



Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Departamento de Endemias Samuel Pessoa



**“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.”**

Paula Soares Brandão

Orientadora: Dra. Marly Marques da Cruz

Co-orientadora: Dra. Rosely Magalhães de Oliveira

Rio de Janeiro

2011



Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Departamento de Endemias Samuel Pessoa

**“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 apresentada ao corpo
docente da Escola Nacional de Saúde
Pública com vistas à obtenção do grau
de Mestre em Saúde Pública.**

Orientadora: Dra. Marly Marques da Cruz

Co-orientadora: Dra. Rosely Magalhães de Oliveira

Dr. José Augusto da Costa Nery

Dra. Elisabeth Moreira dos Santos

Rio de Janeiro
2011

Dedicado a todas as pessoas acometidas pela hanseníase: portadores, familiares,
amigos, profissionais e simpatizantes.

Agradecimentos:

A Deus por ter me permitido adoecer de hanseníase e me apaixonar pelo cuidado aos enfermos por ela.

Aos meus pais (Zilma e Aldenir) e ao meu irmão (Ricardo) pelo amor e cuidado dedicados em todos os momentos da minha vida. Amo vocês.

Aos meus amigos Douglas, Fernanda, Willian, Daiane, Maria, Fernando e Luciana por compreenderem minha ausência nos últimos dois anos e me apoiarem incondicionalmente.

A Leila Marino (Coordenadora da AP 5.3), Marcello Barboza (Assessor da Coordenação), Carmen Nogueira (Chefe do DAPS 5.3), Orlando Barreto (Chefe da Divisão de infra-estrutura e logística), Gabriela Munhoz, Ana Carla Bicaco, Ana Conceição, Andréia Coutinho, Monica Sysneiros, Flavio Augusto, Níria Carla (todos interlocutores do território da Estratégia Saúde da Família). A Ana Claudia, Cilene Boarro, Arari Altina, Valcir, Dra Maria Beatriz e a todos os outros companheiros da CAP 5.3 que acompanharam e apoiaram meu trabalho nestes anos.

A Ricardo Melo pelo apoio na solução dos problemas de informática e a Felipe Nascimento pelo apoio na construção dos mapas.

A todos os profissionais do PCH na AP 5.3 por terem me ensinado preciosas lições e em especial a Almerinda, Lezier, Dra. Kellen, Marta e Maria Fernanda por cuidarem de mim.

A Dra. Rachel Tebaldi, Dra. Lea, Verônica e Cristina por acreditarem no meu potencial e contribuírem para a minha formação.

A Artur Custódio (Coordenador Nacional do Morhan) pela amizade, pelo apoio e por acreditar que é possível fazer a diferença.

A Rejane, minha terapeuta, meu apoio nos momentos em que pensei em desistir.

A Ângela Longo e sua família por me acolherem em sua casa nos últimos momentos da dissertação e numa nova etapa de vida. Em especial ao Sr. Altamiro Longo (in memoriam).

Aos meus queridos colegas de turma com os quais pude compartilhar sonhos, sorrisos e opiniões.

As minhas orientadoras por compreenderem meus objetivos, minhas limitações de tempo e distância e mesmo assim, apoiarem a determinação pelo objeto deste estudo.

A todos da Coordenação de Saúde Família da SMSDC-Rio pelo apoio e compreensão.

E a todos aqueles que me acolheram e apoiaram, mesmo sem eu perceber - o meu muito obrigado.

RESUMO:

A Hanseníase é considerada um importante problema de saúde pública. Os estados reacionais, descritos como fenômenos agudos sobrepostos à evolução crônica e insidiosa desta doença, são os principais responsáveis por perda funcional de nervos periféricos gerando as incapacidades físicas. Os episódios reacionais mantêm-se como um dos grandes desafios para os Programas de Controle de Hanseníase em países endêmicos, a exemplo do Brasil. O objetivo desse estudo é 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. O trabalho se inicia com uma revisão da literatura sobre os estados reacionais e suas ações de controle, avaliação das ações de controle da hanseníase e qualidade da assistência aos mesmos na atenção primária a saúde. A descrição do problema foi feita através da árvore de problemas, enquanto a intervenção foi descrita a partir da construção de um modelo lógico do programa (MLP), que permitiu apresentar a racionalidade existente entre os componentes da intervenção: insumos, atividades, produtos, resultados e impactos. A partir do MLP foi desenvolvido o Modelo Teórico da Avaliação com a definição da abordagem e foco da avaliação, das matrizes de informação, de análise e julgamento, onde foram definidas as dimensões e sub-dimensões para análise do contexto e da intervenção. Além da definição de critérios e indicadores e as pontuações que objetivaram os parâmetros da avaliação. A abordagem metodológica adotada foi à pesquisa avaliativa, de caráter normativo e formativo, utilizando métodos qualitativos e quantitativos. Os dados primários foram obtidos através de entrevistas com profissionais de saúde envolvidos com a intervenção e observação direta nos serviços. E os dados secundários através da análise de documentos e prontuários. O estudo configurou-se como um estudo de casos múltiplos com vários níveis de análise imbricados. Os três casos foram unidades de saúde da AP 5.3 no município do Rio de Janeiro, visto que esta apresentou nos últimos anos os maiores coeficientes de detecção de casos. Os resultados mostraram que as ações de assistência aos estados reacionais encontram-se parcialmente implantadas nos três casos. Enquanto o componente estrutural insumos avaliado a partir da sub-dimensão disponibilidade está implantado nos casos, o componente atividades avaliado quanto a qualidade técnico-ciêntifica encontra-se parcialmente implantado em todos eles. O contexto externo influencia diretamente no acesso as referências aos serviços de atenção tipo III, enquanto o contexto organizacional possibilitou a ampliação dos serviços tipo I e organizou as referências na área na lógica da territorialização e construção de redes assistenciais em saúde.

Palavras-chave: hanseníase; estados reacionais; avaliação; qualidade.

ABSTRACT:

Leprosy is considered a major public health problem. The reactional states, described as acute phenomena superimposed on the chronic and insidious this disease, are primarily responsible for loss of function of peripheral nerves causing physical disabilities. Reactive episodes remain as a major challenge for the Leprosy Control Program in endemic countries such as Brazil. The aim of this study is to assess the degree of implementation of actions to assist the reactions in leprosy services into comprehensive care to leprosy type I and II, based on the quality of care. The work begins with a review of the literature on the reactions and their control actions, evaluating the actions of leprosy control and quality of care for those in primary health. The description of the problem was made through the problem tree, while the intervention was described from the construction of a program logic model (PLM), which allows me to present the rationale between the intervention components: inputs, activities, outputs, outcomes and impacts. The MLP was developed from the Theoretical Model of Evaluation with the definition of the approach and focus of the evaluation, the matrix of information, analysis and trial, which defined the dimensions and sub-dimensions of the context for analysis and intervention. Besides, the definition of criteria and indicators and the scores that focused on the parameters of evaluation. The methodological approach adopted was to evaluative research, normative and formative, using qualitative and quantitative methods. The primary data were obtained through interviews with health professionals involved with intervention and direct observation services. And the secondary data through analysis of documents and records. The study was configured as a multiple case study with several overlapping levels of analysis. The three cases were health units in the city of Rio de Janeiro, in the programmatic area known as 5.3 as it had in recent years the highest rates of case detection. The results showed that the actions of assistance to the reactional states are partially implemented in three cases. While the structural component inputs evaluated from the sub-scale availability is deployed in the cases, the component activities evaluated for scientific / technical quality is partially implanted in them all. The external environment directly influences the references to access health care services type III, while the organizational context allowed the expansion of services and type I arranged the references in the field in the logic of territorialization and construction of health care networks.

Keywords: leprosy reactional states, assessment, quality.

Sumário:

Agradecimentos	iv
Resumo	v
Abstract	vi
Lista de Abreviaturas e Siglas	ix
Lista de Quadros, Figuras e Gráficos	x
Lista de Anexos	xii
Apresentação	1
1. Introdução	5
1.1. As Reações Hansênicas e as Ações de Assistência.	5
1.2. Avaliação das ações de controle da Hanseníase.	16
1.3. Qualidade da Assistência às Reações Hansênicas na Atenção Primária a Saúde.	21
2. Objetivos:	27
2.1. Objetivo Geral	27
2.2. Objetivos Específicos	27
3. Modelo Teórico da Avaliação:	28
3.1. O Modelo Lógico do Programa	28
3.2. Abordagem e foco da avaliação	35
3.3. Usuários Potenciais da Avaliação: os stakeholders.	37
3.4. Desenho do Estudo	39
3.5. Critérios de Seleção e Exclusão dos Casos	40
3.6. Procedimentos de Coleta de Dados	41
3.7. Plano de Análise	49
4. Resultados	57
4.1. Descrição do Contexto Externo da AP 5.3, no município do Rio de Janeiro.	57
4.2. Descrição do Contexto Organizacional	65
4.3. Descrição do Grau de Implantação do Caso 1.	76
4.4. Descrição do Grau de Implantação do Caso 2.	91
4.5. Descrição do Grau de Implantação do Caso 3.	102
4.6. Síntese dos Casos com nível de implementação.	114
5. Lições Aprendidas	116
6. Conclusões	126

7. Recomendações	129
8. Referências Bibliográficas	133
9. Apêndices	144
9.1. Instrumentos para Coleta de Dados	144
9.2. Termos de Consentimento e Anuência.	170

Lista de Abreviaturas e Siglas

AP – Área de Planejamento

CID – Código Internacional de Doenças

ENH – Eritema Nodoso Hansênico

ESF – Estratégia Saúde da Família

FIOCRUZ – Fundação Instituto Oswaldo Cruz

GI – Grau de Incapacidade

GIL – Gerenciamento de Informações Locais

IOM – Institute of Medicine of the National Academies

LASER – Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais

LEM – Monitoramento da Eliminação da Hanseníase

MB – Multibacilar

M&A – Monitoramento & Avaliação

MDT – Multidrogaterapia

MLP – Modelo Lógico do Programa

MORHAN – Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase

MTA – Modelo Teórico da Avaliação

MTI – Modelo Teórico da Intervenção

NASF – Núcleo de Apoio ao Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

PB - Paucibacilar

PCH – Programa de Controle da Hanseníase

PCH-RJ – Programa de Controle da Hanseníase no Município do Rio de Janeiro

PNAB – Política Nacional da Atenção Básica

PNCH – Programa Nacional de Controle da Hanseníase.

PQT – Poliquimioterapia

RR – Reação Reversa

SIGAB – Sistema de Gerenciamento da Atenção Básica

SINAN – Sistema Nacional de Agravos Notificáveis

SUS – Sistema Único de Saúde

Lista de Quadros, Figuras e Gráficos:

Quadro 1: Diferenças entre Reação Tipo 1 e Reação Tipo 2	10
Quadro 2: Dimensões e sub-dimensões para construção do MTA	35
Quadro 3: Interesse dos usuários potenciais da avaliação	38
Quadro 4: Matriz de Informação – Contextos	44
Quadro 5: Matriz de Informação – Componente Estrutural Insumos	45
Quadro 6: Matriz de Informação – Componente Estrutural Atividades	46
Quadro 7: Matriz de Relevância – Componente Estrutural Insumos	51
Quadro 8: Matriz de Relevância – Componente Estrutural Atividades	52
Quadro 9: Matriz de Análise e Julgamento – Componente Estrutural Insumos	53
Quadro 10: Matriz de Análise e Julgamento – Componente Estrutural Atividades	54
Quadro 11: Julgamento em quatro extratos	56
Quadro 12: Índice de Desenvolvimento Humano nos bairros da AP 5.3.	60
Quadro 13: Atividades desenvolvidas de acordo com o tipo de serviço de Atenção Integral a Hanseníase	70
Quadro 14: Quantitativo de profissionais treinados em ações de controle, vigilância de contatos e prevenção de incapacidades no ano de 2010/ AP 5.3	74
Quadro 15: Unidades de Referência Ambulatorial da AP 5.3.	74
Quadro 16: Matriz de Análise e Julgamento – Caso 1	88
Quadro 17: Matriz de Análise e Julgamento – Caso 2	99
Quadro 18: Matriz de Análise e Julgamento – Caso 3	111
Quadro 19: Síntese dos Casos com Nível de Implementação:	114
Figura 1: Árvore de Problemas	30
Figura 2: Modelo Lógico das Ações de Assistência aos Estados Reacionais de Hanseníase na AP 5.3 - no Município do RJ.	34

Figura 3: Mapa das Áreas de Planejamento do Município do Rio de Janeiro.	58
Figura 4: Serviços de Saúde Existentes na AP 5.3 de acordo com o tipo de serviço oferecido de 1980 a 1989	66
Figura 5: Serviços de Saúde Existentes na AP 5.3 de acordo com o tipo de serviço oferecido de 1990 a 1999.	67
Figura 6: Serviços de Saúde Existentes na AP 5.3 de acordo com o tipo de serviço oferecido de 2000 a 2009	68
Figura 7: Distribuição Espacial dos Serviços de Saúde na AP 5.3 após implantação do TEIAS em 2010	69
Figura 8: Organograma hierárquico do PCH-Rio.	71
Gráfico 1: Coeficientes de Detecção de casos novos, MRJ – 2008	41
Gráfico 2: População residente de acordo com o sexo por bairros da AP 5.3 – 2000	61
Gráfico 3: População residente de acordo com a faixa etária por bairros da AP 5.3 – 2000	61
Tabela 1: Indicador de Educação – Analfabetismo	62
Tabela 2: Indicadores de Renda por responsável por domicilio segundo bairros da AP 5.3 – 2000.	63
Tabela 3: Indicadores de Acesso a Serviço Básicos relacionados a Habitação - 2000	64

Lista de Apêndices:

Anexo 1: Roteiro de Observação nas Unidades Básicas de Saúde.

Anexo 2: Instrumento para Coleta de Dados – Gestor Municipal do PCH.

Anexo 3: Instrumento para Coleta de Dados – Responsável pelo PCH na UBS.

Anexo 4 : Instrumento para Coleta de Dados – Profissionais de Saúde

Anexo 5: Instrumento para Coleta de Dados – Sistema de Informação/ SINAN e Registros no Prontuário – Parte 1.

Anexo 6: Instrumento para Coleta de Dados – Sistema de Informação/SINAN e Registros no Prontuário – Parte 2.

Anexo 7: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Anexo 8: Termo de Anuência.

Apresentação:

O interesse pelo tema da hanseníase iniciou quando, em 1998, ingressei na Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Na época, com dezoito anos, não conhecia nenhum portador da doença e muito menos previa o impacto desta em minha vida. Aos vinte e dois anos e no último período da graduação descobri estar com Hanseníase graças à suspeição diagnóstica precoce feita por mim e confirmada pela professora Ana Leão, da disciplina de Saúde, Trabalho e Meio Ambiente II, do Departamento de Saúde Pública da faculdade.

A trajetória como paciente e enfermeira do Programa de Controle da Hanseníase (PCH) começou em 2002 com a atuação nos municípios de Itaguaí e do Rio de Janeiro, onde surgiram as primeiras inquietações relativas às diferenças entre o que estava previsto e como era a organização da assistência dentro do programa de hanseníase no nível local.

Nos anos seguintes trabalhei como enfermeira da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e fui convidada pela Gerência de Dermatologia Sanitária, da Secretaria de Saúde da cidade do Rio de Janeiro, para participar como facilitadora da educação continuada em Hanseníase para enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e equipe de saúde bucal da ESF. A partir deste momento, percebi que muitos profissionais tinham dificuldades para compreender o que são os estados reacionais e de dimensionar estes fenômenos no cotidiano dos indivíduos acometidos pela Hanseníase.

Na observação e conversa direta com os pacientes que desenvolveram estados reacionais, notei que o sofrimento vinculado à reação se dava pela dor física e também psíquica. Tanto a imobilização de um membro, que leva ao afastamento das atividades diárias, denunciando a existência de um problema, que nem sempre é compartilhado com o grupo social ao qual pertence, quanto, a utilização de drogas como a prednisona, por longos períodos, levando ao ganho de peso e afetando a auto-estima dos pacientes, principalmente das mulheres, eram consideradas conseqüências mínimas quando comparadas à possibilidade de uma incapacidade ou deformidade. No entanto, são estes eventos reais e dolorosos do dia-a-dia que preocupam os pacientes e os fazem, algumas vezes, duvidar da chamada cura.

Na vivência como paciente experimentei processos felizes de apoio familiar e dos amigos, mas também sofri com o estigma, procedimentos como a biópsia de pele e a coleta de baciloscopia de linfa, a alteração da coloração da pele como efeito colateral da clofazimina e, principalmente, a dor e o medo dos estados reacionais.

Porém, como profissional, entendi a necessidade de um cuidado qualificado e integrado, apesar de saber da existência de entraves para a realização deste. Assim, adoecer de uma enfermidade que desperta, ainda hoje, o preconceito e cujo cuidado integral e contínuo enfrenta problemas, despertou o interesse pela investigação acerca da qualidade da assistência aos estados reacionais no Programa de Controle da Hanseníase no município do Rio de Janeiro.

A partir destas considerações, pensar os estados reacionais na hanseníase implica numa reflexão sobre como o programa de hanseníase está organizado para detectar e cuidar dos casos de estados reacionais, como gestores e profissionais buscam atender a tais demandas e qual a percepção dos usuários sobre a qualidade desta assistência.

Esta dissertação foi, inicialmente, organizada de modo que os leitores possam compreender o processo de avaliação realizado, desde a razão de sua formulação, passando pela delimitação do problema, justificativa do estudo, pergunta avaliativa central, público alvo e os beneficiários da avaliação descritos na introdução até os objetivos da mesma.

O Referencial Teórico abordou os temas relevantes que tornaram possível a discussão do caso como destacados a seguir:

Reações Hansênicas e as Ações de Controle: A descoberta das reações hansênicas, pela ciência, é uma condição conhecida desde 1848, segundo Bastazini (1973). No entanto, apesar dos estudos clínicos, baciloscópicos, histopatológicos e imunológicos realizados nas últimas décadas e o crescente interesse de pesquisadores por esta condição própria a Hanseníase, a sua verdadeira natureza ainda é motivo de conjecturas. Desta forma, a maior parte dos estudos está relacionada às suas manifestações clínicas, ao diagnóstico diferencial, métodos diagnósticos e tratamentos medicamentosos. Logo, este item se propôs a apresentar uma breve discussão sobre os aportes teóricos dos estados reacionais e das ações de controle propostas pelo PNCH.

Avaliação das ações de controle da Hanseníase: A proposta deste item foi compreender a avaliação como importante instrumento de reflexão e reformulação das estratégias de controle da hanseníase. Para tanto, foi feito um breve comentário sobre as origens da avaliação de programas e a seguir foram trabalhados os conceitos-chaves sobre avaliação (avaliação propriamente dita, normativa, formativa e de implementação) necessários para compreensão deste estudo. Por último, foram abordadas experiências avaliativas no PCH.

Qualidade da assistência aos estados reacionais na Atenção Primária: Este tópico inicia com a discussão sobre exemplos de avaliação da qualidade de programas e serviços

realizados no país. Logo, a seguir realiza uma breve discussão sobre o conceito de atenção primária e o modelo de atenção adotado no país, revelando conceitos que contribuíram para a determinação dos atributos da qualidade neste estudo. E discute sobre os vários conceitos propostos por teóricos da avaliação sobre a avaliação de qualidade. A partir desta reflexão foi construído o conceito de qualidade e eleitos os atributos da qualidade, trabalhados por este estudo.

Após a exposição do Referencial Teórico foram delimitados os objetivos desta avaliação. A partir dos objetivos propostos elaborou-se o Modelo Teórico da Avaliação. O MTA organiza o pensamento e os passos metodológicos para concretização do processo avaliativo. Desta maneira o MTA, deste estudo, abrange desde a construção da árvore de problemas que possibilitou a elaboração do Modelo Lógico do Programa até o plano de análise. Para isso delimitou-se a abordagem e o foco do estudo, ou seja, uma avaliação de implementação com foco na qualidade, onde foi tomada por dimensão da qualidade a conformidade e como sub-dimensões desta a disponibilidade e a qualidade técnico-científica. Além disso, considerou-se a influência dos contextos externo e organizacional e suas dimensões (vulnerabilidade e organização do programa, respectivamente) e sub-dimensões (determinantes sociais da hanseníase e capacidade de gestão, respectivamente).

O MTA também abordou a participação dos usuários da avaliação na construção do processo avaliativo e definiu os critérios de inclusão e exclusão que levaram a escolha da AP 5.3 como caso de estudo. Neste contexto foram estabelecidos critérios e indicadores, bem como, níveis de relevância que orientaram a construção da matriz de análise e julgamento dos casos, a partir dos dados coletados por meio de entrevistas, observação direta e análise documental.

Os resultados foram organizados de acordo com os objetivos propostos para esta avaliação e iniciam com a descrição do contexto externo, ou seja, o contexto que envolve os bairros de Santa Cruz, Paciência e Sepetiba, conforme as dimensões e critérios propostos. A seguir descreve o contexto organizacional do Programa de Controle da Hanseníase para AP 5.3. E ainda, faz a descrição da intervenção através dos três casos eleitos para representar a AP. Após esta etapa descritiva foi feita uma síntese dos casos com nível de implementação e a obtenção do grau de implantação das ações de assistência aos estados reacionais para a AP 5.3, que culminou na análise da influência do contexto sobre a implantação.

Deseja-se que as lições aprendidas e as recomendações feitas por esta avaliação sejam úteis para o Programa de Controle da Hanseníase no município do Rio de Janeiro, mas principalmente para a melhoria do processo de trabalho e da prestação do cuidado realizado

pelas equipes do programa na AP 5.3. Afinal, não podemos modificar o ontem, mas podemos transformar o amanhã.

1. Introdução:

A hanseníase, mais conhecida mundialmente como lepra, desde os tempos mais remotos, é considerada um importante problema de saúde pública devido a sua elevada prevalência, evolução lenta, capacidade de provocar lesões deformantes e o forte estigma que a acompanha (CLARO, 1995). É uma doença infecto-contagiosa, crônica e que se caracteriza, principalmente, pelo acometimento dermatoneurológico. Além disso, pode apresentar manifestações sistêmicas e comprometer outros órgãos como olhos, articulações, testículos e gânglios (WHO, 2009).

A transmissão da doença respeita a cadeia epidemiológica, ou seja, parasito (*Mycobacterium leprae*), fonte de infecção (indivíduo multibacilar sem tratamento poliquimioterápico), via de transmissão (vias aéreas superiores) e hospede suscetível (o homem). O bacilo de hansen, como é conhecido, é o agente causador e o potencial incapacitante da doença está relacionado à penetração deste na célula nervosa e ao seu poder imunogênico (URA & OPROMOLLA, 2000).

Os principais sinais e sintomas são manchas esbranquiçadas, acastanhadas ou avermelhadas e com alteração da sensibilidade, na maioria dos casos. Outras manifestações, como pápulas, infiltrações, tubérculos ou nódulos, diminuição ou queda de pêlos na lesão, principalmente, quando nas sobrancelhas e diminuição/ausência de sudorese no local, podem surgir. Além disso, pode ocorrer quando há comprometimento de tronco nervoso, a presença de dor e/ou espessamento de nervos periféricos e diminuição ou perda de sensibilidade e força muscular (OPROMOLLA, 2000).

O diagnóstico da hanseníase é clínico e epidemiológico. Realizado por meio da história e condições de vida do paciente. O exame dermatoneurológico permite a identificação de lesões ou áreas da pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos (sensitivo, motor e/ou autonômico). Considera-se um caso de hanseníase o indivíduo que apresentar uma ou mais das seguintes características e necessitar de multidrogaterapia (MDT), também conhecida como poliquimioterapia (PQT): lesão (ões) e/ou área(s) da pele com diminuição ou alteração de sensibilidade; acometimento de nervo(s) periférico(s) com ou sem espessamento associado a alterações sensitivas, motoras e/ou autonômicas; e baciloscopia positiva de esfregaço intradérmico (WHO, 2009).

Os portadores de hanseníase são classificados operacionalmente pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em paucibacilares (PB), ou seja, abrigam um pequeno número de

bacilos que são insuficientes para infectar outras pessoas, apresentam menos de 5 lesões de pele e apenas um tronco nervoso acometido. Enquanto, os multibacilares (MB) são aqueles que abrigam um grande número de bacilos, sendo considerados a forma contagiosa da doença, apresentando baciloscopia positiva, mais de 5 lesões de pele e acometimento de mais troncos nervosos (WHO, 2009).

O tratamento é indispensável tanto para paucibacilares quanto para multibacilares, além disso, ele é ambulatorial e segue os esquemas terapêuticos padronizados internacionalmente. De acordo com a classificação da doença ele pode ser feito completando 6 doses supervisionadas em até 9 meses para paucibacilares e 12 doses supervisionadas em até 18 meses para multibacilares, em ambos os casos o paciente também faz uso da dose diária auto-administrada da PQT, neste período. Em algumas situações, dependendo da evolução do caso, o tratamento pode ser prolongado chegando a vinte e quatro doses (BRASIL, 2009a, 2010a).

O indivíduo é considerado curado quando o encerramento da PQT é precedido de critérios de regularidade do tratamento, ou seja, o número de doses e o tempo de tratamento devem estar de acordo com o esquema terapêutico estabelecido. Deste modo, o paciente não pertence mais ao registro de casos em curso de tratamento e não será computado no coeficiente de prevalência da doença, mesmo que apresente seqüelas (URA & OPROMOLLA, 2000; RODRIGUES et al, 2000).

