Detecção do Caso Novo</b> 1- Encaminhamento	( )

2- Demanda Espontânea 3- Exame de Coletividade 4- Exame de Contatos 5- Outros Modos 6- Ignorado	
<b>10. Baciloscopia</b> 1. Positiva 2. Negativa 3. Não realizada 9. Ignorado	( )
<b>11. Número de Contatos Registrados</b>	( )
<b>12. Número de Contatos Examinados</b>	( )
<b>13. Número de Contatos Encaminhados para a vacina BCG</b>	( )
<b>14. Grau de Incapacidade Física na Alta</b> 0 - Grau Zero 1 - Grau I 2 - Grau II 3 - Não Avaliado	
<b>15. Reação</b> 1. Tipo I 2. Tipo II 3. Tipo I e II	( )
<b>16. Alta</b> 1. Cura 2. Abandono 3. Transferência 4. Óbito 5. Ignorado	( )



**Ministério da Saúde**  
**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**  
**Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio**  
**Arouca**



#### ANEXO A - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)

Eu, **Maria Lucia Lima Cardoso**, discente da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz/Brasília, do curso de **Mestrado de Avaliação em Saúde/ Departamento de Saúde Pública**, no âmbito do projeto de pesquisa intitulado “**Avaliação da qualidade da assistência ao portador de hanseníase na atenção primária, no Município de São Luís - MA**”, comprometo-me com a utilização dos dados restritos contidos nos sistemas de informações do SINAN, bem como dados de prontuários, livros de registros de casos e boletins de acompanhamentos mensais do Programa de Controle da Hanseníase e ainda, dados irrestritos do IBGE, DATASUS, IPEA, SEPLAN, a fim de obtenção dos objetivos previstos, e somente após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP.

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados nos livros de registros/boletins mensais/prontuários/SINAN, bem como com a privacidade de seus conteúdos.

Esclareço ainda que, os dados a serem coletados no Banco de Dados Restritos (SINAN, prontuários, livros de registros de casos e boletim de acompanhamento) se referem ao levantamento dos indicadores epidemiológicos e operacionais do PCH no período de **01/01/2014 a 31/12/2015**, e os dados a serem coletados no Banco de Dados Irrestritos (IBGE, DATASUS e SEPLAN) se referem ao levantamento de dados do contexto externo referentes a vulnerabilidade social do Distrito do Tirirical.

Declaro entender que é minha, a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas.

Também é minha, a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, às pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Qualquer outra pesquisa em que eu precise coletar informações serão submetidas a apreciação do CEP/ENSP.

Brasília, 13.04.2016

Maria Lucia Lima Cardoso

## ANEXO B – FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE HANSENÍASE

 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE ESTADO DE SÃO PAULO SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		 SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO HANSENÍASE		Nº		
<b>Caso confirmado de Hanseníase: pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer poliquimioterapia: lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo (s) com espessamento neural; baciloscopia positiva.</b>						
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2	Agravado(a)		<b>HANSENÍASE</b>		
		Código (CID10)	3 Data da Notificação			
		<b>A 3 0. 9</b>				
4	UF	5	Município de Notificação			
			Código (IBGE)			
6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7	Data do Diagnóstico	
Notificação Individual	8	Nome do Paciente		9	Data de Nascimento	
	10	(ou) Idade	11	Sexo	12	Gestante
		1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	1 - 1º trimestre 2 - 2º trimestre 3 - 3º trimestre 4 - Não gestacional 5 - Não se aplica 9 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica
	14	Escolaridade				
		0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colégio ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colégio ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica				
15	Número do Cartão SUS		16		Nome da mãe	
Dados de Residência	17	UF	18	Município de Residência		
				Código (IBGE)		
				19		Distrito
	20	Bairro		21	Logradouro (rua, avenida,...)	
					Código	
	22	Número		23	Complemento (apto., casa,...)	
	24	Geo campo 1		25		Geo campo 2
	26	Ponto de Referência		27		CEP
28	(DDD) Telefone		29	Zona		
				1 - Urbana 2 - Rural 3 - Prefeitura 9 - Ignorado		
Dados Complementares do Caso						
Ocupação	31	Nº do Prontuário		32		Ocupação
Dados Clínicos	33	Nº de Lesões Cutâneas		34	Forma Clínica	
					1 - I 2 - T 3 - D 4 - V 5 - Não classificado	
	35	Classificação Operacional		36	Nº de Nervos afetados	
					1 - PB 2 - MB	
Atendimento	37	Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico				
		0 - Grau Zero 1 - Grau I 2 - Grau II 3 - Não Avaliado				
	38	Modo de Entrada				
	1 - Caso Novo 2 - Transferência do mesmo município (outra unidade) 3 - Transferência de Outro Município (mesma UF) 4 - Transferência de Outro Estado 5 - Transferência de Outro País 6 - Retorno 7 - Outras Reintegrações 9 - Ignorado					
	39	Modo de Detecção do Caso Novo				
	1 - Encaminhamento 2 - Demanda Espontânea 3 - Exame de Colestividade 4 - Exame de Contato 5 - Outros Modos 9 - Ignorado					
Dados Lab.	40	Baciloscopia				
	1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não realizada 9 - Ignorado					
Tratamento	41	Data do início do tratamento		42		Esquema Terapêutico Inicial
						1 - PQTPB/6 dias 2 - PQTMB/12 dias 3 - Outros Esquemas Substitutos
Med. Centr.	43	Número de Contatos Registrados				
Observações adicionais						
Investigador	Município/Unidade de Saúde			Código da Unid. de Saúde		
	Nome			Assinatura		
	Função					