O comprometimento neurológico, que pode provocar incapacidades físicas e sua evolução para deformidades é o principal problema desta doença. Estes fatos podem acarretar diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos resultantes do estigma, além de semear a dúvida sobre a cura. Assim, limitar o dano em hanseníase está muito mais relacionado à lesão dos nervos do que da pele, o que torna o processo de controle da doença fundamental para a saúde pública.

A redução desta limitação pode ser alcançada por três atividades: o diagnóstico precoce, o tratamento oportuno e a prevenção de incapacidades. O diagnóstico precoce e o tratamento são as medidas mais eficazes para limitação de danos. A atividade de prevenção de incapacidades possibilita a realização de técnicas simples e orientações ao paciente para a prática regular de autocuidado e do reconhecimento de quadros reacionais durante e após o tratamento com a poliquimioterapia (BRASIL, 2007). No entanto, o comprometimento do sistema nervoso periférico pela hanseníase pode ser imprevisível e demanda a detecção precoce e tratamento das lesões nervosas.

Os episódios reacionais em hanseníase mantêm-se como um dos grandes desafios para os Programas de Controle de Hanseníase em países endêmicos, a exemplo do Brasil. Apesar de seus relatos antecederem a era pré-sulfônica e de se reconhecerem os seus aspectos clínicos, ainda persistem questões abertas sobre vários aspectos relacionados à fisiopatologia destas reações, dificultando a definição de critérios para operacionalização do seu controle (OLIVEIRA et al., 2007; BRITO, 2008).

Aproximadamente, de 25 a 30% das pessoas com hanseníase tem reações ou dano neural em algum momento. Entre os pacientes, 16% dos paucibacilares e 65% dos multibacilares apresentam função alterada do nervo no diagnóstico (CROFT et al., 2000). Segundo Brito (2008) a Área Técnica de Dermatologia Sanitária do Ministério da Saúde observa que 27% a 30% dos pacientes apresentam reações após o tratamento pela PQT demandando o planejamento de ações específicas para a assistência aos estados reacionais, inclusive na atenção primária.

Este estudo justificou-se pela necessidade de melhorias organizacionais e qualitativas da assistência, preconizadas pelo PCH, ao indivíduo com estados reacionais em Hanseníase. Além disso, poucos são os estudos avaliativos sobre a qualidade das ações de controle da hanseníase na atenção primária, em particular das ações de assistência aos estados reacionais, justificando-se também por ampliar a produção do conhecimento nessa área.

Os estados reacionais podem ocorrer antes, durante ou após o tratamento com a poliquimioterapia da hanseníase. Sendo assim, os indivíduos que desenvolvem estados reacionais antes do diagnóstico e tratamento são beneficiados, visto que, tal fato incentiva a busca pela solução do problema. No caso daqueles que manifestam as reações durante o tratamento entende-se que são assistidos e, teoricamente, o diagnóstico das reações e tratamento destas seria mais acessível. Existindo, ainda, aqueles casos em que os estados reacionais ocorrem após a alta por cura e o cuidado pode ser limitado por uma série de fatores como entraves no acesso, educação em saúde deficiente, entre outros.

A partir destas situações surgiram os primeiros questionamentos do estudo, porém, após discussões com orientadoras e banca de qualificação do projeto de pesquisa, além de uma nova revisão de literatura, ficou claro que o problema da assistência aos estados reacionais não começava com o término do tratamento com a PQT e sim, durante o mesmo. Esta nova perspectiva permitiu ampliar a visão sobre a assistência e identificar as possíveis causas de um cuidado deficiente, cujos resultados não atendem ao esperado tanto por usuários e profissionais quanto pelos gestores.

A construção do pressuposto deste estudo foi baseada em um dos componentes do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH), ou seja, a Atenção Integral. A assistência aos estados reacionais deve se constituir numa ação programática, o que quer dizer que, como ação integrada às demais ações do Programa de Controle da Hanseníase, deve ser capaz de também objetivar as proposições do programa em seus componentes técnicos ou eixos estruturantes.

Desta forma, considerando que a assistência aos estados reacionais feita por equipe multiprofissional do PCH, na atenção primária, na AP 5.3 do município do Rio de Janeiro, não está totalmente implantada e a assistência prestada não atende as sub-dimensões da qualidade propostas por este estudo, ou seja, conformidade no que tange a disponibilidade e a qualidade técnico-científica. Definiu-se a seguinte pergunta avaliativa como central deste estudo: ***qual o grau de implementação das ações de assistência aos estados reacionais em hanseníase, na atenção primária do município do Rio de Janeiro?***

Este estudo buscou contribuir para a melhoria da qualidade desse tipo de atenção e a construção do conhecimento no sentido de identificar as limitações e possibilidades desse campo de atuação. Daí a perspectiva de uma avaliação útil que orientasse a gestão e a tomada de decisão para melhoria da assistência às reações hansênicas.

1.1.As Reações Hansênicas e as Ações de Assistência.

Os estados reacionais ou episódios reacionais ou reações hansênicas são definidos como alterações decorrentes do processo imunoinflamatório, mediado por antígenos do *Mycobacterium Leprae*, que estabelecem relação com a carga bacilar e resposta imunológica do hospedeiro. Exteriorizando-se como manifestações inflamatórias agudas, cutâneas e neurológicas, que podem ser localizadas ou sistêmicas. Elas podem ocorrer antes, durante ou depois do tratamento com a PQT e demandam intervenção imediata (SBH & SBD, 2003; NERY et al., 2006; AMADOR, 2007).

Os estados reacionais, descritos como fenômenos agudos sobrepostos à evolução crônica e insidiosa da hanseníase, são os principais responsáveis por perda funcional de nervos periféricos gerando as incapacidades físicas. Estes podem incidir em qualquer das formas clínicas da hanseníase, porém são mais frequentes em pacientes com as formas virchowiana, dimorfa-virchowiana, dimorfa e dimorfa-tuberculóide, pela classificação de Ridley e Jopling ou pela OMS nas formas multibacilares (FOSS, 2003; MENDONÇA et al., 2008). Normalmente quando se identifica episódio reacional na forma Indeterminada

podemos considerar um erro de classificação diagnóstica por esta ser um estágio inicial, em geral transitório e que pode evoluir para a cura (SBH & SBD, 2003; BRITO, 2008).

Segundo Araújo (2003) fatores desencadeantes como infecções intercorrentes, vacinação, gravidez, puerpério, uso de medicamentos iodados, estresses físicos e emocionais podem desencadear surtos reacionais, logo devem ser prontamente diagnosticados e tratados. No entanto, os fatores precipitantes e mecanismos fisiopatológicos envolvidos neste desencadeamento permanecem ainda mal definidos (MENDONÇA et al, 2008).

As reações hansênicas podem corresponder à exacerbação da imunidade celular, ou demonstrar efeitos de acentuada formação de imunocomplexos, que foram denominadas por Jopling de reação hansênica tipo 1 ou reação reversa (RR) e tipo 2 ou eritema nodoso hansênico (ENH), respectivamente (SOUZA, 1997).

Em torno de 25%, de todos os pacientes com hanseníase, podem ter reação tipo 1, sendo muito mais freqüente nos multibacilares e ocorrendo nos primeiros 6 meses de tratamento. Este pode ser o primeiro sinal da doença possibilitando ao indivíduo procurar atendimento. Entretanto, alguns a apresentam tardiamente, após a conclusão do tratamento, mas dificilmente ultrapassa cinco anos após o término deste (SAUNDERSONS, 2007). A reação tipo 1 é mediada pela imunidade celular, observando-se reativação das lesões pré-existentes ou aparecimento súbito de novas lesões (em áreas não comprometidas), que se tornam edemaciadas, eritematosas, brilhantes e podem envolver com descamação de toda a lesão associada a hipercromia residual ou levar a ulceração das mesmas (ARAÚJO, 2003; NERY et al., 2006).

No caso da reação tipo 2, a freqüência de acometimento varia entre países. Na América do Sul, pode chegar a 50% dos pacientes multibacilares e pode ocorrer nos primeiros três anos após o início da poliquimioterapia ou prolongar-se, em alguns casos, por mais de cinco anos (SAUNDERSONS, 2007). A reação tipo 2 trata-se de um evento mediado por imunocomplexos, porém, nas etapas iniciais pode haver aumento transitório da imunidade celular. Caracteriza-se pelo aparecimento súbito de nódulos inflamatórios, dérmicos ou subcutâneos, eritematosos, com calor local, móveis a palpação e freqüentemente dolorosos, como se pode observar no quadro 1 (NERY et al., 2006).

Quadro 1: Diferenças entre Reação Tipo 1 e Reação Tipo 2.

Sinais	Reação Tipo 1	Reação Tipo 2
Infiltração da pele	As lesões de pele estão infiltradas, mas o resto da pele está normal.	Novos nódulos sensíveis ao toque, manchas vermelhas, sem associação com as lesões de pele da hanseníase.
Estado geral do paciente	Bom, sem febre ou com febre baixa.	Ruim, com febre e mal-estar geral.
Tempo de aparecimento e tipo de paciente	Geralmente, precocemente durante a PQT; tanto em pacientes PB quanto MB.	Geralmente mais tardiamente no curso do tratamento; somente nos MB.
Envolvimento ocular	Fraqueza muscular ao fechamento das pálpebras pode ocorrer.	Acometimento de partes internas do olho (irite) pode ocorrer.

Fonte: ILEP. Como reconhecer e tratar reações hansênicas. 2002. Londres. p.16

A reação tipo 2 também denominada Eritema Nodoso Hansênico, por tê-lo como principal sinal, também pode apresentar outras manifestações clínicas. Entre elas podemos citar o comprometimento de nervos, a presença de lesões oculares reacionais acompanhadas ou não de manifestações cutâneas, o edema inflamatório de mãos e pés (mãos e pés reacionais), a glomerulonefrite, a orquiepididimite, a artrite, os eritemas nodosos graves com ulceração ou acometimento de órgãos internos, reação necrotizante da pele (fenômeno de Lucio) ou ainda, reações tipo eritema polimorfo-símile (BRASIL, 2010a).

O *Mycobacterium leprae* tem como uma de suas características o tropismo pelas fibras nervosas, atingindo desde as terminações da derme aos troncos nervosos. Os principais nervos comprometidos na Hanseníase são o facial (VII par craniano), trigêmeo (V par craniano), auricular, ulnar, mediano, radial, radial cutâneo, tibial posterior e fibular. Estes podem sofrer alteração da função neural autônoma, sensitiva e/ou motora. A resposta do tecido pode variar em intensidade, de acordo com o grau de acometimento do nervo e das alterações funcionais instaladas (SAUNDERSONS, 2007; BRASIL, 2010a).

Alguns autores consideram ainda uma terceira classificação dos estados reacionais, a neurite isolada, que pode ser denominada como “o aparecimento de dor espontânea ou à compressão de troncos nervosos periféricos, acompanhados, ou não, de edema localizado e de comprometimento da função neurológica” (NERY et al., 2006, p.370). No entanto, existe a possibilidade da neurite se desenvolver sem a presença da dor, o que a caracteriza como neurite silenciosa. Neste caso, a dor ou a hipersensibilidade do nervo estão ausentes, mas

podem ocorrer alterações de sensibilidade e/ou força motora perceptível através do exame de sensibilidade e força motora (BRASIL, 2010a).

Um surto reacional pode apresentar uma duração de quatro a seis meses, com ou sem tratamento, quando considerados o seu início, período de estado e desaparecimento das lesões. No entanto, é fato que nenhum tratamento específico, por mais eficiente que seja, é capaz de interromper um surto reacional depois deste instalado, isto se dá tanto para a RR quanto para o ENH. No caso do ENH, admite-se que este seja causado pela destruição bacilar e liberação de antígenos que estimulam a formação de anticorpos e enquanto houver a presença de antígenos existe a possibilidade de surtos reacionais ocorrerem. Isto permite que muitos pacientes, mesmo após o tratamento com a PQT, continuem tendo reações (OPROMOLLA, 2000).

Apesar das reações serem a principal causa dos danos neurais e incapacidades na Hanseníase, a maioria dos surtos reacionais podem ser monitorados ambulatorialmente, exceto casos graves que necessitem de internação. A ocorrência destes fenômenos tem importância por afetarem a credibilidade na cura da doença e pelo diagnóstico diferencial das recidivas, principalmente, quando manifestas após a alta pela poliquimioterapia específica (BRITO, 2008).

As ações relativas aos estados reacionais incluem o diagnóstico das reações hansênicas, diagnóstico diferencial das recidivas e outras morbidades, avaliação da função neural e do grau de incapacidade, tratamento clínico dos estados reacionais, tratamento cirúrgico, prevenção e tratamento das incapacidades e educação em saúde aos usuários e familiares do PCH. Assim como, a organização das ações de controle da hanseníase, as ações de assistência aos estados reacionais também incluem a programação de medicamentos e insumos, do sistema de referência e contra-referência e da organização dos sistemas de informação relativos a eles. Estas ações são descritas a seguir, de acordo com a Portaria nº125/SVS-SAS, de 26 de março de 2009, 3.125/SVS-SAS de 07 de outubro de 2010 que definem as diretrizes para vigilância, atenção e controle da Hanseníase no Brasil.

O diagnóstico precoce, tanto da hanseníase quanto dos estados reacionais, é imprescindível para a prevenção de incapacidades físicas e deformidades, bem como os respectivos tratamentos. Para efetuar o diagnóstico é necessário colher a história clínico-epidemiológica do indivíduo e saber qual a classificação operacional de hanseníase (paucibacilar ou multibacilar), diferenciar o tipo de reação hansênica (Reação Tipo I, Reação Tipo II ou Neurite Isolada) e investigar fatores predisponentes (infecções, infestações, fatores

hormonais ou emocionais, entre outros). Além disso, é fundamental a realização do exame físico geral e dermatoneurológico.

O surgimento de estados reacionais após a alta por cura deve ser acompanhado de investigação de recidiva como diagnóstico diferencial e preconiza-se o uso da Ficha de Investigação de Intercorrências Após Alta por Cura, que auxilia na diferenciação dos casos. Os casos de recidiva podem ocorrer em período superior a cinco anos após a alta por cura.

A avaliação do grau de incapacidade e da função neural devem ser realizadas no momento do diagnóstico de hanseníase, durante o tratamento, na alta pelo encerramento da PQT e nos estados reacionais, sejam eles, durante ou após o uso da PQT. Quando há identificação dos estados reacionais, neurites e o uso de corticoterapia preconizam-se intervalos menores para esta avaliação, com ou sem queixas sensitivas ou motoras pelo paciente e também no pós-operatório de cirurgias de descompressão neural. Desta forma, busca-se o monitoramento do potencial incapacitante e a prevenção de incapacidades permanentes. A avaliação da função neural e do grau de incapacidade devem ser registradas na Ficha de Avaliação Simplificada das Funções Neurais e Complicações, o que permite o acompanhamento dos casos por todos os profissionais.

O estímulo e a orientação para técnicas simples de autocuidado também fazem parte do escopo da prevenção de incapacidades, junto à educação em saúde. Entende-se por autocuidado o uso de procedimentos, técnicas e/ou exercícios que o próprio paciente ou o cuidador podem realizar quando apoiados e capacitados para o mesmo. O autocuidado inclui técnicas de inspeção e estímulo a proteção de mãos, pés, olhos e nariz dos indivíduos acometidos pela hanseníase.

O tratamento das reações hansênicas com ou sem neurites deve ser considerado situação de urgência e os pacientes nesta situação devem iniciar tratamento na unidade ou serem encaminhados, através de guia de referência e contra-referência, para unidades de maior complexidade para início de tratamento medicamentoso nas primeiras vinte e quatro horas.

Para o tratamento das reações é necessário diferenciar o tipo de reação hansênica; avaliar a extensão do comprometimento de nervos periféricos, órgãos e outros sistemas; identificar e controlar fatores desencadeantes (exigindo uma interface com outros serviços de atenção a saúde); conhecer a farmacodinâmica dos medicamentos utilizados tanto para a hanseníase quanto para seus estados reacionais; instituir precocemente a terapêutica e referenciar os quadros graves.

Nos casos onde não é possível o encaminhamento imediato o médico deve orientar o repouso do membro afetado, iniciar prednisona na dose recomendada (garantindo acompanhamento médico, registro de peso, verificação da pressão arterial e da glicemia de jejum no sangue, bem como tratamentos profiláticos para estrogiloidíase e osteoporose). O paciente deve ser encaminhado ao serviço de referência, o mais breve possível, com guia de referência e contra-referência preenchida com o máximo de dados e se possível estabelecer contato prévio com o serviço ao qual se destina.

Nas reações tipo 1 e neurites, além do tratamento medicamentoso com a prednisona, recomenda-se a imobilização do membro afetado, o monitoramento da função neural sensitiva e motora, a redução da dose de corticóide conforme a melhora terapêutica e atenção para os efeitos adversos cumulativos desta medicação, assim como, a programação e realização de atividades de prevenção de incapacidades. Na reação tipo 2 seguem-se as mesmas recomendações, porém com atenção especial para o uso da talidomida em mulheres em idade fértil, a associação da talidomida ao corticóide e a redução gradativa de ambos.

O uso de corticoterápico requer redobrada e integrada atenção da equipe de saúde, pois seu uso prolongado ou em altas doses podem causar graves efeitos adversos. Estes efeitos podem estar relacionados a uma série de fatores desde aqueles relacionados à utilização da droga (horário, dose, via de administração), ao perfil individual (idade, sexo, doença de base) e até interação medicamentosa (podem agravar doenças pré-existentes ou desencadear efeitos danosos) (BRASIL, 2010b).

Os protocolos de avaliação e seguimento recomendam que a partir dos achados do exame clínico completo inicial (anamnese, exame físico e medida da pressão arterial), quando necessário sejam solicitadas investigação para sintomáticos respiratórios, avaliação hepática, avaliação urinária, lipidograma, densimetria óssea para mulheres e curva de crescimento para crianças e adolescentes. Nos casos de tratamento prolongado deve se atenção no seguimento para a avaliação da função neural (incluindo estesiometria), exame oftalmológico, medição de peso e altura, exames laboratoriais (hemograma; glicemia de jejum; dosagem de potássio, sódio, cálcio e fósforo; TGO e TGP; lipidograma; sumário de urina; creatinina; uréia; ácido úrico e parasitológico de fezes) (BRASIL, 2010b).

O uso da talidomida esta indicado para o tratamento do ENH. No entanto, as mulheres grávidas ou em idade fértil; a presença de lesões oculares reacionais; edema inflamatório de mãos e pés (mãos e pés reacionais); glomerulonefrite; orquiepididimite; artrite; vasculites; eritema nodoso necrotizante e reações tipo eritema polimorfo-símile, síndrome de sweet-

simile, contra indicam o uso deste medicamento. Nestes casos sugere-se o uso de prednisona e/ou pentoxifilina, de acordo com o quadro do paciente (BRASIL, 2010a).

A talidomida, devido aos efeitos teratogênicos que provoca, tem seu uso, controle e fiscalização regidos pela Lei nº10.651 de 16 de abril de 2003. Este documento refere que o medicamento deve ser prescrito em formulário especial e numerado; o receituário deve ficar retido na farmácia e a cópia deve ser enviada a autoridade sanitária local; a embalagem e rótulo devem exibir informações sobre a proibição de seu uso por gestantes e mulheres em idade fértil; o paciente e o médico devem assinar o termo de responsabilidade de uso e ciência dos efeitos adversos da talidomida. Para as mulheres em tratamento de hanseníase deve ser garantido o fornecimento de métodos contraceptivos pelo serviço de saúde.

Frente às reações subintrantes, ou seja, surtos reacionais intermitentes (antes ao término de um, outro se inicia) deve se observar fatores desencadeantes, descartar a possibilidade de tratamento incorreto ou recidiva e encaminhar para centros de referência, onde além da prednisona e talidomida podem ser utilizadas a clofazimina avulsa entre outras drogas (BRASIL, 2010a).

Para o tratamento com a multidrogaterapia, o paciente é considerado em abandono quando não completou o número de doses no prazo previsto e não compareceu ao serviço de saúde nos últimos doze meses (Brasil, 2008). No entanto, este critério não é adequado ao paciente em tratamento de surtos reacionais. Para estes devemos estar atentos a retirada abrupta ou de maneira inadequada, visto que, esta pode levar a síndrome de retirada, no caso da corticoterapia, com sintomas como mialgia, artralgias, febre, mal-estar e que podem ser confundidos com sintomas de reativação da reação hansênica e no caso da talidomida pode haver o agravamento do quadro clínico (BRASIL, 2010a).

O tratamento cirúrgico das neurites é indicado quando os esquemas terapêuticos convencionais e os demais recursos clínicos são esgotados para redução da compressão do nervo periférico por estruturas anatômicas constrictivas próximas. As cirurgias devem ser realizadas em centros de referência de maior complexidade, respeitando as indicações de cada tipo de cirurgia e os acompanhamentos pré e pós-operatório são realizados nas unidades de atenção primária ou de média complexidade pela qual o paciente foi encaminhado.

As ações para organização da assistência aos estados reacionais estão vinculadas às ações de controle da hanseníase, ou seja, a aquisição e distribuição de medicamentos anti-reacionais, como a prednisona e a talidomida, são responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde, porém o dimensionamento de pacientes em uso de tais medicações é responsabilidade dos serviços de saúde que possuem o PCH implantado. Do mesmo modo

que outros insumos relativos tanto a prevenção de incapacidades quanto ao diagnóstico diferencial (exames complementares) devem estar disponíveis nas unidades de saúde, de acordo com o grau de complexidade da assistência.

O uso da referência é recomendado nos seguintes casos: intercorrências clínicas, reações adversas ao tratamento poliquimioterápico e anti-reacional, recidivas, reabilitação cirúrgica e dúvidas no diagnóstico e conduta dos casos. A referência e contra-referência devem ser acompanhadas de formulário próprio, com informações detalhadas a respeito do atendimento prestado e recomendações de conduta para a unidade de seguimento do tratamento.

Os dados relevantes para o acompanhamento dos estados reacionais devem estar disponíveis no prontuário da pessoa portadora ou curada de hanseníase e acessíveis aos demais atendimentos na unidade de saúde. Além disso, devem estar anexados os formulários para avaliação neurológica simplificada e avaliação do grau de incapacidade, bem como a ficha de Investigação de Intercorrências Após Alta por Cura, quando necessária.

O Boletim de Acompanhamento de Casos mensalmente deve ser preenchido e encaminhado para a Gerência do Programa a nível municipal, onde, entre as informações, constam episódios reacionais durante o tratamento. Este documento permite um dimensionamento do quantitativo de indivíduos que desenvolveram ou poderão desenvolver estados reacionais no pós-alta por cura. Apesar da portaria não referir o uso de outros documentos necessários à assistência pós-alta por cura aos estados reacionais, ela permite que outros instrumentos sejam criados para facilitar a organização do serviço e do sistema de informação.

As práticas educativas em saúde sobre os estados reacionais devem ser inseridas naquelas realizadas para o controle da endemia e devem estar baseadas na política de educação permanente e na política nacional de promoção da saúde. Estas práticas devem considerar a reflexão sobre o objeto saúde, a complexidade dos sistemas, a intersetorialidade, os estilos de vida, a mobilização comunitária e a construção de espaços saudáveis (BRASIL, 2002).

As atividades devem ser realizadas de maneira integrada, promovendo a autonomia dos sujeitos e abordando, no mínimo, informações sobre atenção integral, estímulo ao auto-exame, investigação dos contatos domiciliares, autocuidado apoiado, prevenção e tratamento de incapacidades físicas e suporte psicológico durante e após o tratamento, quando solicitado.

A assistência ao paciente com estado reacional durante o tratamento com a poliquimioterapia, a presença de estados reacionais pós-alta por cura ou de incapacidades

físicas permanentes podem ser indicadores de qualidade da assistência durante ou após o tratamento. Para pensar sobre o assunto, o próximo item trará os conceitos de avaliação, a avaliação das ações de controle da hanseníase e a introdução sobre o tema avaliação de implementação.

1.2. Avaliação das ações de controle da Hanseníase:

A avaliação pode ser vista como atividade inerente ao ser humano, desde a antiguidade, quando entendemos que este realiza julgamentos que geram tomadas de decisão, a todo o momento, em sua vida. No entanto, muitas são as definições de avaliação formuladas e reformuladas, de acordo com a história e seus teóricos, para se referir a um grande número de fenômenos distintos.

A avaliação de programas de saúde e assistência social surgiu na década de 1950 e no início da década de 1960. Utilizando métodos de pesquisa social aplicados para melhoria de programas como planejamento familiar, moradia, desenvolvimento comunitário e qualificação profissional e influenciada pelas experiências das avaliações educacionais (WORTHEN et al., 2004).

Guba & Lincoln (1981) identificam quatro estágios na história da avaliação de programas. O primeiro estágio é baseado na medida, ou seja, o avaliador deve saber construir e utilizar instrumentos que permitam medir os fenômenos estudados. No segundo estágio, o mesmo deve identificar e descrever como os programas permitem alcançar determinados resultados, sendo assim, baseia-se na descrição. O julgamento de uma intervenção é o fundamento do terceiro estágio e a negociação entre os atores envolvidos na intervenção a ser avaliada, marca o quarto estágio na história da avaliação.

As três primeiras gerações da avaliação foram fundamentais para seu desenvolvimento tanto no que diz respeito aos conteúdos quanto aos processos metodológicos e, ainda, são utilizadas como etapas de uma avaliação, por alguns avaliadores. A última geração busca suprir algumas deficiências como: a prevalência do ponto de vista gerencial, a incapacidade de incorporar e acomodar o pluralismo no campo de valores e o compromisso com o paradigma positivista. Para isto constitui-se, primeiramente, em um processo sócio-político, compartilhado e colaborativo, que valoriza o ensino-aprendizagem. É também contínuo, recursivo, altamente divergente, emergente e imprevisível, mas que acredita que a realidade é socialmente construída (ALMEIDA, 2006).

Worthen et al. (2004) definem que a avaliação é a identificação, esclarecimento e aplicação de critérios defensáveis para determinar o valor (ou mérito), a qualidade, a utilidade, a eficácia ou a importância do objeto (um programa ou parte dele) avaliado em relação a tais critérios. Enquanto, Contandriopoulos et al. (1997) definem que “avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”.

Ambos, os autores, trabalham com a idéia de que a realização de uma avaliação pode ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção, fornecer informação para melhorá-la no seu decorrer, determinar os efeitos desta, de forma, a mantê-la, transformá-la ou interrompê-la, e contribuir para o progresso do conhecimento, um dos objetivos deste estudo.

Um programa ou intervenção pode ser definido como um conjunto de atividades ou serviços coordenados, organizados segundo uma seqüência temporal particular e contexto específico, com recursos (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) voltados ao alcance de objetivos específicos, como resposta a uma situação-problema que afeta determinada população, baseados em um conjunto de pressupostos, princípios e ou proposições que explicam ou guiam a ação social (POTVIN et al., 2006).

O programa é uma das principais dimensões da saúde pública e à medida que a atenção à saúde exige respostas às necessidades de populações específicas com maior vulnerabilidade ou alto risco, a avaliação de programas pode produzir informações tanto para a melhoria das intervenções em saúde como para o julgamento acerca da sua cobertura, acesso, equidade, qualidade técnica, efetividade, eficiência e percepção dos usuários a seu respeito (VIEIRA DA SILVA, 2005).

A avaliação, além da concepção, pode ser definida por seu foco e usos. Assim, destacam-se dois tipos de avaliação para esta intervenção: a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa. Na avaliação normativa, a apreciação do processo busca identificar em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados, logo, compara os serviços oferecidos pelo programa ou pela intervenção com critérios e normas predeterminadas em função dos resultados visados (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Estes autores 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 é uma investigação não convencional das relações existentes entre os diferentes componentes de uma intervenção e/ou entre eles e o contexto mais amplo, visando subsidiar decisões e o gerenciamento de programas e projetos, utilizando métodos científicos. Esta pode ser decomposta por seis tipos de análise: estratégica, da intervenção, da produtividade, dos efeitos, do rendimento e da implementação (VASCONCELOS, 2002).

A avaliação pode desempenhar vários papéis. Assim, uma avaliação realizada com o intuito de provocar melhorias em um programa, sendo desencadeada pelos atores que desenvolvem a intervenção, conduzem a gestão ou atuam enquanto consultores da mesma, durante a execução do programa, é tomada por formativa. Este tipo de avaliação é considerado parte importante do processo de implantação de um programa por permitir o desenvolvimento da intervenção a partir do julgamento do mérito e valor das ações e por propor melhorias para alcançar os resultados desejados (SCRIVEN, 2004).

Avaliar os resultados de um programa só é possível quando entendemos que a implementação é uma parte integral do ciclo do programa, ou seja, planejar, implementar, avaliar e melhorar. A avaliação de implementação adquiriu particular importância nas últimas décadas, pois o modelo “caixa preta” não era adequado para descrever e avaliar as relações entre as atividades, contexto e resultados do programa. Em termos práticos, a avaliação de implementação possibilita avaliações que sejam claras sobre o trabalho e sobre o que não foi produzido como resultados esperados.

Este tipo de avaliação estimulou a maior parte das reformas administrativas e organizacionais tanto nos setores públicos quanto privados. Um dos objetivos foi de melhorar a atenção no alcance da mensuração de resultados e de ações de reformas que incluíssem a prioridade na identificação de necessidades dos clientes e cidadãos. Além disso, busca produzir programas de alta qualidade, com melhorias contínuas nas negociações e práticas baseadas em evidências e demonstrando responsabilidade pelo alcance dos resultados, usando medidas de desempenho para construir pontes entre planejamento estratégico e implementação de programas (LOVE, 2004).

A avaliação de implementação, de maneira geral, se interessa pelo estudo dos determinantes e da influência da variação na implementação dos efeitos trazidos pela intervenção, através da compreensão das condições de implantação das intervenções e dos processos de produção dos efeitos. Apóia-se, conceitualmente, nos determinantes contextuais do grau de implantação das intervenções, nas variações da implantação na sua efetividade e na

interação entre o contexto da implantação e a intervenção nos efeitos observados, ou seja, avaliação do processo. Este tipo de análise reconhece a necessidade de aumentar a validade externa de uma avaliação, discriminando a contribuição dos componentes verdadeiramente implantados do programa na produção dos efeitos e permite a utilização de seus resultados para tomar decisões sobre a generalização de uma intervenção em outros meios (DENIS & CHAMPAGNE, 1997).

Compreende-se a necessidade de integrar e justificar os conceitos de avaliação utilizados neste estudo. Desta forma, entende-se esta avaliação como normativa por buscar um julgamento da qualidade da assistência aos estados reacionais, comparando a estrutura (recursos empregados e organização) e o processo (os serviços produzidos) com critérios e normas existentes. Formativa por envolver os atores da avaliação (os stakeholders) e buscar contribuir para a melhoria do Programa de Controle da Hanseníase, tanto a nível local quanto na forma de pesquisa. Além de ser uma avaliação de implementação, por focar o processo, considerando seus determinantes e a influência do contexto sob a produção dos resultados, o que permite avaliar a qualidade da assistência aos estados reacionais em hanseníase.

No caso das ações de controle e eliminação da Hanseníase, as últimas décadas, foram marcadas por vários períodos de avaliação e reformulação de estratégias para o controle da Hanseníase, não só no Brasil, mas em vários lugares do mundo. Entre elas, a introdução da poliquimioterapia (PQT/OMS) em 1982 e a adoção da Hanseníase como uma das doenças prioritárias, em 1987, pela 40ª Assembléia Mundial de Saúde, mobilizando recursos para as atividades de controle e pesquisa. Na década seguinte 1991, a proposta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública aprovada na 44ª Assembléia Mundial de saúde gerou uma série de iniciativas para a implementação das ações de controle e de propostas metodológicas para o monitoramento e a avaliação (M&A) destas intervenções (ANDRADE, 1996).

Entre as ações para o M&A surgiu o LEM (Leprosy Elimination Monitoring) uma proposta da OMS e OPAS (Organização Panamericana de Saúde) para o monitoramento da eliminação da hanseníase. O LEM tem por objetivo avaliar as atividades de eliminação com indicadores-chave em todos os estados do país; avaliar o progresso da integração de atividades com os serviços gerais de saúde; avaliar a qualidade de serviços de PQT; identificar potenciais obstáculos à sua implementação e fazer recomendações práticas para a melhoria do programa. Apesar de ter a sua utilização comprovada e ser de operacionalização simples, é restrito por não ser de domínio público, e sua execução é inteiramente dependente

de autorização da OMS/OPAS, não podendo ser executado por iniciativa de estados e municípios (BRASIL, 2003).

Em consequência dos limites da avaliação proposta pelo LEM, o Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais (LASER/FIOCRUZ) propôs um novo tipo de avaliação para o PNCH. Baseado no fato que intervenções têm seus efeitos mediados pelo grau de implantação dos programas e que esses efeitos poderão ser modificados pelo contexto organizacional e externo, presente em cada local e momento histórico. Os objetivos foram avaliar as intervenções propostas pelo Ministério da Saúde (MS) em 1998 para o PCH na Amazônia Legal, entre elas: a descentralização da PQT; avaliar a integração do programa de hanseníase na rede básica; testar a metodologia e os instrumentos para institucionalização de processos permanentes de avaliação e monitoramento do perfil epidemiológico e da qualidade da atenção e fornecer subsídios para a redefinição de estratégias regionais para maior efetividade das ações de controle (PATROCLO et al, 2008).

O Modelo Teórico de Avaliação desenvolvido pelo LASER analisou vários estudos que se propunham a avaliar o programa de controle da hanseníase no Brasil. O estudo verificou que a maior parte dos trabalhos tratava-se, na verdade, de validação de diagnóstico clínico ou o estudo de indicadores epidemiológicos do programa, evidenciando a necessidade da realização de pesquisas baseadas em um referencial teórico da avaliação de programas e com a incorporação do julgamento de valor e de mérito, no que se referem à estrutura, processos, resultados e impacto do conjunto de ações integradas para o controle de hanseníase.

Um outro exemplo de avaliação do PCH foi a avaliação da implementação das ações de prevenção de incapacidades e reabilitação em Cabo Frio-RJ. A pesquisadora realizou um estudo de caso deste município, seguindo o modelo de avaliação proposto pelo LASER para o programa. Neste estudo evidenciou-se que, mesmo o município não sendo área prioritária para as ações de controle da hanseníase, as ações de prevenção de incapacidades e reabilitação estão parcialmente implantadas. Destacando-se a importância do acompanhamento dos pacientes no pós-alta como contribuição efetiva para a redução do estigma, da discriminação causada pela doença e no aumento da qualidade de vida dos ex-portadores do agravo (SOUZA, 2009).

A revisão bibliográfica de trabalhos científicos sobre os estados reacionais evidenciou que a maior parte dos trabalhos que abordam o tema estão voltados para o diagnóstico clínico e diferencial, laboratorial e epidemiológico das reações, bem como, sua terapêutica e prevenção de incapacidades físicas. Quanto à avaliação do programa de controle da

hanseníase, no que tange ao componente assistência aos estados reacionais foram localizados estudos que mencionam o assunto, porém sem a utilização de uma abordagem metodológica própria da avaliação de programas de saúde como discutido neste item do referencial. A exemplo do LEM, do modelo de avaliação desenvolvido pelo LASER e do estudo realizado em Cabo Frio/RJ este estudo buscou trabalhar com o referencial teórico da avaliação de programas, a fim de contribuir com o desenvolvimento da qualidade do PCH.

1.3. Qualidade da Assistência às Reações Hansênicas na Atenção Primária a Saúde:

Nos últimos anos cresceu, 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. Um dos resultados deste processo foi à 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 frente aos serviços do SUS, buscando a apreensão da realidade dos mesmos quanto à resolubilidade e qualidade (PNASS, 2004).

Outro exemplo de avaliação institucionalizada é a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ). O seu objetivo principal é a qualificação da Estratégia Saúde da Família (ESF) adotada como eixo estruturante de reorganização da Atenção Primária no país e em franca ampliação desde sua implantação. A AMQ representa uma importante ferramenta para a qualificação das ações e do cuidado a saúde dos indivíduos, da família e da comunidade. Além disso, fomenta a cultura do monitoramento e avaliação na atenção primária a partir do envolvimento de todos os usuários da avaliação (BRASIL, 2006).

Em ambos, os exemplos, a avaliação parte de uma exigência de se promover um aperfeiçoamento contínuo dos programas e serviços ofertados. A idéia de qualidade e o objetivo de melhoria da mesma estão presentes no contexto das avaliações. No entanto, em qualquer perspectiva, quando se fala de qualidade é necessário pensar os aspectos da qualidade, por quem esta é definida (avaliador ou sujeitos da pesquisa) e para quem. Desta forma, faz-se necessário a elucidação dos conceitos de Atenção Primária e Qualidade para construir a definição de qualidade da assistência as reações hansênicas, objeto deste estudo.

A Atenção Primária à Saúde (APS), pela Conferência de Alma-Ata em 1978, é definida como os cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e

da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituindo o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978).

Andrade et al. (2009), após a revisão de várias definições de APS, elegem como a mais completa a de Lago & Cruz (2001), onde a APS é definida por ser uma:

Estratégia flexível, caracterizada através de um primeiro contato entre pacientes e equipes de saúde, que garante uma atenção integral oportuna e sistemática em um processo contínuo; sustentada por recursos humanos cientificamente qualificados e capacitados; a um custo adequado e sustentável, que transcende o campo sanitário e inclui outros setores; organizada em coordenação com a comunidade e conectada com os demais níveis da rede sanitária para proteger, restaurar e reabilitar a saúde dos indivíduos, das famílias, e da comunidade, em um processo conjunto de produção social de saúde – mediante um pacto social – que inclui os aspectos biopsicossociais e do meio ambiente; e que não discrimina a nenhum grupo humano por sua condição econômica, sociocultural, de raça ou sexo (LAGO & CRUZ apud ANDRADE et al., 2009, pag.787)

A APS caracteriza-se por ser o nível de entrada dos sistemas de saúde e incluir os seguintes princípios: dar respostas às necessidades de saúde da população; serviços de saúde orientados pela qualidade; responsabilidade e prestação de contas dos governos; uma sociedade justa; sustentabilidade do sistema de saúde; participação e intersetorialidade. Orienta-se pela análise da situação de saúde da comunidade de maneira a promover a saúde e prestar atenção preventiva, curativa e de reabilitação (ANDRADE et al., 2009).

No Brasil, a consolidação e o fortalecimento do Movimento da Reforma Sanitária e dos movimentos populares para redemocratização do país obtiveram como avanços a construção e legalização do SUS através da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 e da Constituição de 1988. A APS, no país, está diretamente relacionada à definição de Atenção Básica e representada pela Estratégia de Saúde da Família, enquanto modelo de atenção primária adotado e instituído pela Política Nacional de Atenção Básica em 2006.

Entende-se por Atenção Básica o conjunto de ações de saúde, tanto individuais quanto coletivas, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de doenças e agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. E tem por princípios a universalidade, a acessibilidade e a coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da

integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006).

Apesar da ESF existir desde 1994 e representar, na atualidade, o modelo de atenção primária adotado, ainda não contamos com cem por cento de cobertura do território nacional pela mesma. Desta forma, em vários municípios do país, inclusive o Rio de Janeiro, até o momento, co-existem modelos assistenciais. Em virtude disso, além das equipes de saúde da família temos como porta de entrada do sistema os Postos de Saúde “tradicionais”, baseados no modelo técnico-assistencial de Ação Programática em Saúde.

Neste modelo, o processo de trabalho é organizado a partir de atividades eventuais conforme a demanda espontânea ou atividades de rotina para demanda organizada; programas definidos por ciclos de vida (por exemplo - saúde da criança, saúde do adulto), por doenças especiais como hipertensão ou diabetes, ou por importância sanitária como a hanseníase. Além de ter a hierarquização das atividades, articulação das atividades por equipes multiprofissionais, padronização de fluxogramas de atividades e de condutas terapêuticas principais (através de manuais e protocolos pré-estabelecidos pelo Ministério da Saúde ou outros órgãos desde que legitimados) e possuir um sistema de informação que permita a avaliação na própria unidade como o GIL, ser gerenciado por um profissional sanitário e, por último, fazer parte do processo de regionalização e hierarquização das unidades de saúde (ANDRADE et al., 2009).

Segundo a OMS (1978) a APS, nos países em desenvolvimento, também, deve-se propor a incorporação de ações como a promoção de uma nutrição adequada, saneamento básico, imunização contra doenças infecciosas, entre outras. Entre estas ações recomenda-se a prevenção e a luta contra doenças endêmicas locais.

No Brasil, definiu-se em 2006 através da PNAB, como uma das áreas estratégicas para atuação em todo território nacional, a eliminação e controle da Hanseníase através do trabalho das equipes de saúde da família. 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. Entretanto, recomenda-se que os casos de estados reacionais sejam avaliados por profissionais com maior experiência ou especialistas presentes tanto na rede de atenção primária quanto secundária (ambulatórios especializados) e terciária (atenção hospitalar).

A questão é como pensar a qualidade da assistência a partir da ótica da APS utilizando como referência as unidades de atenção primária organizadas segundo o modelo assistencial de ações programadas à saúde, ou seja, os postos de saúde com Programa de Controle da

Hanseníase implantados e os ambulatórios especializados. Desta maneira, semelhante à avaliação, existem várias definições para qualidade da assistência ou cuidado, de acordo com o objeto pesquisado.

A definição de qualidade da assistência mais conhecida é a de Donabedian. Baseado na Teoria Geral dos Sistemas (input-process-output) e utilizando as experiências desenvolvidas por Flexner e Codman, o primeiro sobre a avaliação do ensino da prática médica e o segundo sobre uma proposta de avaliação do estado de saúde dos pacientes a partir dos resultados finais das intervenções médicas intra-hospitalares, ele sistematizou a avaliação da atenção médica em três aspectos: estrutura, processo e resultados (REIS et al., 1990).

O estudo da estrutura avalia as características dos recursos materiais, humanos e organizacionais empregados na assistência médica, como as medidas que referem-se à organização administrativa, as características das instalações, a equipe de saúde disponível de acordo com as normas e perfil dos profissionais atuantes. A avaliação do processo refere-se a tudo aquilo que medeia à relação profissional-usuário e compara os procedimentos empregados com os estabelecidos por normas técnico-ciêntificas. Por último, a avaliação dos resultados descreve o estado de saúde do indivíduo ou da população como resultado da interação com os serviços de saúde, logo, está relacionada com o produto das ações (VIEIRA DA SILVA, 2005).

Segundo Campbell et al. (2000) é necessário distinguir entre a estrutura do serviço de saúde (estrutura) e o cuidado prestado (processo). O processo envolve as interações entre usuários e a estrutura/organização do cuidado em saúde. Para estes autores, os resultados não são componentes do cuidado e sim consequência deste.

Revisando a literatura são notáveis as críticas ao modelo de estrutura, processo e resultado, apesar de sua ampla utilização para avaliar a qualidade dos programas e serviços de saúde. Frias et al. (2010) referem que o próprio criador do modelo o crítica e recomenda a seleção de um conjunto de indicadores representativos da estrutura, do processo e do resultado.

As dimensões ou atributos propostos por Donabedian (1990) para avaliar a qualidade do cuidado ainda são utilizados por uma gama de estudiosos do campo da avaliação. Conhecidos como os sete pilares da qualidade, estes atributos são: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Para se realizar o julgamento sobre a qualidade do cuidado parte-se da conformidade destes atributos com um conjunto de expectativas ou padrões. Estes padrões estão ligados à ciência da saúde (eficácia), valores individuais e expectativas (aceitabilidade) e valores sociais (legitimidade).

Em outra abordagem são acrescentadas as dimensões da qualidade a acessibilidade, adequação e qualidade técnico-científica. Definindo qualidade, a partir do termo garantia de qualidade, como a medida da qualidade real da prestação do cuidado baseada em padrões pré-estabelecidos e acrescentando a implementação de ações corretivas adequadas (VUORI, 1988).

A OMS refere que a qualidade dos serviços de saúde que prestam assistência a hanseníase está baseada no apropriado treinamento do pessoal de qualquer nível de atenção a 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 (WHO, 2009).

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

Para fins deste estudo a qualidade da assistência aos estados reacionais na atenção primária foi definida como o grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos frente às normas e protocolos que organizam as ações e práticas do Programa de Controle da Hanseníase no Brasil. Assim como, também, foi considerado o grau de organização do cuidado e envolvimento dos profissionais atuantes no programa, respeitando as necessidades percebidas e as expectativas dos mesmos. Partindo desta definição de qualidade foram considerados como atributos da qualidade, neste estudo:

Cobertura - pode ser definida como a magnitude da oferta das ações e serviços, ou seja, à medida que os recursos existentes são suficientes para atender as necessidades e a demanda, medindo a proporção da população que se beneficia do programa (VIEIRA DA SILVA, 2005 e FRIAS et al, 2010).

Acesso - configura-se na ausência de barreiras geográficas, econômicas ou de gênero. Em sua natureza funcional, sua evidência maior concretiza-se pelo uso do serviço de saúde em relação à necessidade e não simplesmente por sua existência (ADAMI, 1993).

Equidade - em hanseníase significa que estes pacientes possam ter as mesmas oportunidades de atendimento nos serviços de saúde. De modo que as equipes possuam adequação para solucionar seus problemas (WHO, 2009). Também entendida como a distribuição dos serviços de acordo com as necessidades da população (FRIAS et al., 2010). Para Donabedian (1990, pag.5) equidade “é o princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população”.

Justiça social - definida como a ausência de discriminações por qualquer razão, incluindo tipo de doença, nível de incapacidade, raça, gênero, classe social ou religião e incorporando os princípios de privacidade e confidencialidade (WHO, 2009).

Integralidade - entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, envolvendo ações de promoção, prevenção cura e reabilitação (BRASIL, 1990, 2010c).

Por ser esta uma avaliação normativa parte-se do princípio que exista uma relação entre os critérios e as normas estabelecidas com o efeito da intervenção, trabalhando como principal dimensão da qualidade, a conformidade e com duas subdimensões, ou seja, a disponibilidade e a qualidade técnica.

Para este estudo entende-se por **conformidade** o grau em que os elementos de estrutura e processo estão de acordo ao proposto pelos critérios e normas da intervenção. A **disponibilidade** corresponde à oferta e adequação dos elementos da estrutura (insumos, recursos humanos, ambiente e estrutura física) ao disposto na norma.

A **qualidade técnica** aprecia a adequação dos serviços às necessidades, considerando os elementos do processo (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). A qualidade técnica também corresponde à adequação ao conhecimento técnico e científico vigente, ou seja, em que medida as tecnologias utilizadas são consideradas como mais indicadas e eficazes pela comunidade científica (VIEIRA DA SILVA, 2005). Vuori (1988) refere que a qualidade científico-técnica, como a denomina, refere-se à aplicação apropriada do conhecimento médico e da tecnologia no cuidado ao paciente, sendo uma questão de otimização e não maximização. Esses autores consideram em comum a conformidade dos cuidados prestados ao normatizado, o que foi avaliado neste estudo.

2. Objetivos:

2.1. Objetivo geral:

Avaliar o grau de implementação das ações de assistência aos estados reacionais em Hanseníase, na Atenção Primária, na AP 5.3 do município do Rio de Janeiro.

2.1. Objetivos específicos:

1. Descrever as ações de assistência aos estados reacionais na AP 5.3 do município do Rio de Janeiro.

2. Caracterizar o contexto externo e organizacional da AP 5.3, relacionados à assistência aos estados reacionais.

3. Verificar se os recursos e as ações de assistência estão em conformidade com o preconizado.

4. Determinar o grau de implantação das ações de assistência aos estados reacionais, considerando a qualidade da mesma, na AP 5.3 do município do Rio de Janeiro.

5. Analisar a influência dos contextos sobre a implantação das ações de assistência, através da identificação de fatores que a facilitam ou a dificultam.

3. 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, por isso sua construção é uma atividade carregada de valores e idéias tanto dos saberes científicos quanto dos saberes práticos dos grupos envolvidos na avaliação, os stakeholders (MEDINA et al., 2005). 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.

As avaliações de programas de saúde requerem criatividade por parte de seus avaliadores na formulação da melhor estratégia. O MTA, desta avaliação, 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 e a coleta de dados propriamente dita.

3.1. O Modelo Lógico do Programa:

O Modelo Lógico do Programa (MLP) cumpre o papel de explicitar a teoria do programa, de modo a estabelecer uma comunicação mais efetiva, esclarecer as conexões e os efeitos associados aos diversos componentes através das medidas de desempenho. O MLP é um esquema visual que possibilita a compreensão de como um programa deve ser implantado e que resultados são esperados, explicitando idealmente como o programa funciona. (HARTZ, 1997, 2000; FERREIRA et al., 2007).

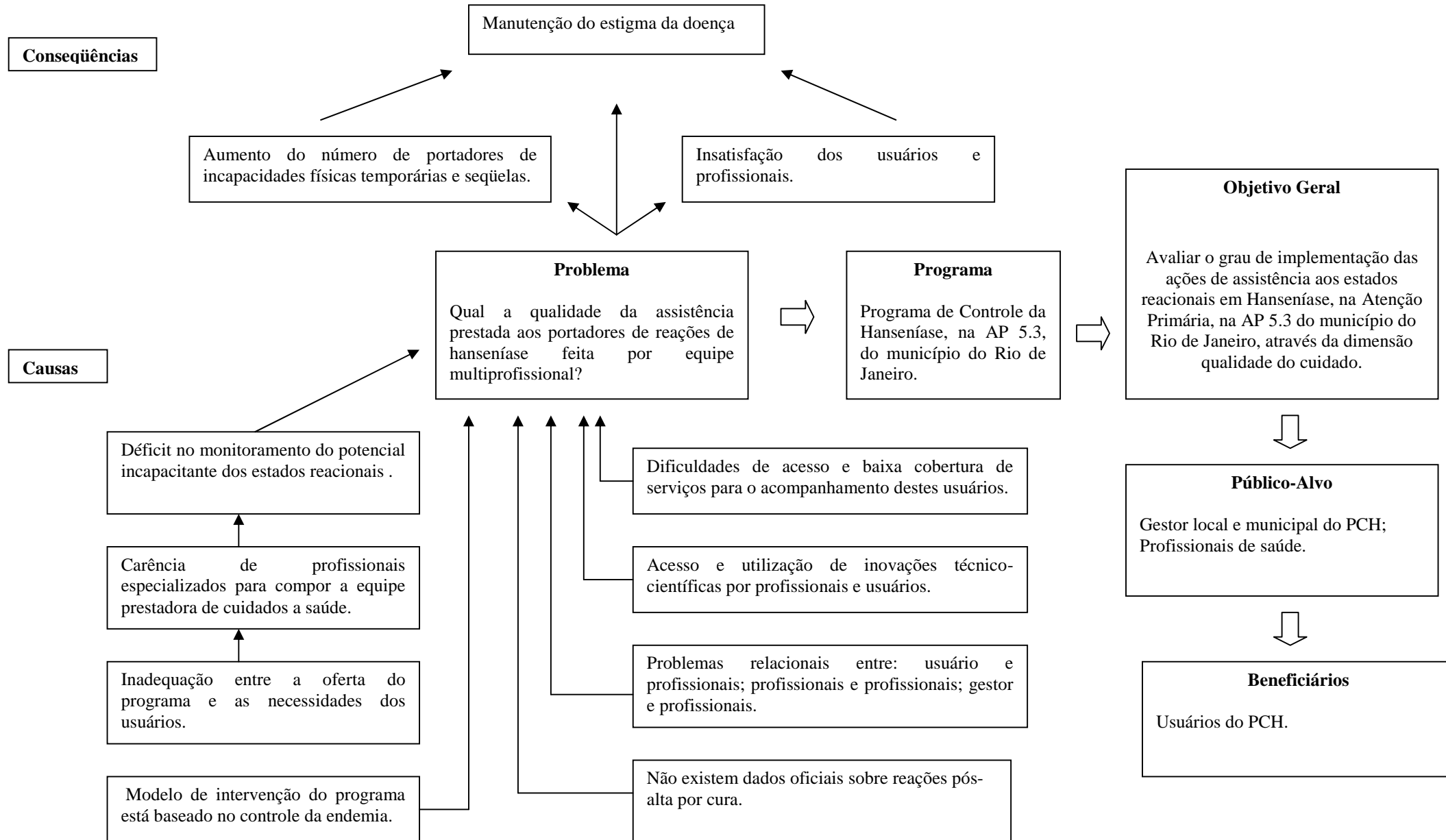
A construção do MLP tem por objetivo esquadrihar os componentes do programa, a sua forma de operacionalização e discriminar as etapas necessárias à transformação dos objetivos em metas, abstraindo-se os determinantes do contexto. Para tanto se organiza em insumos (recursos), atividades (operações, ações), produtos, resultados e impacto. Também apresentam em sua constituição as hipóteses que suportam essas relações e as influências das variáveis relevantes do contexto (FERREIRA et al., 2007).

A construção do MLP proposto por estes autores passa por três etapas. A primeira é de coleta e análise de informações, que no caso deste estudo se deu anteriormente e durante a construção do projeto de trabalho. A segunda diz respeito à pré-montagem do modelo lógico e

pode ser representado pela técnica da árvore de problemas, que inclui informações sobre o problema (causas e conseqüências), o programa, objetivo geral, público alvo e beneficiários, como descrito na figura 1. A terceira trata-se da validação do modelo, que neste caso se deu com a confecção do MLP e apresentação do mesmo na banca de qualificação do projeto de pesquisa.

Para fins deste estudo, vale ressaltar que os termos estrutura e processo, discutidos no modelo Donabediano, são equivalentes a insumos e atividades, descritos no MLP. Por compreender as limitações do modelo Donabediano e para minimizá-las foram adotados indicadores representativos apenas da estrutura e do processo. A opção de exclusão do elemento resultado se deu por avaliar que o tempo de realização do estudo não seria suficiente para abordar os usuários/pacientes do programa e que tal abordagem demandaria um estudo de satisfação do usuário para contemplar a dimensão aceitabilidade, não condizente com o momento.

Figura 1: Árvore de Problemas.



A construção da árvore de problemas tomou por base a qualidade da assistência aos estados reacionais em hanseníase, na atenção primária em saúde. Deste modo, o primeiro passo foi compreender que surtos reacionais podem ocorrer antes, durante e após o tratamento com a poliquimioterapia.

A norma técnica recomenda a orientação de retorno imediato à unidade de saúde, em caso de aparecimento de novas lesões de pele e/ou de dores nos trajetos dos nervos e/ou piora da função sensitiva e/ou motora, porém alguns profissionais apresentam dificuldades para compreender o que são os estados reacionais, de identificar suas manifestações, saber diferenciá-los de uma recidiva ou de um efeito colateral medicamentoso e de dimensionar estes fenômenos no cotidiano dos indivíduos acometidos pela Hanseníase. A exemplo disto, o Relatório de Gestão do PNCH refere que “em muitos estados e municípios, profissionais de saúde relatam que não se sentem seguros e que encontram dificuldades para o diagnóstico de quadros reacionais e de incapacidades” (BRASIL, 2009b, p.41).

Esta situação impulsiona um déficit na assistência aos estados reacionais tanto durante o tratamento quanto no pós-alta por cura. Segundo Araújo (2003) tais dificuldades podem estar relacionadas ao conhecimento técnico insuficiente dos profissionais para realizar o diagnóstico diferencial entre manifestações dermatológicas, neurológicas, doenças deformantes e doenças sistêmicas nos períodos reacionais. Assim como, a descentralização das ações do PCH, que propõe a detecção, diagnóstico, tratamento e prevenção de incapacidades pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, cujos profissionais são considerados generalistas.

Para que isto não aconteça é necessário que os profissionais de saúde sejam capazes de reconhecer os episódios reacionais (capacidade técnico-científica), possuam suporte para diagnóstico e tratamento (infra-estrutura e logística), sistema de referenciamento organizado (integração da rede de serviços), disponibilidade de equipe multiprofissional para acompanhamento dos casos e sistema de informação viável para o monitoramento e avaliação. O Ministério da Saúde (2009a) refere que as ações de controle da Hanseníase devem ser executadas em toda a rede de atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) e os estados reacionais devem ser acompanhados por profissionais com maior experiência ou por unidades de maior complexidade.

A distância geográfica, a falta de recursos financeiros para o deslocamento do paciente para os serviços de referência, a limitação dos serviços oferecidos pelas referências e a garantia de continuidade do cuidado, no que tange a comunicação entre os serviços (preenchimento da ficha de referência e contra-referência) configuram obstáculos para a

qualidade da assistência aos estados reacionais, tanto para o diagnóstico precoce destas intercorrências quanto para a adequação entre a oferta do programa e as necessidades dos usuários.

O acesso a inovações técnico-científicas por profissionais e usuários no que se referia à disponibilidade de capacitações e insumos, também foi considerado uma das causas. Quanto aos treinamentos o número de vagas não abrangia o quantitativo de profissionais ou os mesmos não eram liberados pela gestão local, ou ainda, não apresentavam interesse por determinado assunto. Quanto aos insumos, nem sempre o que se preconizava na norma ou aprendia-se nos cursos estava disponível no dia-a-dia das unidades de saúde. Por exemplo, o tratamento das lesões neurais pode compreender o uso de talas de repouso, drogas anti-inflamatórias não-hormonais e mesmo os corticóides, mas também, cirurgias de descompressão neural ou medicamentos alternativos como outros imunossupressores, cujo acesso era limitado aos serviços de alta complexidade e dificultado pela burocracia.

O registro de dados sobre estados reacionais no município do Rio de Janeiro era realizado através de dois instrumentos: a ficha de registro de saída de casos, onde foi incluído o item estado reacional durante o tratamento e o registro no Gerenciamento de Informações Locais (GIL), que foi instalado em substituição ao SIGAB (Sistema de Gerenciamento da Atenção Básica), no município do Rio de Janeiro em 2007.

Na etapa exploratória junto aos profissionais do PCH-RIO, estes relataram que de cada doze atendimentos no turno dedicado a Hanseníase, dez eram por estados reacionais e que por uma infinidade de papéis a preencher os médicos lançavam no boleto, a ser digitado no GIL, o CID (Código Internacional de Doenças) de Hanseníase, ao invés, do correspondente ao tipo de estado reacional ou aos sinais e sintomas referentes à reação. Este fato levou a outro problema relativo à limitação deste sistema para a quantificação e identificação do número de pacientes em tratamento de reação, restringindo esta atividade à consulta dos registros nos prontuários. Desta forma a ausência de um sistema de informações que permitisse o monitoramento dos dados e avaliação da assistência aos estados reacionais também contribuiu como causa do problema.

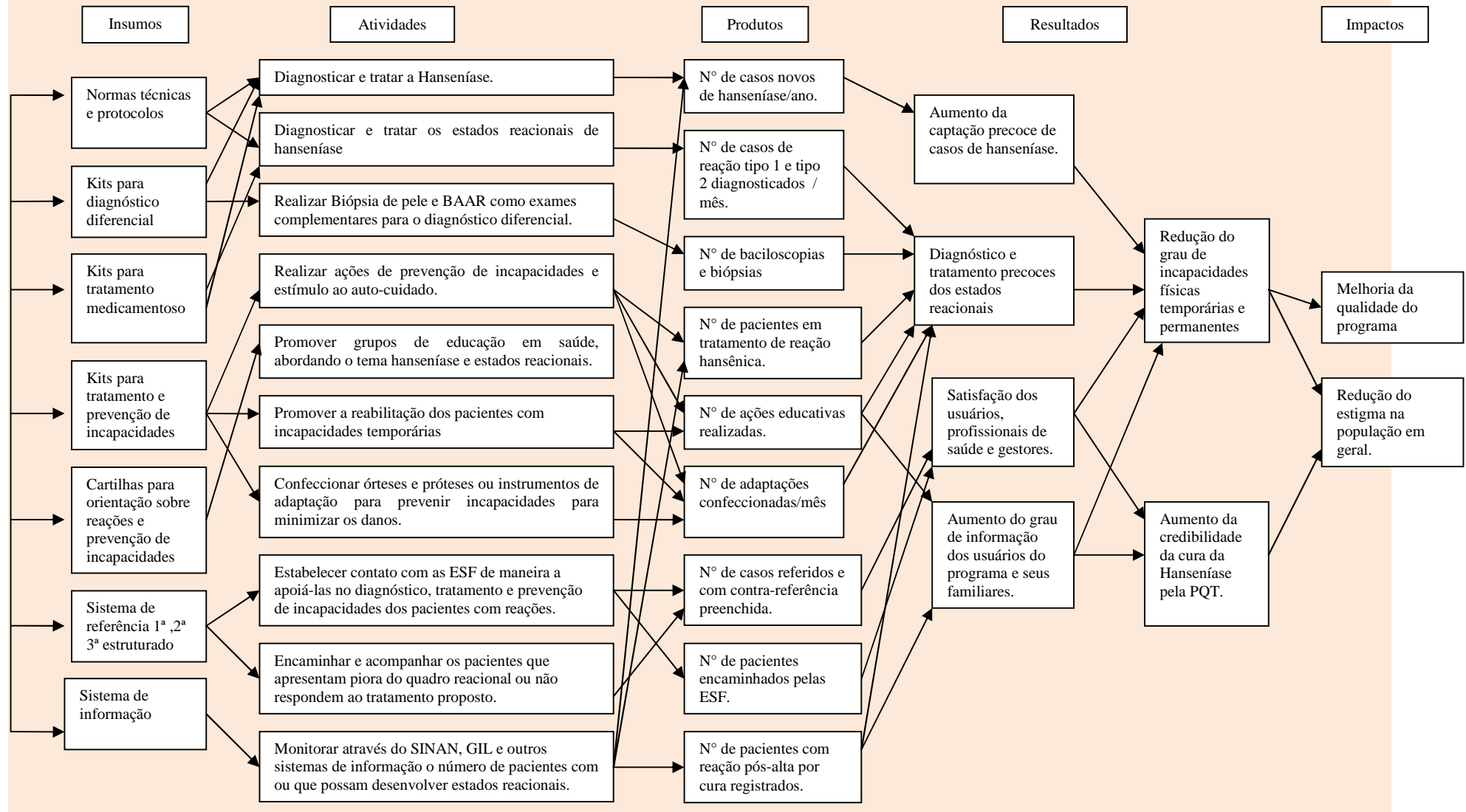
Não podemos deixar de pensar nas relações entre profissionais e usuários, profissionais e profissionais, e ainda, profissionais e gestores. Tais relações podem tanto se caracterizar como facilitadoras quanto limitadoras da assistência ao indivíduo com estados reacionais e desta maneira podem comprometer os princípios da equidade e integralidade propostos pelo SUS.

O déficit na implantação das ações de assistência aos estados reacionais, bem como, a baixa qualidade da assistência prestada pela equipe multiprofissional pode gerar como conseqüências o aumento do número de portadores de incapacidades físicas temporárias e seqüelas, insatisfação dos usuários e profissionais e a manutenção do estigma da doença.

A identificação das possíveis causas e conseqüências do problema em questão levou a construção do MLP, cujos componentes insumos e atividades tentaram responder as necessidades do programa para executar uma intervenção de qualidade, considerando a conformidade com as normas.

Figura 2: Modelo Lógico das Ações de Assistência aos Estados Reacionais de Hanseníase na AP 5.3 - no Município do RJ.

Problema: A assistência prestada aos indivíduos com estados reacionais de hanseníase não está em conformidade com o preconizado, comprometendo a qualidade da mesma e tornando a assistência ineficaz para redução do estigma.



3.2. Abordagem e foco da avaliação:

Adotando como referencial teórico no campo da avaliação o modelo proposto por Donabedian (estrutura-processo-resultado), a abordagem utilizada para avaliar a implantação da assistência aos estados reacionais na atenção primária considerou a qualidade como foco desta avaliação. Trata-se de uma avaliação normativa e formativa considerando seu uso para melhoria do programa. No quadro 2 descreve-se o foco desta avaliação de implantação.

Quadro 2: Dimensões e sub-dimensões para construção do MTA.

ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO		DIMENSÃO	SUBDIMENSÕES	PERGUNTAS AVALIATIVAS
Contextos	Contexto Externo	Vulnerabilidades	Determinantes sociais da hanseníase	Qual o contexto externo e organizacional em que a assistência aos estados reacionais está inserida na AP 5.3? Como se dá a influência do contexto na assistência ao paciente com estados reacionais na AP 5.3?
	Contexto Organizacional	Organização do PCH	Capacidade de gestão	
Intervenção	Grau de Implantação/Qualidade	Conformidade	Disponibilidade	Como se dá a assistência ao portador de estados reacionais de Hanseníase na atenção primária? Existe conformidade entre o preconizado pelo Programa e a assistência desenvolvida na AP 5.3? Qual o grau de implantação da assistência aos estados reacionais na AP 5.3?
			Qualidade Técnica	

Fonte: Adaptado de HARTZ (1997)

A análise de implantação das ações de assistência aos estados reacionais foi pensada a partir do contexto e da intervenção. Um dos motivos do uso da descrição do contexto na avaliação de implantação é a possibilidade de explicar o porquê da intervenção programada alcançar ou não os resultados esperados. Compreende-se que o contexto exerce influência sobre a intervenção tanto para facilitar sua implantação quanto para restringir a mesma. Este

item teve por objetivo descrever o contexto externo da AP 5.3, no município do Rio de Janeiro, para isto trabalhou com a dimensão Vulnerabilidades e como subdimensão os Determinantes Sociais da Hanseníase.

O conceito de vulnerabilidade varia de acordo com o paradigma com o qual se relaciona. Partindo do princípio que ela possui caráter dinâmico, multidimensional e qualitativo, o indivíduo ou comunidade é considerado vulnerável com relação à saúde quando prejudicado por impactos externos alheios a sua vontade ou responsabilidade. Desde que tais impactos limitem sua capacidade de vivenciar virtuosamente os valores da sociedade e dos diversos grupos sociais a que cada indivíduo pertence (SOUZA, 2008). A vulnerabilidade pode ser vista como uma dimensão ampla do contexto exigindo a delimitação por subdimensões como no caso deste estudo.

Entende-se por Determinação Social o estudo das desigualdades da saúde considerando como indicadores a educação, rendimento e posição social que afetam negativamente a saúde de uma população e são enfatizados tanto ao nível individual quanto coletivo (LEVINS & LOPEZ, 1999). Para estes autores a desigualdade e não a privação absoluta, nas economias desenvolvidas, é que reduz a capacidade das pessoas resistirem à doença. Além disso, a desigualdade no acesso aos serviços de saúde configura um dos maiores obstáculos à melhoria da saúde.

Os estados reacionais são considerados uma manifestação própria da Hanseníase e os determinantes sociais destes estão ligados à produção e reprodução desta doença. A reprodução social, segundo Castellanos (1997), é um conjunto de processos de produção e reprodução dos humanos enquanto indivíduos e como membros de um grupo social no seu tempo histórico.

Essa reprodução ocorre em quatro momentos distintos, ou seja: dos processos biológicos (são processos que tornam possível a vida do ser humano, por exemplo, a gestação); a reprodução dos processos ecológicos (interação com outros grupos humanos e outras espécies; exemplo: ambiente de trabalho); reprodução das formas de consciência e conduta (é a percepção de si mesmo e dos demais grupos de população (por exemplo, a participação em partidos políticos e escola); e dos processos econômicos (dizem respeito à produção, distribuição e consumo de bens e serviços (como o papel do trabalhador na cadeia produtiva) (CASTELLANOS, 1997).

Para descrever o contexto foi utilizada a contextualização histórica da formação dos bairros que compõe a AP 5.3. Por entender que a história contém algumas respostas das

pessoas e dos sistemas relativos às mudanças que ocorrem e a este processo de produção e reprodução da doença (LEVINS & LOPEZ, 1999).

Sabe-se que a análise de implantação visa, entre outros objetivos, identificar e definir a influência dos fatores contextuais nos efeitos da intervenção, bem como, as mudanças ocorridas após uma organização ter decidido introduzir ou adotar uma intervenção. Desta forma, além de explicar o grau de implantação de uma intervenção também evidencia a maneira que o contexto age sobre seus resultados (DENIS & CHAMPAGNE, 1997).

No caso da intervenção, o grau de implantação foi pensado a partir da definição de qualidade da assistência para os estados reacionais na atenção primária a saúde. Desta maneira, por esta ser uma avaliação normativa, trabalhou-se com a dimensão conformidade e suas subdimensões, ou seja, disponibilidade e qualidade técnico-científica. Estas subdimensões buscaram responder aos questionamentos sobre a conformidade das ações com a norma e o grau de implantação da intervenção.

3.3. Usuários Potenciais da Avaliação: os stakeholders.

Contandriopoulos et al. (1997) referem que não podemos falar de uma intervenção e realizarmos uma avaliação sem considerarmos 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.

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, dando prioridades a aspectos diferentes quando avaliam a qualidade das ações de saúde. O envolvimento de diversos atores amplia o poder da avaliação e possibilita desvendar aspectos diferentes da intervenção e de seus efeitos, além de facilitar a incorporação dos resultados nas decisões a serem adotadas (SERAPIONI, 1999).

Os usuários potenciais desta avaliação são a gerência do PCH na SMSDC-Rio, a coordenação da Divisão de Ações e Programas de Saúde (DAPS) da CAP 5.3, os Centros de Referência em Hanseníase, os técnicos do PCH na AP 5.3 e os usuários do PCH nesta área.

Compreendeu-se a relevância da participação dos usuários no estudo, porém em virtude do quantitativo para compor uma amostra representativa, da disponibilidade de tempo e recursos, estes não foram abordados diretamente. No entanto, participaram do processo de discussão como stakeholders, através da participação do Movimento de Reintegração das Pessoas atingidas pela Hanseníase (MORHAN).

Esta avaliação buscou o envolvimento de seus usuários potenciais em diversos momentos. Três grupos se destacaram na construção desta avaliação, foram eles: os profissionais das unidades de saúde da AP 5.3, a coordenadora e a assistente responsáveis pelo programa no DAPS-5.3 e o MORHAN. Todos contribuíram com o levantamento de pontos-chaves para realização e discussão do processo de avaliação, através de conversas formais (supervisão das unidades) e informais (como no caso dos integrantes da coordenação nacional do MORHAN).

Quanto aos interesses específicos ficou evidente que todos os usuários potenciais da avaliação buscam a melhoria das ações de assistência aos estados reacionais na atenção primária. Desta forma, não houveram conflitos declarados de interesses. Todos puderam contribuir, exceto os Centros de Referências e o MORHAN, com dados primários ou secundários sobre a assistência, gestão e o contexto do PCH na área. O quadro 3 ilustra o processo de negociação e participação dos stakeholders.

Quadro 3: Interesse dos usuários potenciais da avaliação.

Atores	Interesse na Avaliação	Responsabilidade na Avaliação	Uso dos Achados
Gerencia Municipal do PCH.	<p>Aprimoramento do PCH na esfera municipal.</p> <p>Melhoria da capacidade gerencial a partir da identificação dos fatores do contexto.</p> <p>Melhoria dos processos de implantação das ações de assistência aos estados reacionais.</p>	<p>Apoio a pesquisa.</p> <p>Fornecimento de informações de âmbito municipal e local.</p> <p>Aplicação dos achados da avaliação.</p>	<p>Ajustes o programa.</p> <p>Ajustes dos processos de macrogestão.</p> <p>Mobilização para a mudança.</p>
DAPS 5.3	<p>Aprimorar a gestão a nível local.</p> <p>Aperfeiçoar e adequar às atividades no seu nível de trabalho.</p> <p>Identificar fatores do contexto que influenciem implantação das ações de assistência aos estados reacionais.</p>	<p>Disponibilizar as informações necessárias à execução do projeto de avaliação.</p>	<p>Ajustes do programa a nível local.</p> <p>Melhoria dos processos de gestão.</p> <p>Mobilização para a mudança.</p>
Centros de Referência em Hanseníase	<p>Aperfeiçoamento do acolhimento, da compreensão de coordenação do cuidado, da comunicação com outros serviços de saúde e do acesso.</p> <p>Identificar fatores do contexto que influenciam nas ações de assistência aos estados reacionais no nível secundário e terciário.</p>	<p>Disponibilizar informações necessárias ao desenvolvimento do projeto.</p>	<p>Ajustes do programa.</p> <p>Melhoria da coordenação do cuidado, sistemas de referenciamento, comunicação entre serviços e da gestão.</p> <p>Mobilização para</p>

			mudança
Técnicos do PCH	<p>Aprimorar a gestão a nível local.</p> <p>Aprimorar e adequar a prestação do cuidado a parâmetros de qualidade estabelecidos pelo PCH.</p> <p>Ampliação do conhecimento técnico-científico.</p> <p>Inovação e simplificação do cuidado.</p>	Disponibilizar informações necessárias ao desenvolvimento do projeto.	<p>Melhorias na prestação do cuidado.</p> <p>Melhorias nos processos de gestão clínica e do conhecimento.</p> <p>Mobilização para a mudança.</p>
MORHAN	<p>Conhecer os resultados alcançados pelo PCH.</p> <p>Informações sobre o contexto que interfiram na prestação de um cuidado de qualidade ao usuário do programa.</p> <p>Mobilização social.</p>	Disponibilizar informações necessárias ao desenvolvimento do projeto.	<p>Analisar os achados e mobilização dos usuários para melhorias do serviço.</p>

3.4. Desenho do Estudo:

O desenho do estudo permitiu a definição da abordagem teórica proposta. Desta forma, organizou o olhar, a escuta, os passos metodológicos, os instrumentos de investigação e a perspectiva de análise adotados, através das respostas as perguntas da pesquisa.

Boa parte das avaliações faz uso de múltiplos desenhos metodológicos ou das possíveis combinações entre eles para tratar questões diferentes, mas para que isso ocorra algumas condições prévias devem ser pensadas como a disponibilidade de tempo para coleta de dados em múltiplas fontes, a escolha dos grupos de comparação e especificação dos casos, entre outras (WORTHEN et al., 2004).

Considerando o tipo de avaliação proposta por este estudo, ou seja, avaliação de implantação com foco na qualidade e as diferentes estratégias de desenho possíveis, este trabalho organizou-se como um Estudo de Caso.

O estudo de caso permite trabalhar com um número pequeno de unidades de análise e sua potencia explicativa apóia-se na coerência da estrutura das relações entre os componentes do caso e nas variações destas relações no tempo, por isso dificilmente pode ser isolado ou dissociado do seu contexto (DENIS & CHAMPAGNE, 1997).

A escolha do estudo de caso deveu-se ao fato deste permitir a análise aprofundada das ações de assistência prestadas pelo PCH aos indivíduos com estados reacionais na atenção primária.

Trata-se de um estudo de casos múltiplos com vários níveis de análise imbricados. Este tipo de estudo se apóia em vários níveis de análise para diferentes níveis de explicação de um fenômeno. Permite o desenvolvimento de um ou vários casos que melhor respondam à pergunta da pesquisa e generalizar com mais confiança os resultados da mesma. Além disso, a constatação entre casos similares e reprodução de um mesmo processo pode retratar a realidade operacional de uma intervenção. (DENIS & CHAMPAGNE, 1997)

3.5. Critérios de Seleção e Exclusão dos Casos.

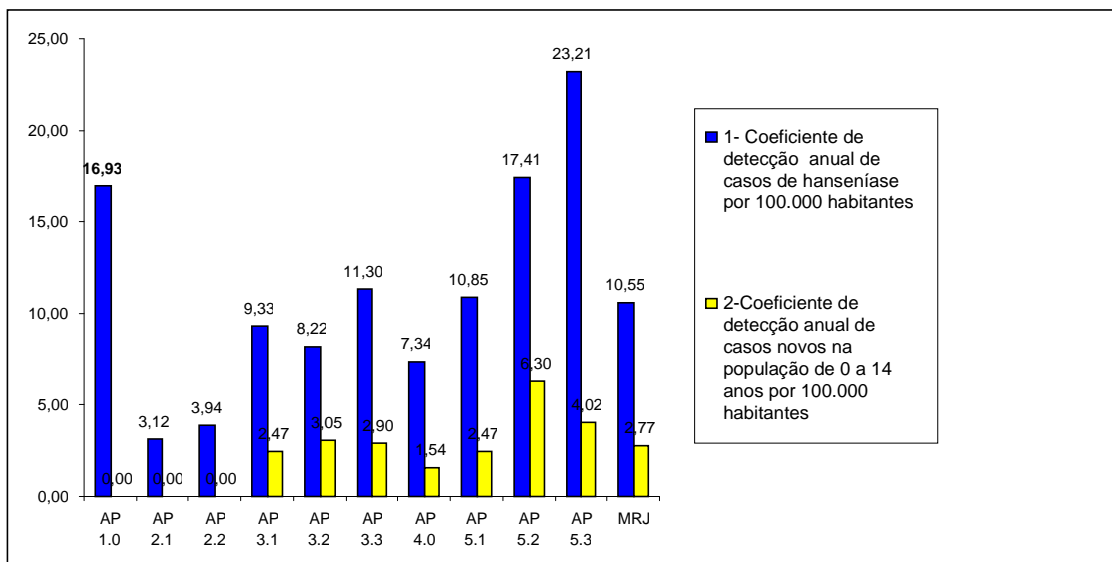
Devido às dimensões geográficas e as características diferenciadas, no que diz respeito à oferta de serviços, à estrutura de suas populações e aos indicadores sócio-econômicos de cada Área de Planejamento (AP) do município do Rio de Janeiro, a escolha de uma unidade de análise menor, como caso de estudo foi necessária. De modo, a contemplar a operacionalização da pesquisa foi escolhida uma AP, entre as dez áreas existentes no município, tal escolha obedeceu aos seguintes critérios: epidemiológico e sucesso de implantação do programa.

O primeiro critério pensado, ou seja, o epidemiológico baseou-se no fato de quanto maior o número de casos de hanseníase registrados pelo PCH em uma área, maior a possibilidade de pacientes com estados reacionais. A base utilizada foram os seguintes indicadores epidemiológicos: o Coeficiente de Detecção Anual de Casos Novos de Hanseníase e o Coeficiente de Detecção Anual de Casos Novos de Hanseníase na população de 0-14 anos. Estes são indicadores que monitoram e avaliam a força de morbidade, a magnitude e o perfil epidemiológico da hanseníase. O segundo indicador demonstra também a força de transmissão da doença. Ambos são calculados para cada 100.000 habitantes (BRASIL, 2010d).

Os indicadores revelaram a AP 5.3 como endêmica nas últimas décadas e de interesse para o monitoramento e avaliação pelo PCH-Rio. Em 2008, o Coeficiente de Detecção Anual de Casos Novos de Hanseníase na AP 5.3 foi o maior do município. Enquanto, o Coeficiente de Detecção Anual de Casos Novos de Hanseníase na população de 0-14 anos foi igual a 4,02%, também superando o municipal (2,77%) e apresentando-se como o segundo mais alto da cidade, conforme gráfico 1. O primeiro foi classificado como muito alto (20,00 a

39,99/100.000 hab.) e o segundo como alto (2,50 a 4,99/100.000 hab.) conforme a portaria 3.125 de 07 de Outubro de 2010 (BRASIL, 2010a).

Gráfico 1: Coeficientes de Detecção de Casos Novos.



Fonte: Dados da Gerência de Dermatologia Sanitária da SMSDC-Rio, 2008.

Nas últimas duas décadas, a AP 5.3 foi cenário da implantação de várias ações do PCH-Rio, em virtude de seu contexto sócio-político e organizacional, dedicação dos profissionais e por ser uma área endêmica. Tal investimento levou esta área a ser considerada como de sucesso para o PCH, o segundo critério de escolha.

A escolha da AP 5.3 foi o primeiro passo para identificação dos casos. Os critérios adotados para seleção dos casos foram o tempo de implantação do Programa de Controle da Hanseníase na Unidade de Saúde e formação da equipe. O primeiro considerou válidas as unidades com PCH implantado há no mínimo cinco anos, pela possibilidade de surtos reacionais até cinco anos após a alta por cura. O segundo, respeitando a composição mínima da equipe, com a presença do médico dermatologista ou clínico treinado em estados reacionais. Baseados nestes critérios foram eleitas três unidades de saúde denominadas Caso 1, Caso 2 e Caso 3.

3.6. Procedimentos de Coleta de Dados:

No contexto da avaliação de programas de saúde, o uso de indicadores tanto representa medidas de impacto dos serviços sobre a saúde das populações quanto considera a adequação das estruturas e a efetividade dos processos. Sabe-se que indicadores isolados conferem

poucas ou insuficientes informações para determinar o grau de implantação de um programa recomendando-se a utilização de um conjunto de indicadores. Estes indicadores devem ser de qualidade, válidos, relevantes, disponíveis e com qualidade para registro, adaptáveis a avaliação e ter a capacidade de rastrear os problemas (HARTZ, 1997).

Não podemos deixar de refletir que qualquer julgamento está orientado por uma visão de mundo, logo, existe uma dimensão subjetiva do processo avaliativo, que não pode ser quantificada e/ou desprezada. Esta visão subjetiva também conforma o modelo teórico da avaliação e é útil como exemplificadora de processo, mesmo não se constituindo em um dado numérico.

A análise do contexto externo através da dimensão vulnerabilidades e subdimensão determinação social considerou como indicadores os dados da população urbana como população por faixa etária e sexo, a densidade populacional, as condições de moradia, grau de escolaridade, renda e acesso aos serviços de saúde, vistos como determinantes do processo de adoecimento, cura e reabilitação da hanseníase. O contexto organizacional foi pensado a partir da dimensão Organização do PCH e da subdimensão Capacidade de Gestão. Para descrever este contexto foram utilizados como critérios a integração da rede de serviços, a produção de normas, planejamento das ações de assistência, acompanhamento do processo de trabalho, acompanhamento dos indicadores epidemiológicos e operacionais, produção de atividades de educação continuada e a disponibilização de insumos.

A subdimensão disponibilidade utilizou indicadores de insumos, por compreender que estes correspondem à medida que os recursos empregados de modo adequado contribuem para o resultado esperado (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). Sendo assim, estes indicadores se referem aos recursos materiais (material para coleta de baciloscopia, material para biópsia de pele, monofilamentos, medicamentos, entre outros), os recursos humanos (quantitativo e tipo de profissionais disponíveis), ambiente físico (salas com ventilação e iluminação adequadas, consultórios equipados com maca, p.ex.) e organização normativa (disponibilidade de normas e protocolos, fluxos de atendimento pré-estabelecidos).

A subdimensão qualidade técnico-científica usou indicadores das atividades, considerando a realização destas e seus produtos. Para Contandriopoulos e cols (1997) o processo trata-se de “saber em que medida os serviços são adequados para atingir o resultado esperado”. Os indicadores das atividades, para este estudo, trabalham com a conformidade das mesmas com o proposto pelas normas. Os indicadores de atividades são compostos por conhecimento técnico-científico, organização do trabalho, utilização de normas e protocolos, relacionamento interpessoal e monitoramento do sistema de informação; assistência aos

estados reacionais (diagnóstico, tratamento, prevenção de incapacidades e educação em saúde) e coordenação do cuidado (registros em prontuário e acesso aos serviços de referência).

Para avaliação da Assistência aos Estados Reacionais considerou-se como padrão as diretrizes e normas do PNCH, bem como os protocolos municipais de referenciamento. Para operacionalização da pesquisa foram definidos os indicadores/critérios para cada subdimensão na matriz de informação, conforme Quadros 4, 5 e 6.

Quadro 4: Matriz de Informação - Contextos.

Contextos	Dimensão	Subdimensão	Indicadores ou Critérios	Fonte		
				E	OD	AD
Externo	Vulnerabilidades	Determinação Social	População Urbana por Faixa Etária			X
			População Urbana por Sexo			
			Grau de Escolaridade (taxa de analfabetismo em maiores de 15 anos)			X
			Renda (renda média mensal dos chefes dos domicílios permanentes particulares)			X
			Densidade Domiciliar (n° de dormitórios por domicílio e n° de habitantes por dormitório)			X
			Condições de Moradia/ habitação (acesso a saneamento básico, coleta de lixo e luz elétrica)			X
Organizacional	Organização do PCH	Capacidade de Gestão	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 estados reacionais	X		
			Acompanhamento do processo de trabalho das equipes do PCH.	X		
			Acompanhamento dos indicadores epidemiológicos	X		
			Acompanhamento dos indicadores operacionais	X		
			Produção de Atividades de Educação Continuada.	X		

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

Quadro 5: Matriz de Informação – Componente Estrutural Insumos.

Componente Estrutural	Dimensão	Subdimensão	Indicadores ou Critérios	Fonte		
				E	OD	AD
Insumos	Conformidade	Disponibilidade	Recursos humanos de acordo com o tipo de serviço (tipo I, II ou III).	X		
			As Normas técnicas e protocolos são acessíveis 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	
			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	X	
			Material de Consumo (algodão, éter ou álcool, impressos, fitas de HGT).	X	X	
			Existência de equipamentos para pré-consulta (esfignomanômetro, balança adulta e infantil, glicosímetro).	X	X	
			Farmácia Climatizada.		X	
			Medicamentos anti-reacionais (prednisona, talidomida e pentoxifilina).	X	X	
			Material para educação em saúde para hanseníase (panfletos, cartazes e cartilhas).	X	X	
			Monofilamento para avaliação da função neural.	X	X	
			Lupa e fio dental para avaliação dos olhos		X	
			Material para confecção de órteses e próteses.	X	X	
			Existência de viatura para realização de Visita domiciliar.	X		
			Existência de mapeamento das unidades para referência.	X	X	
Preenchimento dos Instrumentos de registro legais.		X	X			

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

Quadro 6: Matriz de Informação – Componente Estrutural Atividades.

Componente Estrutural	Dimensão	Subdimensão	Indicadores ou Critérios	Fonte		
				E	OD	AD
Atividades.	Conformidade	Qualidade Técnico Científica	Conhecimento técnico-científico dos profissionais (formação em Hanseníase).	X		
			Acesso dos profissionais a capacitações em estados reacionais.	X		
			Utilização de Normas e Protocolos.	X	X	X
			Organização dos fluxos de atendimento.	X	X	
			Conhecer o Número de Casos Novos de Hanseníase diagnosticados no ano.	X		
			Conhecer o número de usuários que apresentam Estados Reacionais.	X		
			Conhecer o Número de Pacientes em tratamento de Estados Reacionais.	X		
			Realização de Ações Educativas que abordam os ER	X		
			Realização de atividades de Prevenção de Incapacidades.	X		X
			Confecção de órteses e próteses.	X		
			Acessibilidade aos serviços de referência	X		
			Preenchimento da Guia de Referência e Contra-Referência	X		X
			Respostas dos casos encaminhados às referências	X		
			Análise sistemática dos processos de referência e contra-referência	X		X
			Registro das informações sobre o usuário em prontuário.	X		
			Atualização do Sistema de Informação	X	X	
			Monitoramento do Sistema de Informação.	X		

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

A opção pela combinação de técnicas qualitativas e quantitativas para a coleta de dados correspondeu à compreensão de que o método qualitativo permite a observação, em pequenos grupos, de vários elementos simultaneamente e propicia um conhecimento aprofundado de um evento e a explicação de comportamentos. Os métodos quantitativos permitem descrever uma variável quanto a sua tendência central ou dispersão, dividi-la em categorias e descrever sua frequência, em uma determinada população, e que no caso deste estudo, estão ligadas as fontes de dados secundários, permitindo uma relação de complementariedade (VICTORA et al., 2000).

A coleta de dados primários foi realizada por duas técnicas. A primeira foi à observação direta e sistemática através de um roteiro pré-formatado de organização e registro de dados. Esta técnica foi utilizada para avaliar a subdimensão Disponibilidade do componente estrutural Insumo. Para tanto, as evidências se referiram aos registros de informações, a estrutura-física e aos recursos materiais necessários para atender aos parâmetros de qualidade da assistência ambulatorial.

O registro de informações está diretamente ligado às atividades desenvolvidas para alimentar os Sistemas de Informação, tanto SINAN quanto GIL. Esta atividade buscou informações sobre a disponibilidade e preenchimento de instrumentos como fichas de notificação, estatísticas, livros de registros, e a criação de registros próprios da unidade (facilitadores do monitoramento dos sistemas de informação).

Para verificar a existência de barreiras físicas e de entraves na organização do serviço para a assistência foram observados horários de atendimento, local de espera, estrutura e finalidade dos consultórios, atitudes dos profissionais e organização do armazenamento e dispensação de medicamentos.

Esta técnica também proporcionou a observação dos recursos materiais disponíveis para realização da assistência aos estados reacionais. A disponibilidade de materiais para realização do diagnóstico diferencial, tratamento, prevenção de incapacidades, reabilitação e educação em saúde foram verificados no roteiro de observação através do tópico Recursos Materiais.

A segunda técnica utilizada para a coleta de dados primários foi à entrevista com abordagem formal por roteiro semi-estruturado. Segundo Thompson (1991) esta permite investigar em profundidade o comportamento e a subjetividade humana, revelando a fonte do viés da pesquisa e sendo fundamental para a compreensão social do contexto estudado.

As entrevistas objetivaram a verificação da disponibilidade de insumos e da conformidade da assistência com o padronizado, bem como, o conhecimento da influência do contexto sobre a intervenção. Para isto, foram realizadas entrevistas com a gestora municipal do PCH-RJ, com a responsável pelo programa na AP 5.3, as coordenadoras de programas e profissionais de saúde. As entrevistas realizadas com os profissionais-gestores contribuíram para o estudo do contexto.

As entrevistas realizadas com os profissionais de saúde das Equipes do PCH atenderam aos indicadores Insumos e Atividades. As questões abordadas eram relativas ao conhecimento técnico-científico; a organização do processo de trabalho; utilização de normas e protocolos; relacionamento inter-pessoal; ao diagnóstico diferencial entre estados reacionais, recidivas e outras morbidades; tratamento medicamentoso com drogas anti-reacionais; prevenção de incapacidades; sistema de referência e contra-referência; reabilitação (nível secundário); reabilitação cirúrgica; educação continuada para os profissionais; educação em saúde para os usuários; pesquisas operacionais e monitoramento dos sistemas de informação.

A análise dos prontuários e dos sistemas de informação (SINAN e GIL) constituíram-se em fontes de dados secundários, cuja coleta se deu por técnicas quantitativas, com o uso de instrumento do tipo formulário. Este tipo de dado buscou reconhecer a conformidade da assistência com o preconizado pelas normas.

Para verificar se assistência prestada esta de acordo com o preconizado pelo PCH foram utilizados dois instrumentos denominados Sistema de Informação SINAN e Registros nos Prontuários – Parte I e II. No primeiro foram utilizadas as seguintes variáveis: forma clínica, classificação operacional, baciloscopia no diagnóstico, grau de incapacidade (GI) no diagnóstico, GI na alta por cura, reações durante o tratamento, número de episódios reacionais durante o tratamento, tipo de reação durante o tratamento, reações pós-alta por cura, número de reações pós-alta por cura, tipo de reação pós-alta por cura, GI após um ano da alta por cura e último GI registrado após a alta por cura. No segundo, os dados relativos à qualidade dos registros durante a assistência como identificação do paciente, dados da anamnese, diagnóstico, tratamento, alta e preenchimento das fichas padronizadas (ex.: avaliação da função neural e do grau de incapacidades).

Os instrumentos para análise de prontuários e sistema de informação utilizados neste trabalho foram adaptados do estudo: “Avaliação de Implementação das Ações de Prevenção de Incapacidades e Reabilitação em Hanseníase, no município de Cabo Frio – RJ”, cuja

dissertação de mestrado foi defendida por Rafaela Barros Chagas de Souza em 2009, na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.

Para realização da coleta de dados foram contratadas e treinadas duas assistentes de pesquisa, ambas acadêmicas de enfermagem do nono período, que passaram pelo treinamento em Controle de Hanseníase para Enfermeiros realizado na AP 5.3 em julho de 2010. Tal medida visou reduzir possíveis vieses gerados pela presença da pesquisadora, visto que a mesma atuava na AP eleita como caso. As assistentes de pesquisa foram responsáveis pela realização das entrevistas com os profissionais de saúde das Equipes do PCH e pela coleta de dados nos prontuários. A pesquisadora realizou as entrevistas com gestores e a observação direta. Importante ressaltar que dois profissionais recusaram-se indiretamente a participar das entrevistas e uma entrevista foi descartada por problemas na gravação de áudio.

As entrevistas e a coleta de dados em prontuários ocorreram entre os dias dois e vinte e sete do mês de agosto de dois mil e dez. Após autorização dos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ) e da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, em consonância com a resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. A pesquisa foi registrada pelo CEP-ENSP/FIOCRUZ pelo CAAE – 0111.0.031.000-10 e autorizada pelo parecer nº 106/10. E no CEP - SMSDC-RJ foi registrada pelos CAAE – 0117.0.314.032-10, 0118.0.314.031-10 e 0119.0.314.314-10 e autorizada pelo parecer nº 194/2010.

O sigilo dos sujeitos participantes da pesquisa não pode ser garantido, visto que esta se tratou de uma avaliação, onde os resultados devem ser discutidos e apresentados aos stakeholders, ou seja, gestores e profissionais de saúde que atuam no PCH da área. A coleta de dados primários só aconteceu mediante compreensão e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos sujeitos da pesquisa e Termo de Anuência pelo gestor da unidade de saúde. Nestes termos constaram todos os esclarecimentos relacionados a este trabalho, seus procedimentos e os prováveis riscos, permitindo aos sujeitos recusar a participação em qualquer etapa do estudo. O termo foi lido e assinado pelo coordenador ou responsável pela instituição e pelo próprio sujeito da pesquisa, ambos possuem uma cópia dos termos. A autorização para gravação de áudio também foi solicitada.

3.7. Plano de Análise:

A avaliação de implantação acontece em três etapas: análise dos determinantes contextuais do grau de implantação da intervenção; análise da influência da variação na implantação sobre os efeitos observados, incluindo a determinação do grau de implantação da

intervenção e a análise da influência da interação entre o contexto da implantação e a intervenção sobre os efeitos observados. (DENIS & CHAMPAGNE, 2000).

O cumprimento destas etapas foi possível através da análise tanto das entrevistas, como da observação direta, da análise de prontuários e do sistema de informação. Para cumprimento destes passos foi necessária a elaboração de um plano de análise. Este plano partiu da construção de uma matriz de julgamento composta por critérios/indicadores, fontes de evidência, padrão, valor máximo esperado, descrição do valor ou ponto de corte, valor observado, valor atribuído e julgamento de acordo com o valor.

O critério para determinação do padrão de qualidade da intervenção foi o cumprimento de todas as determinações propostas pelo PNCH através de portarias, decretos, leis e manuais que regem o programa a nível nacional, além de documentos municipais de organização do mesmo. Alves et al. (2010) referem que os padrões tanto podem ser definidos pelos envolvidos na avaliação ou por consensos entre especialistas, quanto pelo conhecimento técnico-científico atual.

A partir desta consideração os indicadores de insumos (estrutura) e atividades (processo) devem estar de acordo com: a portaria 125/SVS-SAS de 26/03/2009 que define as ações para o controle da Hanseníase; portaria n° 3.125 de 07/10/2010 aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da Hanseníase; portaria n° 594 de 29/10/2010 regulamenta o tipo e as atividades desenvolvidas nos serviço de atenção integral a Hanseníase e lei n°10.651 de 16/04/ 2003 que dispõe sobre o controle do uso de talidomida. E com os manuais e guias produzidos pelo PNCH como: Caderno de Atenção Básica n° 21 (2008); Guia de procedimentos técnicos para baciloscopia em Hanseníase (2010); Orientações para o uso de corticosteróides em Hanseníase (2010); Cadernos de prevenção e reabilitação em Hanseníase (2008); Diretrizes Nacionais para Elaboração de Programas de Capacitação para a Equipe de Saúde da Rede Básica atuar nas Ações de Controle da Hanseníase (2000) e Diretrizes Nacionais para as Atividades de Comunicação e Educação que Integram as Ações de Controle da Hanseníase (2007). Além de notas técnicas e protocolos municipais sobre referenciamento e medicamentos.

A construção da matriz de Relevância, quadros 7 e 8, se da pela ponderação dos critérios utilizados, expressando o seu grau de influência no sucesso da intervenção (Alves e cols, 2010). Deste modo, ao conjunto de critérios e indicadores foram atribuídos pontos através da análise de relevância dos mesmos baseados nos padrões mencionados anteriormente e considerados como relevante (RR) e muito relevante (RRR). Para cada grau

de relevância foi atribuído um peso, ou seja, RR=5 e RRR = 10. Os indicadores pouco relevantes foram descartados do processo.

A pontuação máxima de cada indicador foi considerada dez e está 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.

Quadro 7: Matriz de Relevância – Componente Estrutural Insumos.

Componente Estrutural	Dimensão	Subdimensão	Indicadores ou Critérios	Relevância
Insumos	Conformidade	Disponibilidade	Recursos humanos de acordo com o tipo de serviço (tipo I, II ou III).	RRR
			As Normas técnicas e protocolos são acessíveis a equipe.	RR
			Estrutura para acolhimento aos usuários (cadeiras, bebedouros, banheiro F e M).	RRR
			Acesso a portadores de deficiência.	RR
			Espaço físico com mobiliário adequado	RR
			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, fitas de HGT).	RR
			Existência de equipamentos para pré-consulta (esfigmomanômetro, balança adulta e infantil, glicosímetro).	RRR
			Farmácia Climatizada.	RRR
			Medicamentos anti-reacionais (prednisona, talidomida e pentoxifilina).	RRR
			Material para educação em saúde para hanseníase (panfletos, cartazes e cartilhas).	RR
			Monofilamento para avaliação da função neural.	RRR
			Lupa e Fio dental para avaliação dos olhos	RRR
			Material para confecção de órteses e próteses.	RRR
			Existência de viatura para realização de Visita domiciliar.	RR
			Existência de mapeamento das unidades para referência.	RR
			Preenchimento dos Instrumentos de registro legais.	RRR

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

Quadro 8: Matriz de Relevância – Componente Estrutural Atividades.

Componente Estrutural	Dimensão	Subdimensão	Indicadores ou Critérios	Relevância
Atividades.	Conformidade	Qualidade Técnico Científica	Conhecimento técnico-científico dos profissionais (formação em Hanseníase).	RRR
			Acesso dos profissionais a capacitações em estados reacionais.	RR
			Utilização de Normas e Protocolos.	RRR
			Organização dos fluxos de atendimento.	RR
			Conhecer o Número de Casos Novos de Hanseníase diagnosticados no ano.	RRR
			Conhecer o número de usuários que apresentam Estados Reacionais.	RRR
			Conhecer o Número de Pacientes em tratamento de Estados Reacionais.	RRR
			Realização de Ações Educativas que abordam os ER	RR
			Realização de atividades de Prevenção de Incapacidades.	RRR
			Confecção de órteses e próteses.	RR
			Acesso aos serviços de referência	RRR
			Preenchimento da Guia de Referência e Contra-Referência	RRR
			Respostas dos casos encaminhados as referências	RRR
			Análise dos processos de referência e contra-referência	RRR
			Registro das informações sobre o usuário em prontuário.	RR
			Atualização do Sistema de Informação	RR
			Monitoramento do Sistema de Informação.	RRR

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

Na matriz de análise e julgamento, quadros 9 e 10, para cada critério/indicador apresentam-se a pontuação máxima esperada (PE) que corresponde ao teto máximo que poderá ser atribuído aquele critério ou indicador. O valor ou ponto observado (PO) que refere-se ao valor do critério ou indicador coletado pela avaliação e o ponto ou valor atribuído (PA) que diz respeito ao grau de implantação do observado de acordo com o ponto de corte (PC) estabelecido e a relevância (ALVES et al., 2010).

Quadro 9: 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 Observados (PO x GR)	Grau de Implantação GI = PO/PE x 100
Insumos	Conformidade	Disponibilidade	Recursos humanos de acordo com o tipo de serviço (tipo I, II ou III).	RRR	100	Adequado =10 Pouco Adequado = 5 Inadequado = 0		
			As Normas técnicas e protocolos são 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		
			Acesso a portadores de deficiência.	RR	50	SIM= 10 NÃO = 0		
			Espaço físico com mobiliário adequado	RR	50	Adequado =10 Pouco Adequado = 5 Inadequado = 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		
			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 para pré-consulta (esfigmomanômetro, balança adulta e infantil, glicosímetro).	RRR	100	Esfigno: S=3 / N=0 Glicosímetro: S=3 /N=0 b. adulta: S=2 /N=0 b. pediátrica : S=2 /N=0		
			Farmácia Climatizada.	RRR	100	SIM= 10 NÃO = 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		
			Material para educação em saúde para hanseníase (panfletos, cartazes e cartilhas).	RR	50	Cartilhas: S=4 / N=0 Panfletos: S=4 / N=0 Cartazes: S=2 /N=0		
			Monofilamento para avaliação da função neural.	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0		

		Lupa e Fio dental para avaliação dos olhos	RRR	100	Lupa: S=5 / N=0 Fio dental: S=5/N=0		
		Material para confecção de órteses e próteses.	RRR	100	SIM= 10 NÃO = 0		
		Existência de viatura para realização de Visita domiciliar.	RR	50	SIM= 10 NÃO = 0		
		Existência de mapeamento das unidades para referência.	RR	50	Existe = 10 Não Existe = 0		
		Preenchimento dos Instrumentos de registro legais.	RRR	100	SIM= 10 NÃO = 0		
		Preenchimento adequado dos instrumentos de registros legais	RRR	100	Adequado =10 Pouco Adequado = 5 Inadequado = 0		
		Total de pontos do componente estrutural insumos	----	1600	-----		

Quadro 10: Matriz de Análise e Julgamento – Componente Estrutural Atividades.

Componente Estrutural	Dimensão	Subdimensão	Indicadores ou Critérios	Relevância	Pontos Esperados	Pontos de Corte	Pontos Observados	Grau de Implantação GI = PO/PE x 100
Atividades.	Conformidade	Qualidade Técnico Científica	Conhecimento técnico-científico dos profissionais (formação em Hanseníase).	RRR	100	Adequado =10 Pouco Adequado = 5 Inadequado = 0		
			Acesso dos profissionais a capacitações em estados reacionais.	RR	50	SIM = 10 NÃO = 0		
			Utilização de Normas e Protocolos.	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0		
			Organização dos fluxos de atendimento.	RR	50	Adequado=10 Pouco Adequado = 5 Inadequado=0		
			Conhecer o Número de Casos Novos de Hanseníase diagnosticados no ano.	RRR	100	SIM = 10 NÃO= 0		
			Conhecer o número de usuários que apresentam Estados Reacionais.	RRR	100	SIM = 10 NÃO= 0		
			Conhecer o Número de Pacientes em tratamento de Estados Reacionais.	RRR	100	SIM = 10 NÃO= 0		
			Realização de Ações Educativas que abordam os ER	RR	50	Grupo=5 Individual=5 Não realizam =0		
			Realização de atividades de Prevenção de Incapacidades.	RRR	100	Educação em Saúde=2 Avaliação do GI= 4 Estímulo auto-cuidado= 4 Não realiza = 0		

		Confecção de órteses e próteses.	RR	50	SIM = 10 NÃO= 0		
		Acesso aos serviços de referência	RRR	100	Adequado= 10 Pouco Adequado =5 Inadequado= 0		
		Preenchimento da Guia de Referência e Contra-Referência	RRR	100	SIM = 10 NÃO= 0		
		Respostas dos casos encaminhados as 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.	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		
		Total do Componente Estrutural Atividades	----	1300	-----		

O julgamento segundo o valor atribuído refere-se ao extrato em que o critério/indicador será classificado. Este julgamento foi realizado com base na divisão por quatro extratos (Quadro 11) e a conclusão do grau de implantação está de acordo com a classificação do escore utilizado por eles.

Quadro 11: Julgamento em quatro extratos.

Intervalo/ Escore final	Classificação/Julgamento
75% a 100%	Implantado
50% a >75%	Implantado parcialmente
25% a >50%	Implantação Incipiente
1% a >25%	Implantação desfavorável ou crítica

Fonte: Adaptado de Alves e cols (2010)

4. Resultados:

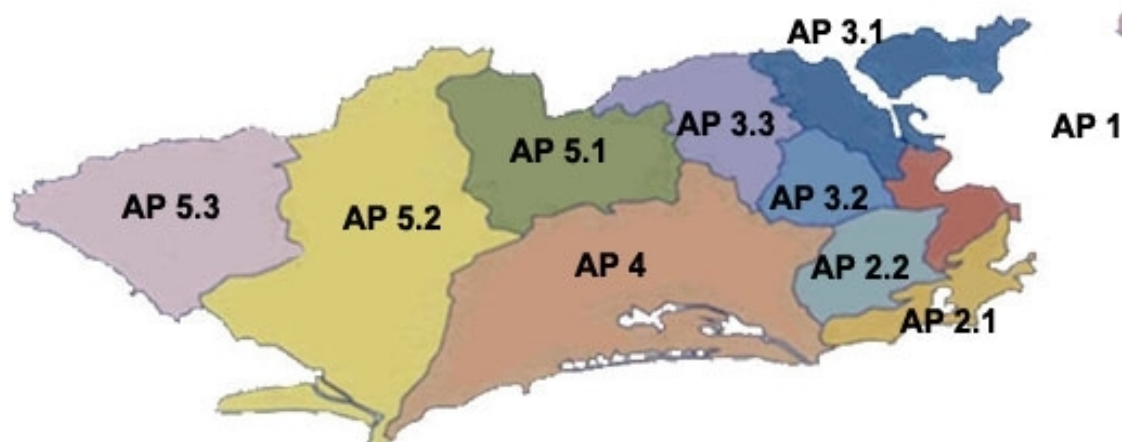
Os resultados desta avaliação envolvem tanto o julgamento da implantação quanto a percepção dos atores chaves e serão descritos da seguinte maneira: descrição do contexto externo da AP 5.3, descrição do contexto organizacional, descrição da intervenção para cada caso (1, 2 e 3), síntese dos casos com nível de implantação e a influência do contexto na implantação.

4.1. Descrição do Contexto Externo da AP 5.3, no município do Rio de Janeiro:

A descrição do contexto externo inicia com a história dos bairros que compõem a AP 5.3, pois esta permite verificarmos a influência da produção e reprodução dos processos que levam ao adoecimento por hanseníase e seus estados reacionais, bem como ao cuidado prestado a este agravo. A descrição dos indicadores que determinam socialmente o desenvolvimento da hanseníase nos últimos anos neste território também serão relacionados aos achados dos casos nas lições aprendidas.

A cidade do Rio de Janeiro situa-se entre a Baía de Sepetiba e a Baía de Guanabara. É limitada pelos municípios de Itaguaí, Seropédica, Nova Iguaçu, Mesquita, Nilópolis, São João de Meriti e Duque de Caxias. A população do município registrada pelo censo de 2010 foi de 6.323.037 habitantes, que estão divididos em cento e sessenta bairros, com densidade demográfica de 4.9 habitantes/km² (IPP, 2008). O município está organizado em trinta e três Regiões Administrativas (RA) e a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC) trabalha, desde 1993, com a divisão da cidade em dez Áreas de Planejamento (AP) constituídas por RA/Bairro (PMS, 2009).

Figura 3: Mapa das Áreas de Planejamento do Município do Rio de Janeiro.



Fonte: <http://www.hupe.uerj.br/especial/secretaria/Imagens/MapaGeral.jpg>

Os bairros Santa Cruz, Paciência e Sepetiba constituem a Área de Planejamento 5.3. Esta é uma das regiões mais populosas do município e distribuída em uma das maiores áreas geográficas, considerando que Santa Cruz é o segundo maior bairro do município (IPP, 2010). O somatório da extensão dos bairros em quilômetros quadrados corresponde a 168 km², sendo distribuídos por Paciência com 27,41 km², Santa Cruz com 125,04 km² e Sepetiba com 11,62 km² (IPP, 2004).

Santa Cruz limita-se a oeste com o município de Itaguaí e Seropédica ao norte, com os bairros de Sepetiba ao sul, Paciência e Cosmos a leste e de Guaratiba a sudeste. A sudoeste, cerca de 10 km, de seu território é banhado pela Baía de Sepetiba. Paciência e Sepetiba são bairros menores, que surgiram em decorrência do povoamento de Santa Cruz. O primeiro tem por vizinhos os bairros de Santa Cruz, Cosmos, Campo Grande e o município de Nova Iguaçu. Enquanto, o segundo está cercado pelos bairros de Santa Cruz ao norte e Guaratiba a leste e é banhado pela Baía de Sepetiba ao sul (ECOMUSEU, 2010).

Alguns contrastes sócio-demográficos da cidade do Rio de Janeiro são resultados do processo de desenvolvimento urbano da cidade, a exemplo de Santa Cruz, Paciência e Sepetiba. A história destes bairros inicia-se no século XVI com a doação das terras da sesmaria Guaratiba, parte da Capitania de São Vicente, por Cristóvão Monteiro, por serviços prestados na expulsão dos franceses e índios do Rio de Janeiro. Passa pela doação de parte das terras, pela dona Marquesa Ferreira (viúva de Cristóvão), a Companhia Jesuíta dos padres de Santo Inácio. E chega ao seu período áureo, com a chegada da Família Real Portuguesa, em 1808, adotando o antigo convento jesuítico, como residência opcional dos Orleans e Bragança (IPP, 2004 e ECOMUSEU, 2010.).

A presença da Família Real e depois do Imperador Pedro I trouxe várias melhorias para a localidade, entre elas: o Matadouro (importante indutor do crescimento urbano da localidade), Colégio Imperial (mais tarde Hospital D. Pedro II), Estrada de Ferro, o primeiro telefone no Palácio Imperial e a primeira agência fixa dos correios no Brasil. No entanto, quando a família adotou como residência de verão o palácio em Petrópolis houve uma estagnação do crescimento local que foi retomado a partir da construção da Base Aérea de Santa Cruz e da Zona Industrial (ECOMUSEU, 2010).

A estação ferroviária do Matadouro, localizada em Santa Cruz, foi criada com o objetivo de agilizar o transporte da carne, de animais recém-abatidos, até o centro da cidade. Afim de que esta pudesse chegar em boas condições para o consumo da população. Esta estação distingue-se, portanto, daquelas que contribuíram diretamente com o surgimento de seus bairros, prestando, entretanto, uma contribuição decisiva por longo período para o desenvolvimento econômico de Santa Cruz. Em 1884 é inaugurado o ramal Matadouro e junto a este se iniciam as migrações para esta área. Destacando Santa Cruz como importante centro de desenvolvimento sócio-econômico, político e cultural daquela época (ECOMUSEU, 2010).

Durante o governo Getúlio Vargas, na década de 1930, a região de Santa Cruz passou por profundas transformações, com obras de saneamento objetivando a valorização das terras, com a recuperação da salubridade e do dinamismo econômico, a partir da criação das Colônias Agrícolas. Na década de 1970, com o intenso desenvolvimento da cidade do Rio de Janeiro, ocorrendo em todas as direções, é criada em Santa Cruz a Zona Industrial, provocando igualmente a sua urbanização, a exemplo da construção dos conjuntos habitacionais populares. Esta expansão configurou o aumento da população local e também a característica de bairro dormitório (ECOMUSEU, 2010).

Atualmente Santa Cruz, Paciência e Sepetiba fazem parte da jurisdição da 19ª Região Administrativa. Santa Cruz é considerado um bairro em franco crescimento, onde estão presentes: o Batalhão de Engenharia do Exército Brasileiro Villagran Cabrita, o maior complexo da Aeronáutica no país - a Base Aérea Santa Cruz, o 27º Batalhão da Polícia Militar do Rio de Janeiro e a Companhia Siderúrgica do Atlântico (CSA), entre outros equipamentos.

Estes bairros, também, se caracterizam como bairros do proletariado, em que coexistem diversos problemas como dificuldades de transporte, falta de saneamento adequado em certos pontos, aumento da violência e ações do tráfico de entorpecentes, problemas ambientais sérios, desemprego, analfabetismo e moradias insalubres.

O Rio de Janeiro é uma cidade de fortes contrastes econômicos e sociais, apresentando grandes disparidades entre ricos e pobres. Enquanto, alguns bairros ostentam Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) correspondentes a países nórdicos, a exemplo, da Gávea (0.970) ou Leblon (0,967), outros como Sepetiba (0.761), Paciência (0.751) e Santa Cruz (0.742) estão entre os piores IDH do município. O último ocupando a oitava posição entre os dez mais baixos (IPP, 2004). O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) inclui como dimensões para o seu cálculo a renda, a educação e a saúde. As duas primeiras são consideradas instrumentos enquanto a última é considerada o fim. O IDH foi concebido de modo a possibilitar a comparação entre os países e por isso a compatibilização dos seus dados (AMORIN & BLANCO, 2004).

No município do Rio de Janeiro o IDH foi utilizado para comparar o desenvolvimento entre Áreas de Planejamento e Regiões Administrativas levando-se em consideração os IDH temáticos e seus indicadores. Desse modo temos o IDH-Educação, cujos indicadores são a taxa de alfabetização e a taxa bruta de frequência a escola, o IDH-Renda que inclui apenas como indicador a renda per capita e o IDH-Saúde (Longevidade) que inclui a esperança de vida ao nascer.

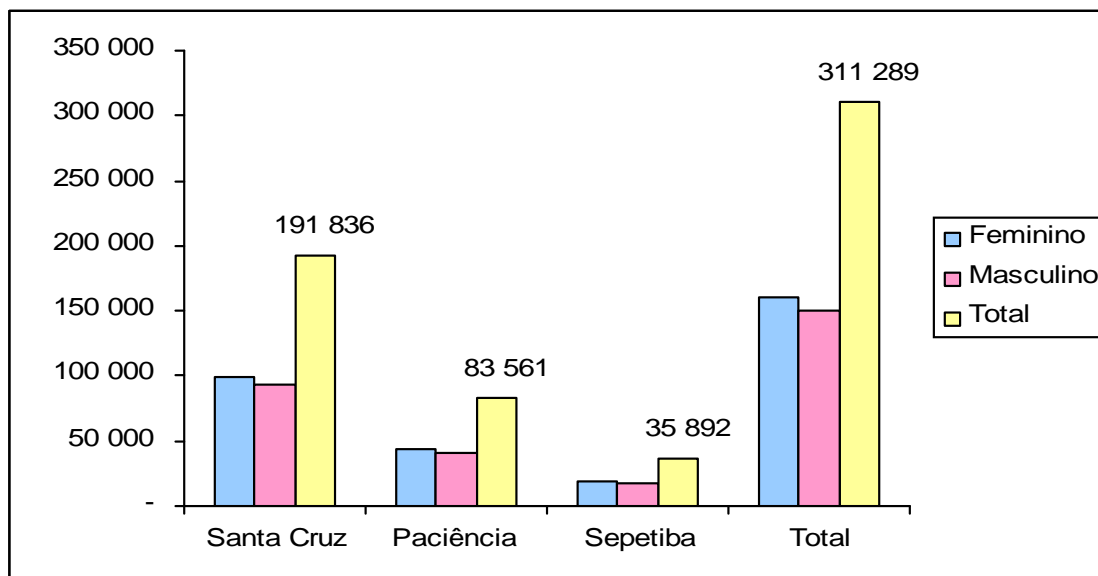
Quadro 12: Índice de Desenvolvimento Humano nos bairros da AP 5.3.

Bairro ou grupo de bairros	Esperança de vida ao nascer (em anos)	Taxa de alfabetização de adultos (%)	Taxa bruta de frequência escolar (%)	Renda per capita (em R\$ de 2000)	Índice de Longevidade de (IDH-L)	Índice de Educação (IDH-E)	Índice de Renda (IDH-R)	IDH – Municipal
Sepetiba	66,30	93,64	79,65	264,80	0,688	0,890	0,704	0,761
Paciência	66,66	94,36	81,02	203,43	0,694	0,899	0,660	0,751
Santa Cruz	65,52	93,19	79,82	206,23	0,675	0,887	0,662	0,742

Fonte: Tabela 6.2.22 - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH), por ordem de IDH, segundo os bairros ou grupo de bairros – 2000 (www.rio.rj.gov.br/ipp/).

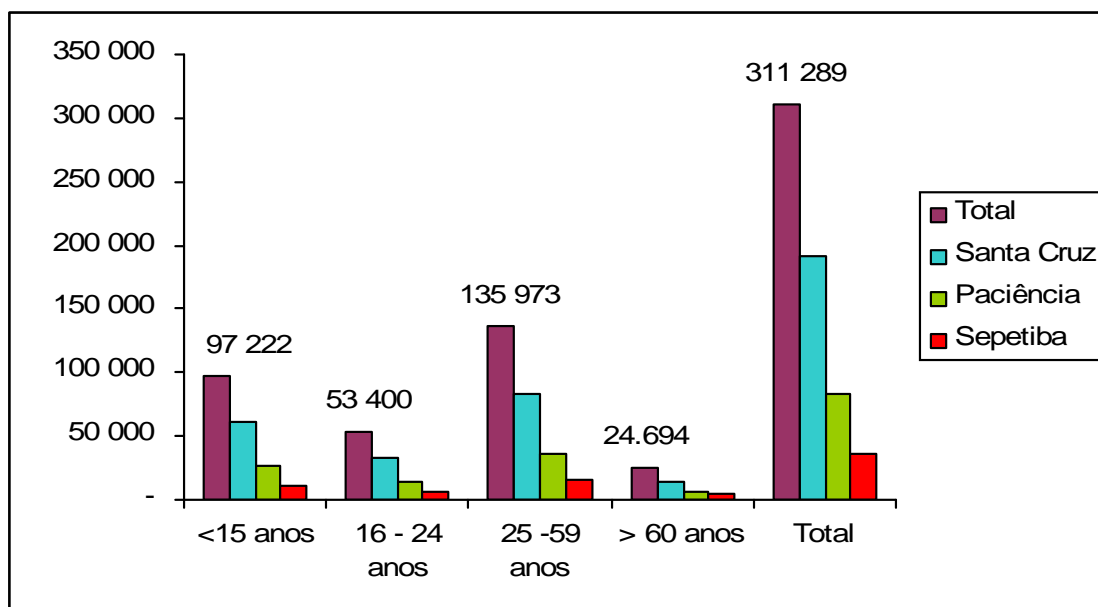
De acordo, com o censo 2000, os três bairros somavam uma população de 311.289 habitantes. Destes 48% eram do sexo masculino e 52% eram do sexo feminino. Através do gráfico 2 podemos perceber que a maior parte da população concentra-se no bairro de Santa Cruz, seguido por Paciência e Sepetiba, consecutivamente. Os menores de 15 anos de idade constituíam 29% da população, ou seja, 97.222 habitantes e o maior percentual de habitantes está na população economicamente ativa, ou seja, a faixa etária de adolescentes e adultos jovens (16 a 24 anos) e de adultos (25 a 59 anos) em todos os bairros da área.

Gráfico 2: População residente de acordo com o sexo por bairros da AP 5.3 – 2000.



Fonte: Tabela 494 – População residente, por grupos de idade e sexo, segundo as Areas de Planejamento, Regiões Administrativas e Bairros – 2000 (www.rio.rj.gov.br/ipp/).

Gráfico 3: População residente de acordo com a faixa etária por bairros da AP 5.3 – 2000.



Fonte: Tabela 494 – População residente, por grupos de idade e sexo, segundo as Areas de Planejamento, Regiões Administrativas e Bairros – 2000 (www.rio.rj.gov.br/ipp/).

Quanto as características da população, desta AP, 44.67% declaravam-se pardos, 42.12% brancos e 12.18% pretos. Na população, com mais de 10 anos de idade, haviam 33.6% de casados e 56.8% de solteiros. Viúvos, divorciados e desquitados ou separados

judicialmente somavam 9.7% da população. A estrutura das famílias apresentava um tamanho médio de 3.60 indivíduos/família. (IPP, 2008)

O quantitativo na AP de pessoas maiores de 5 anos de idade não alfabetizadas era igual a 29.913, um dos mais altos do município. Entre estes 7.97% eram maiores de 25 anos de idade. Em Santa Cruz, o percentual de pessoas com vinte e cinco anos ou mais analfabetas é menor do que em grandes aglomerados urbanos subnormais como Complexo Acari, Rocinha ou Complexo do Alemão, porém, ainda é considerado alto e contribui para que o bairro tenha o oitavo pior IDH do município, como dito anteriormente. (IPP,2004). Os indicadores descritos na tabela 1 referem-se aos indivíduos por faixa etária que não sabem ler nem escrever um bilhete simples.

Tabela 1: Indicador de Educação – Analfabetismo.

Bairros	Percentual de crianças de 7 a 14 anos analfabetas	Percentual de crianças de 10 a 14 anos analfabetas	Percentual de adolescentes de 15 a 17 anos analfabetos	Percentual de jovens de 18 a 24 anos analfabetos	Percentual de pessoas de 25 anos ou mais analfabetos
Santa Cruz	9,62	2,90	2,44	2,71	8,37
Paciência	8,39	2,45	1,14	1,86	7,15
Sepetiba	8,69	2,81	2,03	1,79	7,78
AP 5.3	9,19	2,77	2,04	2,38	7,97

Fonte: Tabela 535 – Indicadores de Educação – Analfabetismo. Percentual de Analfabetos por faixas etárias, por Bairros ou Grupo de Bairros – 2000 (www.rio.rj.gov.br/ipp/).

A maioria dos responsáveis pelos domicílios particulares permanentes na AP eram do sexo masculino (68%) e o rendimento nominal médio mensal era de 547.30 reais. No entanto, 14.84% da população não possuía nenhum tipo de rendimento e 14.12% recebia até um salário mínimo. A maioria da população declara rendimentos entre um e cinco salários mínimos. Segundo dados da Tabela 2, o bairro de Sepetiba caracteriza-se por ter o maior rendimento nominal mensal médio da AP (IPP, 2008).

Tabela 2: Indicadores de Renda por responsável por domicílio segundo bairros da AP 5.3 – 2000.

Áreas de Planejamento, Regiões Administrativas e Bairros	Pessoas responsáveis pelos domicílios particulares permanentes total	Pessoas com rendimento responsáveis pelos domicílios particulares permanentes	Valor do rendimento nominal médio mensal das pessoas com rendimento, responsáveis pelos domicílios particulares permanentes (R\$)	Valor do rendimento nominal mediano mensal das pessoas com rendimento, responsáveis pelos domicílios particulares permanentes (R\$)
XIX Santa Cruz	86 001	73 656	547,30	400,00
Paciência	22 851	19 580	518,00	400,00
Santa Cruz	52 680	44 803	538,29	380,00
Sepetiba	10 470	9 273	652,72	440,00

Fonte: Tabela 342 - Valor do rendimento nominal médio mensal, valor do rendimento nominal mediano mensal das pessoas com rendimento, responsáveis pelos domicílios particulares permanentes, segundo as Áreas de Planejamento, Regiões Administrativas e Bairros – 2000 (www.rio.rj.gov.br/ipp/)

Em 1991 a densidade de domiciliar na AP 5.3 era de 4,08 hab/domicílio, no ano 2000 foi percebida uma pequena redução, sendo registrado 3,66 hab/domicílio. Estes dados referem-se a população residente em aglomerados urbanos subnormais (favelas). No ano 2000, 39.202 pessoas residiam em localidades da AP 5.3 com essa designação. (IPP, 2000).

Em estudo desenvolvido por Sigaud (2007) sobre o perfil demográfico da cidade do Rio de Janeiro baseado nos dados dos censos demográficos de 1991 e 2000 observou-se que a RA Santa Cruz apresentou crescimento percentual de domicílios particulares permanentes igual a 34,2%, na década respectiva. A maior parte dos domicílios (95,8%) eram da tipologia casa, enquanto, apenas 3,1% correspondiam a apartamentos. A variável “comodos utilizados como dormitório” caracteriza o domicílio quanto ao seu tamanho e densidade de ocupação. Em 2000, Santa Cruz apresentava cerca de 1,7 de média de dormitórios por domicílio particular permanente (SIGAUD, 2007).

A inadequação do domicílio é determinada pelas condições insatisfatórias de habitabilidade, seja do ponto de vista da infra-estrutura urbana de que dispõe o domicílio, seja em função do conforto ou da qualidade dos espaços. Desta forma, o domicílio pode ser inadequado em consequência de uma relação insatisfatória entre o número de moradores e o número de dormitórios, ou seja, a densidade de morador por dormitório. O IBGE considera domicílios excessivamente adensados aqueles com mais de dois moradores por dormitório. Para o IBGE cerca de 36% dos domicílios da RA Santa Cruz possuem mais de dois moradores por dormitório, sendo a sétima de maior adensamento do município. A densidade

média de moradores por dormitórios nos domicílios particulares permanentes na RA foi de 2,3 (SIGAUD, 2007).

A RA Santa Cruz é uma das com maior número de domicílio próprios na cidade, cerca de 81% e a média de moradores por domicílio era de 3,6. Esta média era superior a do município (3,2) e igual a do Complexo do Alemão, desta maneira, Santa Cruz e Complexo do Alemão tinham as maiores médias de moradores por domicílio na cidade (SIGAUD, 2007).

A inadequação dos domicílios também pode ser verificada através do acesso aos serviços de infra-estrutura básicos como rede de abastecimento de água, rede de esgotamento sanitário e sistema de coleta de lixo. O Índice de Desenvolvimento Social retrata tanto situações sócio-econômicas quanto urbanísticas. Os indicadores que compõe este índice cobrem quatro grandes dimensões de análise, são elas: acesso a saneamento básico, qualidade habitacional, grau de escolaridade e diponibilidade de renda. A AP 5.3 ocupava em 2008 a vigésima nona posição (0,478), sendo o quarto pior IDS do município (IPP,2008).

O acesso a serviços básicos relacionados a habitação foi declarado por quase cem por cento das famílias. Ou seja, 96.53% dos domicílios possuíam água encanada, em 95.43% haviam banheiro e água encanada, 96.90% eram urbanos e com coleta de lixo e 99,96% eram abastecidos por energia elétrica (IPP, 2008).

Tabela 3: Indicadores de Acesso a Serviço Básicos relacionados a Habitação -2000.

Bairros	Percentual de pessoas que vivem em domicílios com água encanada	Percentual de pessoas que vivem em domicílios com banheiro e água encanada	Percentual de pessoas que vivem em domicílios urbanos com coleta de lixo	Percentual de pessoas que vivem em domicílio com energia elétrica
Paciência	97,76	96,47	97,22	99,95
Santa Cruz	96,35	95,30	96,78	99,97
Sepetiba	94,65	93,64	96,79	99,94
AP 5.3	96,53	95,43	96,90	99,96
MRJ	99,80	96,42	98,90	99,96

Fonte: Tabela - 6.2.40 - Indicadores de Habitação - Acesso a serviços básicos. Percentual de pessoas que vivem em domicílio com água encanada, com banheiro e água encanada, com coleta de lixo e com energia elétrica, segundo as Regiões Administrativas – 2000 (www.rio.rj.gov.br/ipp/).

A média do município para domicílios atendidos por rede pública de abastecimento de água era de 99,8%. A RA Santa Cruz apresentava média 96,53 % logo abaixo da média municipal. Quanto ao esgotamento sanitário, de forma geral, acompanhava o comportamento do abastecimento de água, onde a média da cidade era de 93,6% e a de Santa Cruz era igual a

82,9%. A coleta direta ou indireta de lixo atingia em 2000 98,9% dos domicílios da cidade, já em Santa Cruz, apesar de apresentar elevados percentuais, ainda se manteve abaixo da média do município, ou seja, 96,90% (SIGAUD, 2007).

4.2. Descrição do Contexto Organizacional:

Os Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS) fazem parte das diversas ações que vêm sendo implantadas pelo Ministério da Saúde e pelas demais entidades gestoras do SUS. Em um esforço para atingir os objetivos e as metas definidas pelo Mais Saúde, tais como a realização de processos seletivos públicos, o fortalecimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), a implantação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), a ampliação da Estratégia Saúde na Família, entre outras.

A Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil ao eleger a AP 5.3 como área de planejamento prioritária para organização de redes assistenciais e estruturação dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde, principalmente com a expansão da Estratégia de Saúde da Família, rompeu com as fragilidades históricas da saúde na cidade do Rio de Janeiro, como por exemplo, a desigual distribuição de oferta de serviços.

O objetivo do TEIAS, na AP 5.3, foi integrar ações de promoção, prevenção, assistência, reabilitação e vigilância, em uma perspectiva ampla de atenção à saúde, para o alcance da equidade em sua dimensão pessoal e geográfico-territorial. A construção do TEIAS se deu através de reuniões entre profissionais de saúde, gestores de unidades básicas, gestores da rede e conselho distrital de saúde. A partir destas reuniões foram considerados os vazios sanitários da área e incorporadas às características sócio-culturais. A seguir iniciou-se o processo de georeferenciamento através do Google Earth, com o levantamento dos códigos postais e visitas e diálogos com os representantes locais. O georeferenciamento permitiu a divisão da AP em oito macro-territórios denominados complexos. Estes complexos não são estruturas oficiais para a SMSDC e sim uma forma que a coordenação da área utilizou para organizar as demandas, a supervisão e as referências locais. Estas informações constam em atas do conselho distrital de saúde e relatórios da CAP 5.3.

O estudo realizado por Vasconcellos e cols (2004) considerou a composição do IDH (indicadores de educação, longevidade e renda) e selecionou indicadores das condições de saúde capazes de expressar uma possível articulação com componentes do IDH no município

do Rio de Janeiro e suas regiões administrativas, entre eles indicadores relacionados aos serviços de saúde.

Entre os indicadores utilizados nos deteremos a expor a distribuição espacial dos serviços de saúde na AP 5.3, considerando a implantação do TEIAS como fator diferencial de ampliação da oferta de serviços de saúde e de atenção a hanseníase na área. Para isso foi construída uma série histórica através de mapas que refletem a implantação de serviços de saúde e distribuição dos serviços de acordo com os complexos, a partir da década de 1980, como veremos a seguir:

Figura 4: Serviços de Saúde Existentes na AP 5.3 de acordo com o tipo de serviço oferecido de 1980 a 1989.

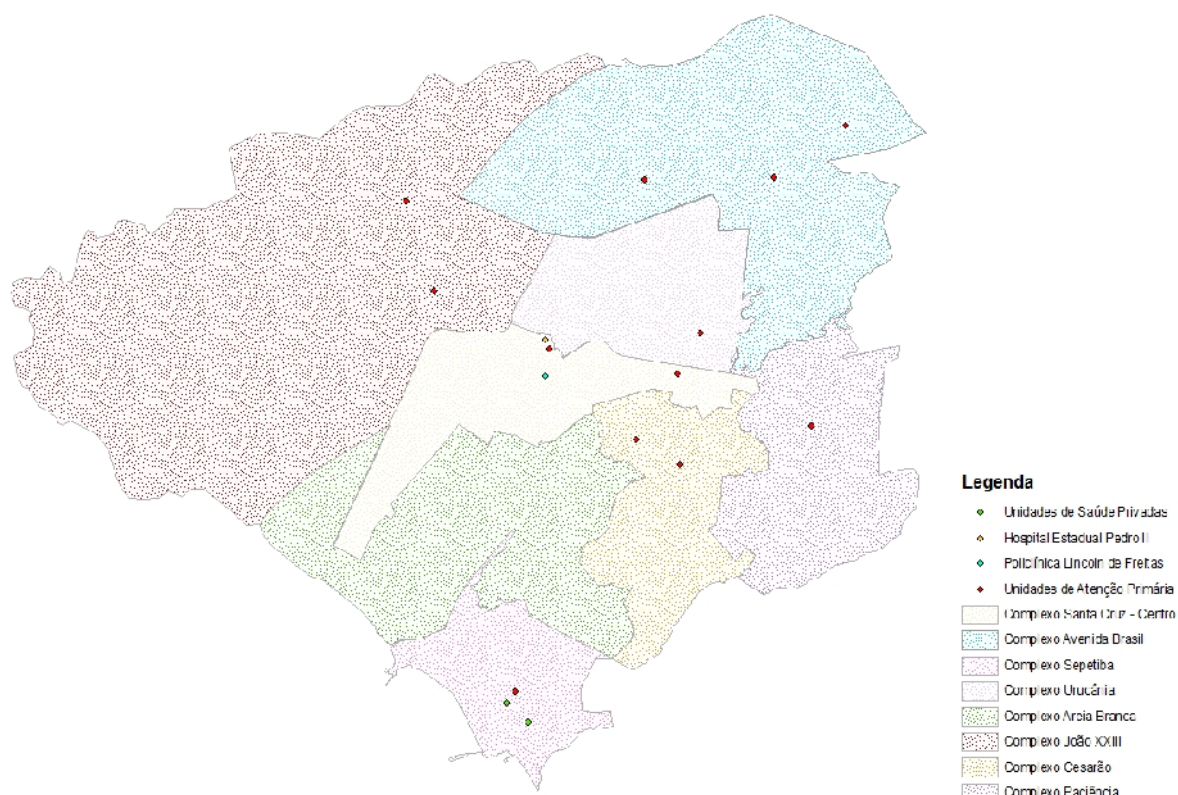
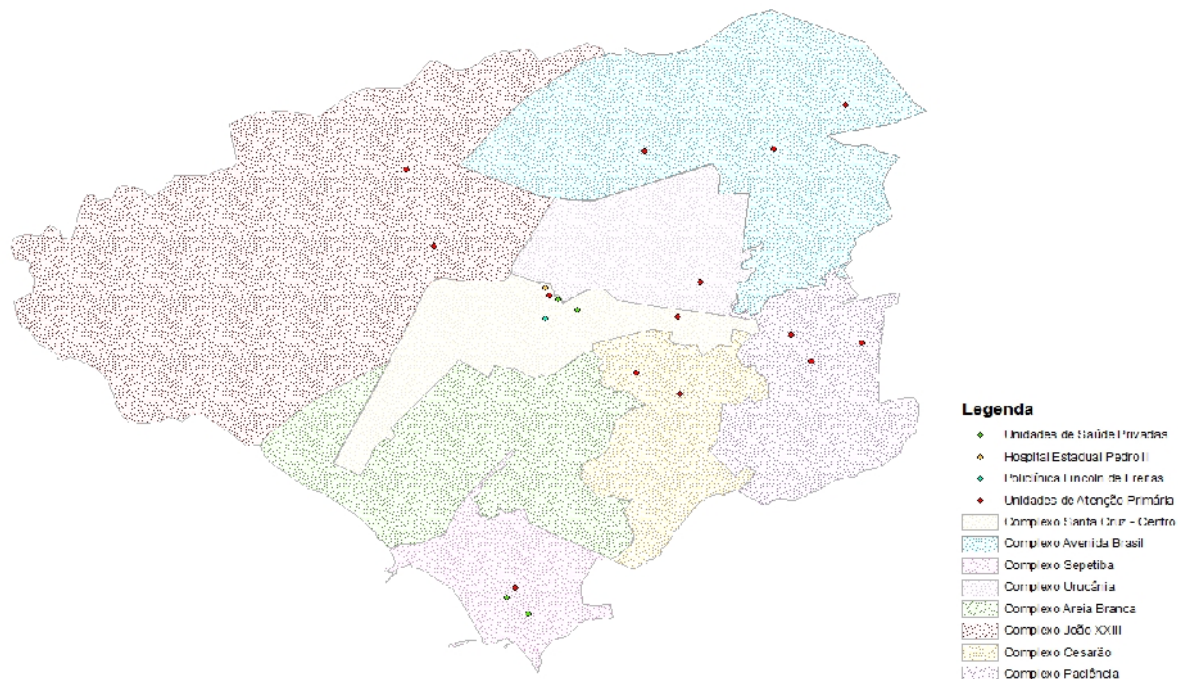
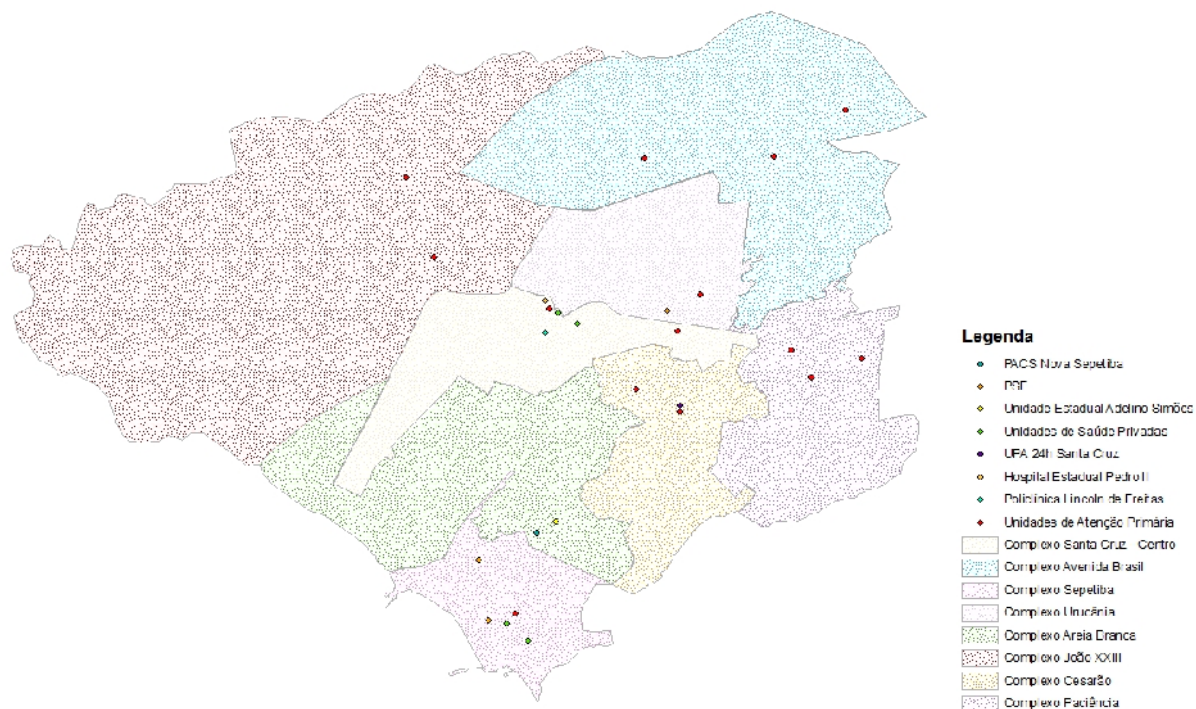


Figura 5: Serviços de Saúde Existentes na AP 5.3 de acordo com o tipo de serviço oferecido de 1990 a 1999.



No período anterior a década de 1980 os serviços de saúde existentes na área eram o Centro Municipal de Saúde Lincoln de Freitas Filho, o Hospital Estadual Pedro II e a Casa de Saúde República da Croácia. Na década de 1980 foram construídos a maior parte das unidades de saúde da área que perduraram até a implantação do TEIAS, exceto o PS Maria Aparecida de Almeida e o PS Emydio Cabral, inaugurados na década de 1990. Durante dez anos a área não teve praticamente nenhum tipo de investimento para ampliação do número de serviços de saúde existentes.

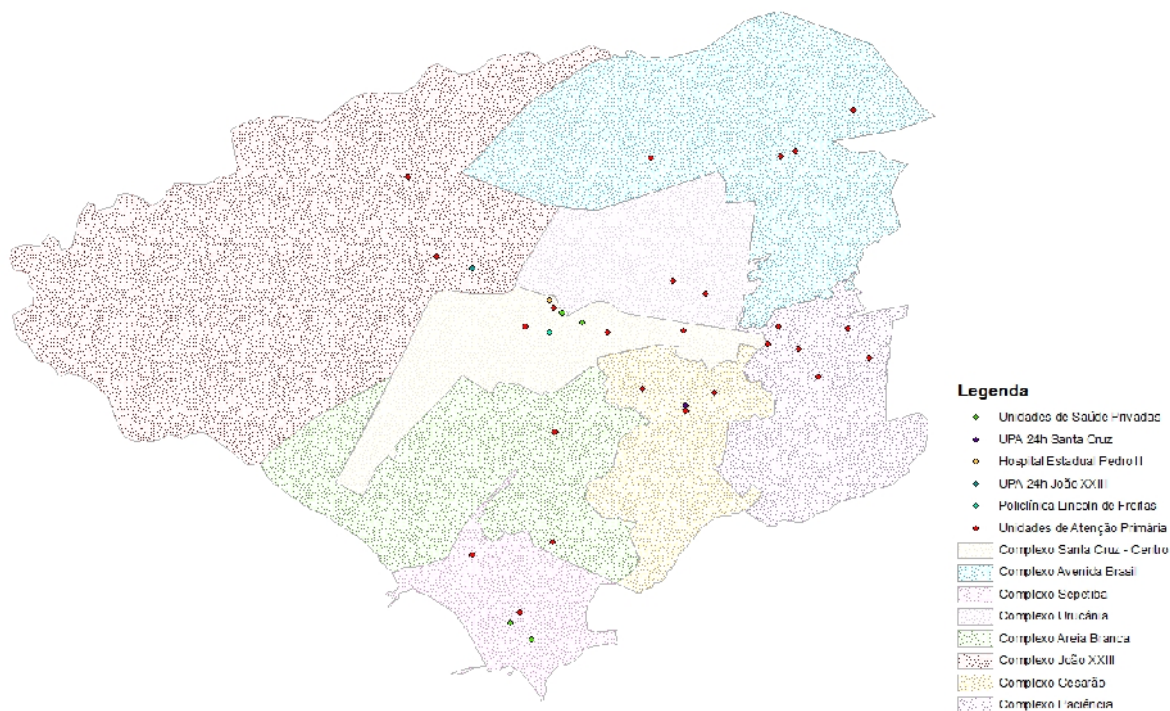
Figura 6: Serviços de Saúde Existentes na AP 5.3 de acordo com o tipo de serviço oferecido de 2000 a 2009.



Em 2000, o PS Professor Sávio Antunes foi transformado em unidade de saúde da família, a primeira da área com cinco equipes de saúde da família e duas equipes de saúde bucal e a Unidade Avançada de Cuidados Primários a Saúde (UACPS) Dr Cyro de Melo recebeu a primeira equipe de PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde). Em 2003, com o PROESF (Programa de Expansão da Estratégia Saúde da Família) implantou-se o PACS Nova Sepetiba e os PSF Alagado e Balneário Globo. Em 2004 foi inaugurado PSF Barro Vermelho. Todos os quatro serviços funcionavam em unidades alugadas pela prefeitura através de contrato com ONG (Organização não governamental). Nesta década, ainda, algumas unidades tradicionais foram transformadas em unidades de saúde da família como os postos de saúde Dr. Cyro de Melo, Dr. Cattapreta, Emydio Cabral e Ruy da Costa Leite. Ao final de 2009 a AP 5.3 contava com 35 equipes de saúde da família e duas equipes de PACS.

No ano de 2010 com a implantação do TEIAS o número de unidades de saúde aumenta, bem como, o número de equipes que ao final deste mesmo ano chegou a noventa e seis equipes, estas ações podem ser visualizadas no mapa a seguir que demonstra a expansão dos serviços de saúde na AP 5.3:

Figura 7: Distribuição Espacial dos Serviços de Saúde na AP 5.3 após implantação do TEIAS em 2010.



A Secretaria de Atenção à Saúde – SAS a partir de outubro de 2010 define como Serviço de Atenção Integral em Hanseníase aquele que possui condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos capacitados para desenvolver ações de diagnóstico precoce, tratamento oportuno de todos os casos diagnosticados, prevenção e tratamento de incapacidades e vigilância dos contatos intradomiciliares (BRASIL, 2010e).

Estes serviços podem ser caracterizados de acordo com o tipo de profissional que nele trabalha e pelo tipo de atividades que são desenvolvidas. O Tipo I é composto por médico, enfermeiro e técnico ou auxiliar de enfermagem. O Tipo II e Tipo III, também são compostos por estes profissionais, porém incorporam a equipe o fisioterapeuta e/ou o terapeuta ocupacional. A diferença entre os tipos baseia-se nas atividades desenvolvidas por cada um, como descrito no quadro abaixo, e os PCH municipais devem estar organizados de modo a dispor de tais serviços em seu território ou dispor de convênios ou pactuações intermunicipais que propiciem atendimento nos serviços Tipo II e III.

Quadro 13: Atividades desenvolvidas de acordo com o tipo de serviço de Atenção Integral a Hanseníase:

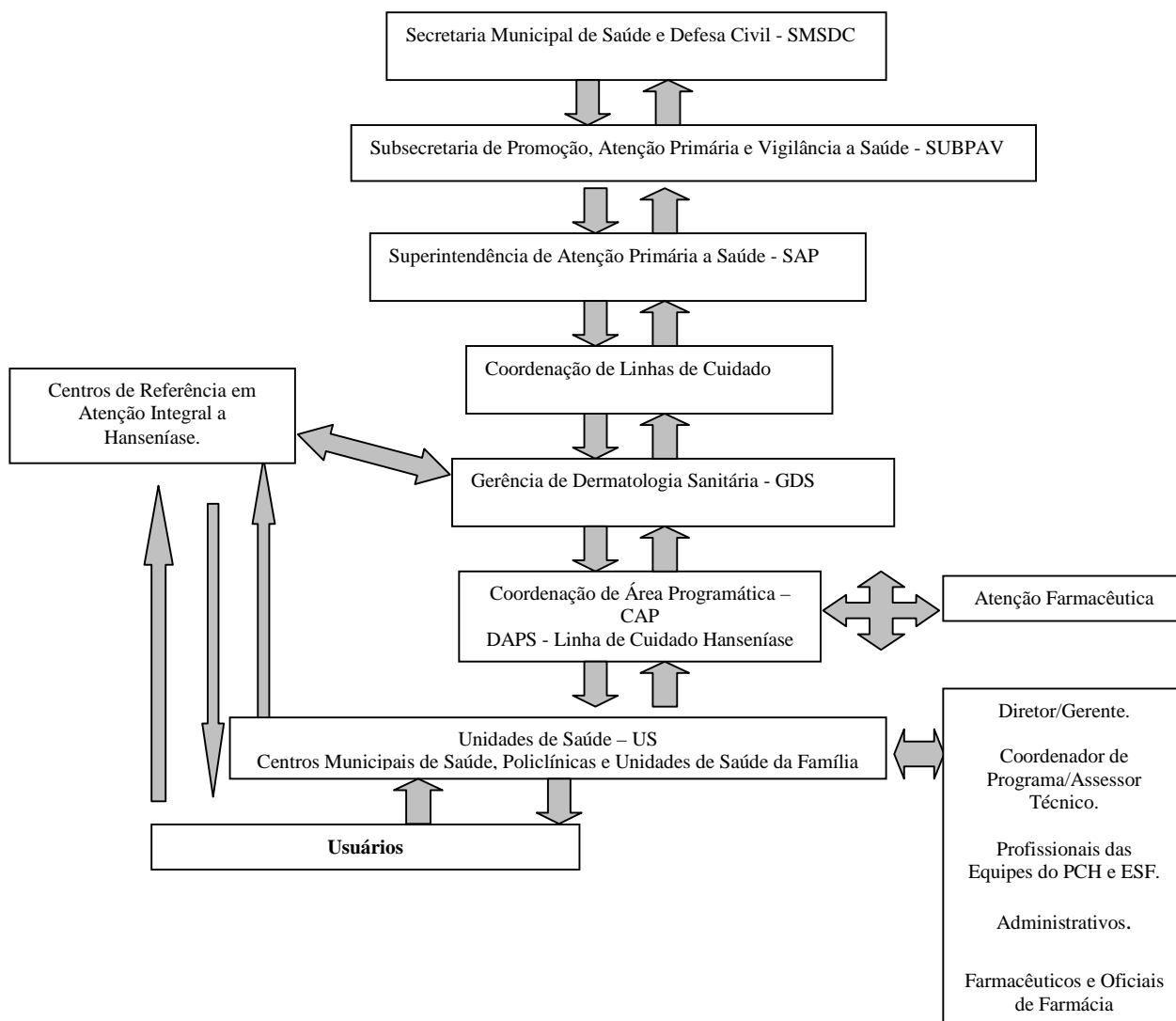
Tipo I	Tipo II	Tipo III
Ações educativas de promoção da saúde no âmbito dos serviços e da coletividade.		
Vigilância epidemiológica: identificação, acompanhamento dos casos, exame de contato e notificação ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN.		
Diagnóstico de casos de hanseníase.	Diagnóstico de casos de hanseníase, inclusive da forma neural pura; das reações hansênicas e adversas aos medicamentos; das recidivas; e de outras intercorrências e seqüelas.	
Avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade.		
Exame dos contatos, orientação e apoio, mesmo que o paciente esteja sendo atendido em serviço do Tipo II e III.	Coleta de raspado dérmico para baciloscopia.	Baciloscopia.
Tratamento com poliquimioterapia (PQT) padrão.	Tratamento com poliquimioterapia (PQT) padrão e esquemas substitutivos.	
Acompanhamento do paciente durante o tratamento da hanseníase e após a alta, mesmo que ele esteja sendo atendido em serviço do Tipo II ou III.	Acompanhamento do paciente durante o tratamento da hanseníase e após a alta.	Internação, pré e pós-operatório, procedimentos cirúrgicos, exames complementares laboratoriais e de imagem.
Prevenção de incapacidades, com técnicas simples e autocuidado apoiado pela equipe.	Prevenção e tratamento de incapacidades e autocuidado apoiado pela equipe.	
Encaminhamento para outros profissionais ou serviços.		

Fonte: Portaria 594 de 29 de outubro de 2010 (BRASIL, 2010e).

O município do Rio de Janeiro desenvolve de acordo com o tipo de serviço de atenção integral a hanseníase, as seguintes ações de assistência aos estados reacionais tanto durante quanto após o tratamento, em rede própria ou de apoio (como instituições estaduais ou federais). Entre as atividades desenvolvidas estão à avaliação dermatoneurológica, avaliação oftalmológica, diagnóstico diferencial dos estados reacionais, recidivas e outras morbidades, tratamento medicamentoso com drogas anti-reacionais, prevenção de incapacidades, reabilitação (nível secundário), reabilitação cirúrgica, avaliação das condições bucais e tratamentos, apoio social, apoio emocional, educação continuada, educação em saúde (população), pesquisa, sistema de informação GIL e monitoramento e avaliação.

O Programa de Controle da Hanseníase no município do Rio de Janeiro está presente nas dez áreas de planejamento e organizado, como a seguir:

Figura 8: Organograma do PCH-RIO:



Fonte: Informações prestadas pelos entrevistados para a pesquisa e organograma da SMSDC-Rio.

Em dezembro de 2009, a AP 5.3 contava com uma Policlínica, oito Postos de Saúde, oito Unidades de Saúde da Família (com trinta e cinco equipes de saúde da família e duas equipes de agentes de saúde - PACS), um Centro de Assistência Psicossocial tipo 2 (CAPS 2), um hospital geral do estado e quatro clínicas conveniadas, sendo uma em reabilitação, uma para internação psiquiátrica, uma de diálise e a outra com leitos de clínica médica, atendimento ambulatorial de ortopedia, oftalmologia e cardiologia.

O PCH estava implantado na Policlínica (serviço Tipo II), em quatro Centros Municipais de Saúde (sendo um Tipo II e três Tipo I) e nas oito unidades de Saúde da Família (também consideradas Tipo I). A Policlínica concentra, também, o Pólo de Incapacidades, o Laboratório e outras especialidades médicas necessárias à avaliação do usuário do programa

como a oftalmologia e a neurologia. A formação das equipes que atuam nestas unidades variava de acordo com a disponibilidade de recursos humanos, também com o vínculo empregatício e principalmente, com o tipo de serviço ofertado.

Em dezembro de 2010, a AP 5.3, em virtude do TEIAS e do fechamento das unidades que ofereciam serviços de urgência/emergência e internação da área - Hospital Estadual Pedro II e a Casa de Saúde República da Croácia – tem o seu contexto modificado. Entre as modificações estão à ampliação do número de equipes, ou seja, passa de trinta e cinco para noventa e seis equipes de saúde da família distribuídas em vinte e três unidades de saúde e oito Complexos (Avenida Brasil, João XXIII, Santa Cruz-Centro, Urucânia, Sepetiba, Areia Branca, Paciência e Cesarão). Cada complexo abrigava de dez a vinte e cinco equipes de Saúde da Família. A maioria das unidades “tradicionais” da área incorporaram equipes de saúde da família passando a serem consideradas, pela Carteira de Serviços de Saúde (SMSDC-RJ, 2010), unidades tipo B, quer dizer, unidades tradicionais com equipes de saúde da família. Em cinco unidades de saúde encontram-se implantados Pólos de Hanseníase com a equipe formada, no mínimo, por um médico dermatologista e um auxiliar de enfermagem.

A gestão do programa é realizada pela gerência de dermatologia sanitária, a nível central e descentralizada para as AP através dos DAPS (Divisão de Ações e Programas de Saúde) na linha de cuidado hanseníase. Em nível das unidades de saúde ela é coordenada pelo coordenador de programas de saúde ou pelo gerente da unidade (no caso das unidades de saúde da família). A função dos gestores, nos diferentes níveis, pode ser descrita nas seguintes falas:

“eu coordeno as ações e execução das atividades de controle, cuidado de orçamento, cuidado de capacitação, atividades de apoio e monitoramento, avaliação.” (E.18)

“aqui a gente trabalha com as estatísticas, supervisão das unidades que ainda tem o programa e que eram pólos (...) e agora eu to com a gerência fazendo a capacitação dos médicos de família.” (E.19)

“a gente organiza os programas. (...) além da estatística que a gente tem que fechar a gente acompanha muito o trabalho da enfermeira (...) acompanho a atuação da médica, (...) e a parte de busca que eles abandonam.” (E.1)

As ações da gestão para o desenvolvimento da assistência aos estados reacionais conforme as falas dos gestores nos diversos seguimentos podem ser descritas como a seguir:

- Treinamento de equipes de saúde para diagnosticar e tratar estados reacionais, para avaliação da função neural, prevenção de incapacidades e para ações de promoção.

- Treinamento das equipes de saúde da família para: reconhecer estados reacionais, encaminhar para unidades de referência, para ações de promoção da saúde e prevenção de incapacidades.
- Disponibilização de material didático, inclusive normas técnicas e fluxogramas de atendimento.
- Treinamento de profissionais para realização e análise de baciloscopia de linfa.
- Disponibilização de material educativo para realização de educação em saúde para os pacientes, famílias e comunidades, sobre estados reacionais e prevenção de incapacidades.
- Organização, Monitoramento e Avaliação do sistema de referenciamento e credenciamento de novas referências.
- Planejamento, monitoramento e avaliação, junto às equipes, dos processos de trabalho das equipes do PCH e de Saúde da Família quanto às ações de controle, vigilância de contatos e prevenção de incapacidades.
- Acompanhamento dos indicadores epidemiológicos e operacionais do PCH de acordo com o nível de gestão.
- Monitoramento através do SINAN, GIL e outros sistemas de informação o número de pacientes com ou que possam desenvolver estados reacionais.
- Planejamento, especificação e solicitação dos insumos necessários para o diagnóstico, tratamento medicamentoso e não-medicamentoso.

Para que o fluxo de assistência aconteça, as equipes de Saúde da Família da AP 5.3 devem ser capazes de identificar os episódios reacionais para isso no ano de 2010 a DAPS, junto aos profissionais das equipes do PCH da área, organizou vários treinamentos de acordo com a categoria profissional. Desta maneira, foram treinados médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, auxiliares de consultório dentário (ASB), técnicos de saúde bucal (TSB), agentes comunitários de saúde (ACS) e agentes de vigilância em saúde (AVS) e alguns profissionais que compunham os Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF), permitindo que cada unidade possuísse pelo menos um profissional treinado para assistência a hanseníase e identificação dos sinais e sintomas dos seus estados reacionais, como no quadro a seguir:

Quadro 14: Quantitativo de profissionais treinados em ações de controle, vigilância de contatos e prevenção de incapacidades no ano de 2010/ AP 5.3.

Profissionais	ESF	NASF	Pólo de Hanseníase	Total
Médico	29			29
Enfermeiro	37	05		42
Dentista	19			19
Fisioterapeuta		03		03
T. Ocupacional		01		01
Aux. Enfermagem	13		08	21
ACS	53			53
ASB	06			06
TSB	9			09
AVS	08			08
Administrativos	12			12
Total	186	09		203

Fonte: Linha de Cuidado Hanseníase, DAPS/CAP5.3.

Além destes profissionais, a AP 5.3 tem outros profissionais treinados para atenção integral a hanseníase, visto que a mesma desenvolvia treinamentos anuais voltados a hanseníase. A área também organizou um fluxo de referenciamento para os Serviço de Atenção Integral a Hanseníase, para assistência inclusive dos estados reacionais, de acordo com o território das equipes e localização das unidades de referência da área, como indicado no quadro 15.

Quadro 15: Unidades de Referência Ambulatorial da AP 5.3.

Complexos	Serviço de Atenção Integral a Hanseníase	Unidades de Saúde por Pólo
Areia Branca	PS Waldemar Berardinelle	PSF Nova Sepetiba *CF José Antônio Cirauco
Avenida Brasil	PS Aloísio Amâncio da Silva	PSF Dr. Cyro de Melo *CF Jamil Haddad PS En ^a Floripes Galdino PS Aloísio Amâncio da Silva
Cesarão	PS Cesário de Melo	PSF Ruy da Costa Leite PS Cesário de Melo *CF Edson Abdala Saad

		*CF Samuel Penha Vale
João XXIII	Policlínica Lincoln de Freitas	PSF Dr. Cattapreta PS Profº Ernani Paiva Braga
Paciência	PS Cesário de Melo	PSF Emydio Cabral *CF Helande Gonçalves de Melo *CF Ilzo Mota Melo *CF Lourenço de Melo *** OS Maria Aparecida de Almeida
Santa Cruz-Centro	Policlínica Lincoln de Freitas	PSF Profº Sávio Antunes – Antares *CF Deolindo Couto *CF Sergio Arouca Policlínica Lincoln de Freitas
Sepetiba	PS Waldemar Berardinelle	PS Waldemar Berardinelle/PSF Alagado** *CF Valéria Gomes Esteves
Urucânia	PS Décio do Amaral Filho	*CF Lenice Maria Monteiro Coelho PSDécio do Amaral/PSF Barro Vermelho**

Fonte: Linha de Cuidado Hanseníase – CAP 5.3, janeiro de 2011.

OBS: *CF – Clínica da Família, Unidades construídas em 2010 para abrigar ESF sendo consideradas Unidades A pela Carteira de Serviços (SMSDC, 2010).

**Unidades de Saúde que incorporaram equipes de saúde da família que existiam em unidades próprias.

*** CF Lourenço de Melo pertence ao Complexo Paciência, porém tem como referência a unidade do Complexo Urucânia, em virtude do acesso.

Nos casos relativos à avaliação e prevenção de incapacidades, confecção de órteses ou próteses e reabilitação de incapacidades os pacientes com reação hansênica são encaminhados para o Pólo de Incapacidades, localizado na Policlínica Lincoln de Freitas e de lá, dependendo do caso, podem ser encaminhados para ABBR (Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação, AP 2.1, Bairro Jardim Botânico) ou Instituto Oscar Clark (AP 2.2, Bairro Maracanã).

Os pacientes que apresentam necessidade de diagnóstico diferencial entre recidiva e quadros reacionais, quadros reacionais graves ou de difícil controle e internação são encaminhados para as seguintes unidades de referência: Santa Casa de Misericórdia (AP 1.0, Bairro Centro), Hospital Universitário Pedro Ernesto (AP 2.2, Bairro de Vila Isabel), Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (AP 3.1, Bairro Ilha do Governador), Ambulatório Souza Araújo (AP 3.1, Bairro Bonsucesso) ou Instituto Estadual de Dermatologia Sanitária

(AP 4.0, Bairro Jacarepaguá). A AP 5.3 não possui referência especializada para tratar estes casos em seu território.

Os pacientes que necessitam de internação cirúrgica para neurólise e transposição de tendão de pés e mãos devem ser encaminhados para o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, para a Santa Casa de Misericórdia ou Hospital Municipal Barata Ribeiro (AP 2.2, Bairro Mangueira).

Todas as referências acima citadas tanto para prevenção, tratamento quanto para reabilitação constam no Guia de Unidades de Referência Ambulatorial e Hospitalar elaborado pela Gerência de Dermatologia Sanitária da SMSDC em 2008. Este guia foi distribuído para as CAP para ser copiado e entregue em todas as unidades com PCH implantado. Neste protocolo constam a Unidade de Referência, seu endereço, telefones para contato, profissionais que atuam no serviço e os critérios de encaminhamento para procedimentos clínico-cirúrgicos, orientações de como encaminhar, além de informações que devem constar na guia de referência e contra-referência.

Além das complicações físicas das reações temos as de caráter psicossocial, nestes casos o usuário deve ser encaminhado ao serviço de psicologia e serviço social das unidades ou ser atendido pelo NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) que presta suporte a ESF de origem do paciente.

A disponibilização de material didático (normas e manuais) e de materiais educativos é feita pela gerência municipal do programa que repassa a DAPS e esta realiza a distribuição para as unidades de saúde através de malotes, via viatura responsável pela rota das unidades. Quanto aos insumos estes são solicitados a Organização Social em Saúde, que possui contrato de gestão com a área, que realiza a compra e distribuição dos mesmos para as unidades, exceto os medicamentos e material para confecção de órteses e próteses.

O monitoramento e avaliação dos processos de trabalho junto as equipes utiliza como ferramenta as visitas para supervisão das unidades, as estatísticas mensais da dermatologia sanitária e o acompanhamento dos indicadores epidemiológicos e operacionais que é feito através do SINAN.

4.3. Descrição do Grau de Implantação do Caso 1:

A unidade de saúde A, correspondente ao caso 1, existe há vinte e dois anos. De dezembro de 2000 a maio de 2003 funcionou em espaço provisório, cedido por uma escola

municipal, próximo ao endereço de origem, até o término da reconstrução da estrutura física, normalizando o funcionamento na nova Unidade, em junho de 2003.

Trata-se de uma Unidade de Atenção Primária a Saúde que oferece serviços de Clínicas Básicas (Clínica Médica, Ginecologia e Pediatria), Clínicas Especializadas (Dermatologia e Psiquiatria) e serviços de nível superior: Enfermagem, Farmácia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia e Psicologia. Em janeiro de 2010 passou a contar com duas equipes de Saúde da Família e duas equipes de Saúde Bucal (ESB) e em dezembro de 2010 recebeu mais duas ESF, totalizando quatro ESF e duas ESB. Sendo considerada pela Carteira de Serviços de Saúde (2010) do município - Unidade tipo B, ou seja, uma unidade mista com serviços básicos e ESF.

Quanto à planta física o prédio possui um pavimento, com a seguinte capacidade instalada: sete consultórios, quatro consultórios das ESF, um consultório odontológico com dois equipos, um escovário, uma sala de enfermagem, uma sala de curativos, uma sala de pré-consulta, uma farmácia, um almoxarifado, uma sala de reunião, uma sala de documentação médica, uma sala de gestão de recursos humanos (conhecida como núcleo), uma sala de esterilização de materiais, uma sala para ECG, uma sala de imunização, uma sala de repouso e procedimentos, uma sala de direção, uma sala de administração, uma sala de coleta de material para exame de laboratório, uma sala de expurgo, uma copa-cozinha, uma sala de vigilantes, uma sala de limpeza, dois sanitários públicos, dois sanitários para funcionários, duas salas de depósitos e área coberta de circulação externa.

Segundo o Plano Diretor da Unidade de 2008, cerca de 97% da população atendida é proveniente da área de abrangência da unidade, ou seja, das comunidades do entorno e que pertencem ao bairro de Santa Cruz ou ao bairro de Paciência. O PCH está implantado na unidade desde 2004 e serve de referência para treze ESF da área, até o momento. Em virtude da sua localização e malha viária atende usuários de outras localidades como da AP 5.2 (Campo Grande e adjacências), Paciência e Itaguái, como exemplifica a seguinte fala:

“Às vezes tem paciente da 5.2 que vem pra mim também, entendeu? Porque é mais perto vir pra cá do que para o Belisário ou do outro lado Sete de Abril, os pacientes vem pra cá.” (E. 3)

A equipe do PCH na unidade é formada por um profissional médico dermatologista e um auxiliar de enfermagem. Entretanto, até o início de 2009, integrava a equipe uma terapeuta ocupacional e uma enfermeira, a primeira assumiu um cargo de chefia no município em outra unidade de saúde e a segunda passou a integrar uma equipe do PCH em outra unidade de

saúde da AP. Desta forma, até este período poderia ser considerado um serviço de Atenção Integral a Hanseníase Tipo II, pela composição da equipe e serviços oferecidos, mas no momento está como serviço Tipo I.

“Não tem enfermeira do programa aqui, meu amor. Sou eu e a técnica de enfermagem (...). é importante ter uma equipe que passe a trabalhar com isso (o PCH) diretamente... tem que ter o TO aqui, que tinha e saiu, falta o TO”. (E 3)

A composição da equipe é um dos critérios para determinação e cadastro no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), do tipo de serviço de Atenção Integral a Hanseníase prestado pela unidade de saúde. De acordo com o tipo de serviço devem ser planejadas e executadas as ações de assistência a hanseníase e seus estados reacionais, logo uma unidade que não possua os profissionais adequados ao tipo de cuidado proposto pode tanto comprometê-lo quanto não realizá-lo.

“Aqui antes era pólo, porque tinha uma TO, agora a TO saiu e deixou de ser pólo. (...) Se a XX não estiver aqui ninguém faz dose e tem que ter, nem que o cara da farmácia entregue o raio desta cartela, mas ninguém pode sair daqui sem dose”. (E 3)

Os profissionais da equipe possuem formação para trabalhar com hanseníase e seus estados reacionais e atuam no programa há no mínimo quatro anos. O conhecimento dos profissionais sobre reação pode ser exemplificado na fala a seguir:

“Reação hansênica tem tipo um e tipo dois. Reação hansênica tipo 1 ela pode ser a neurite, as lesões antigas que viram placa eritematosas. (...)Então, a reação tipo um é a mais comum e a reação tipo dois é quando tem eritema nodoso, ela vem com febre, com várias outras coisas. (...)A hanseníase é uma doença infecciosa, é! Mas ela também é uma doença imunológica, uma doença auto-imune. A reação é uma doença auto-imune.” (E. 3)

As normas e manuais sobre hanseníase estão impressas, acessíveis e são utilizadas pelos profissionais da equipe. Os profissionais são liberados para participar de atividades de educação continuada em hanseníase e seus estados reacionais.

O Caso 1 por ser uma unidade de referência ambulatorial para ESF deve ser capaz de realizar o diagnóstico e tratamento de hanseníase e seus estados reacionais. Para que isto aconteça é necessário que a unidade de saúde possua profissionais atentos aos sinais e sintomas tanto da hanseníase quanto de seus estados reacionais, bem como, clareza nos fluxos de atendimento da unidade. Estes fluxos iniciam-se com o acolhimento do usuário na unidade

e os profissionais que o fazem devem compreender que aquela unidade é a referência da área em cuidado integral a hanseníase, como na fala a seguir:

“Aqui sempre ficou como referência, mesmo depois que deixou de ser pólo... Então sou referência para tratar reação na área, nessa região aqui... Quando é o clínico que tá tratando ou também o PSF, as reações vêm pra mim”. (E 3)

No entanto, os profissionais do programa relatam, também, dificuldades no acolhimento e em outras ações de assistência pelos outros profissionais. Tal fato pode acontecer em virtude de um único profissional de nível médio ser responsável por realizar acolhimento, dose supervisionada, grupo de mútuo-ajuda, sala de espera, visitas domiciliares, organização de arquivos do PCH, entre outras atividades, como relato abaixo.

“Como aqui a gente não tem como ficar só com um setor específico, por exemplo, eu faço parte do projeto da hansen, mas eu não posso ficar especificamente somente neste projeto. Então, eu trabalho também em outros setores (...) fico mais na porta de entrada, porque eu tenho que fazer a triagem da dermatologia, por exigência da direção. E assim o meu trabalho aqui é direcionar as pessoas para onde elas precisam ir (...) fazer o tratamento, faço palestras, faço sala de espera, faço reuniões mensais com os pacientes da hansen, faço ligações, visitas domiciliares, faço a medicação e organizo as coisas, basicamente o que a Dra. precisa. E se ela precisar de alguma coisa que eu possa ajudar ela no consultório, também sou chamada para fazer outras coisas”. (E 2)

As entrevistas revelaram um esforço da equipe para mobilização de outros profissionais da unidade para realização tanto do acolhimento quanto do cuidado aos casos de hanseníase e seus estados reacionais. Porém, os profissionais da equipe relatam dificuldades organizacionais e de adesão ao PCH, como descrito nas falas a seguir:

“O que facilita (...) a direção do posto ter mudado, melhorou em uma coisa: antes a direção queria escolher quem era mais capaz, porque é um programa difícil de trabalhar. Só que tem um princípio básico na vida, que é melhor quem quer, não adianta você obrigar uma pessoa que não queira fazer”.(E. 3)

“eu to aqui nesse posto há sete anos, eu já dei aula para os técnicos de enfermagem aqui para sensibilizar a porta de entrada, já fiz um monte de coisas que com o tempo isso cai em esquecimento dos próprios colegas de trabalho.” (E. 3)

“Eu já escutei que não quer trabalhar comigo por causa da hanseníase mesmo, por causa do preconceito. Estigma, que é forte até dentro da área de saúde. Eu não to falando do usuário não, to falando do colega de trabalho que não quer” (E.3).

Através da técnica de observação direta notou-se que o atendimento para acompanhamento dos casos de reação hansênica são agendados. No entanto, para aqueles pacientes que estão iniciando um surto reacional o atendimento é prioritário, independente do turno de atendimento (manhã ou tarde). Os pacientes também são orientados a buscar a assistência preferencialmente no turno matutino. Importante destacar que não existem profissionais ligados ao programa diretamente todos os dias para acolhimento dos usuários. Desta maneira, estes devem ser acolhidos pelos profissionais que realizam a triagem, o que configura um outro problema – a negação do acesso ao cuidado na própria unidade de saúde, como referido a baixo:

“Porque é muito difícil conseguir convencer a porta de entrada (...) conseguir convencer a todos que o paciente que esta com hanseníase é prioridade, porque ele precisa e pode ficar aleijado. A dor você não vê, a criança com sarna e impetigo você vê, se qualquer pessoa fizer a minha triagem vou atender sarna e impetigo, não vou atender paciente em reação”.(E.3)

O local de espera para atendimento é amplo, possui cadeiras, bebedouro e banheiros separados para usuários de ambos os sexos e adaptados a portadores de deficiência. A ventilação é natural, visto que, localiza-se em uma área aberta da unidade com cobertura, a exemplo de uma grande varanda. A sala (consultório médico) permite acesso aos portadores de deficiência e possui maca e mobiliário adequado. A ventilação e a iluminação são artificiais. O atendimento é realizado com a porta fechada e reservado, apenas com examinador e paciente, salvo os casos que necessitam de acompanhante.

O diagnóstico da hanseníase e de seus estados reacionais é realizado pelo profissional médico. No entanto, o exame dermatológico (inspeção de manchas ou nódulos e teste de sensibilidade térmica e tátil da lesão), bem como, a avaliação neurológica simplificada (com palpação de nervos e teste de força muscular) pode ser realizada pelo médico, enfermeiro, fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional. A identificação de sinais e sintomas tanto da hanseníase quanto dos estados reacionais é função de todos na equipe.

No caso 1 apenas o profissional médico realiza a avaliação neurológica simplificada, visto que, esta não é uma atribuição do auxiliar ou técnico de enfermagem. O auxiliar ou técnico de enfermagem tem como atribuição identificar sinais e sintomas da hanseníase e de

seus estados reacionais, para isto é necessário que o mesmo tenha adquirido informações para tal, como no relato a seguir:

“... eu trabalhava na clínica médica, ela foi me ensinando às coisas (...). Aí ela foi me ensinando como fazer a medicação, saber ver as reações, saber detectar as manchas, (...), ela me ensinou a ver as mãos e os pés, depois ela me ensinou a fazer a porta de espera. Tudo foi ela que me ensinou. Ela me chamava para ver os casos”.(E. 2)

Para a realização da biópsia de pele a equipe possui punches, fios para sutura, anestésicos locais e materiais de consumo para curativos como gaze e esparadrapo. A biópsia é realizada no próprio consultório médico e o material coletado é protocolado e enviado a CAP 5.3, que envia para o laboratório de referência municipal. Os exames laboratoriais complementares que requerem a coleta de sangue, fezes ou urina são coletados ou recebidos por equipe de técnicos de enfermagem da unidade diariamente, das 7h as 9h, e enviados para o laboratório de referência, através de viatura da CAP que realiza a rota da área. Durante a observação todos os materiais de consumo para coleta de sangue estavam disponíveis.

No caso do esfregaço dérmico de linfa ou baciloscopia de linfa (BAAR) a unidade não possui sala destinada à coleta e também, pessoal treinado para sua realização. Desta forma, encaminha todos os pacientes que necessitam da mesma para a unidade de referência da AP. A realização do esfregaço de linfa é importante, em alguns casos, para diferenciação entre reação hansênica e recidiva, o que torna a qualidade deste exame determinante para o diagnóstico diferencial.

Durante a observação verificou-se que a unidade de saúde possuía condições de estrutura física para coleta de linfa, ou seja, uma sala para coleta de material biológico (sangue) que poderia ser usada para a coleta de linfa, material permanente (cuba rim, cuba redonda, pinça e cabo para bisturi) e de consumo (algodão, álcool, lamina de bisturi, esparadrapo, lamina fosca e vasilhame para transporte da lamina), mesmo assim não era realizada. Destaca-se esta situação, visto que, entre as considerações feitas pelos profissionais estavam às condições de acesso dos usuários aos serviços de referência, em virtude da situação econômica dos mesmos, como referido a seguir:

“O nível sócio-econômico é muito baixo. (...) Isso é um problema e as vezes você manda para referência, aqui as pessoas não saem daqui. (...) Eles nascem aqui, eles vivem aqui, de catar um papelão, de vender isso ou aquilo.” (E. 3)

A questão da dificuldade de acesso aos serviços de referência não está restrita a coleta do BAAR de linfa. Para o caso 1, além do acesso a assistência, esta diz respeito às barreiras geográficas e sócio-econômicas que dificultam a prestação do cuidado integral e coordenado. Exceto as referências para coleta de BAAR de linfa e prevenção e reabilitação de incapacidades, todas as outras se localizam em outras áreas de planejamento. A fala a seguir reflete o exposto:

“Você fala para ir a Campo Grande parece que eu estou mandando ir aos Estados Unidos, quando você manda para uma Fiocruz, uma Santa Casa, eles não vão. Eles não saem daqui, aí eu descobri o que era exclusão social. Isso é o que eles conhecem do mundo, eles acham que o mundo é só isso aqui”. (E. 3)

As dificuldades de acesso aos serviços de saúde por parte destes usuários implicam na resolução de situações como esclarecimento diagnóstico, diagnóstico diferencial, definições de condutas em estados reacionais graves, uso de drogas anti-reacionais alternativas e internações para tratamento de complicações e cirúrgico. Tais situações devem ser encaminhadas para serviços de atenção integral a Hanseníase Tipo III, no entanto, apesar dos encaminhamentos e considerando as dificuldades de acesso dos usuários, os profissionais do serviço de menor complexidade realizam ações de competência de outro nível de atenção, como na fala a seguir:

“Você imagina se você tá com dor, você não vai pra lugar nenhum. (...) Quantos quilômetros fica da Fiocruz para cá, você marcou? Então se você tá com dor como é que você vai para lá? Eu não consigo que vá para o Lincoln, que é muito mais perto, como a minha referência, vai ser tão longe? (...) Então, como é que eu vou mandar este cara para tão longe. Os estados reacionais a maioria das coisas a gente faz aqui”.(E.3)

O Guia de Referência e Contra-Referência do PCH-Rio estava acessível à equipe e o impresso de referência e contra-referência estava disponível para a utilização. Os profissionais entrevistados conheciam o guia e o utilizavam quando necessário. As dificuldades descritas pelos profissionais, nas falas abaixo, no que tange as referências dizem respeito ao acesso as unidades, a clareza dos fluxos para atendimento ambulatorial e cirúrgico, ao acolhimento e não preenchimento da contra-referência, respectivamente:

“Nossa referencia é Curupaiti (...) o paciente tem que chegar de manhã, nós estamos em Santa Cruz, até eu conseguir uma ambulância você acha que ele vai chegar em Jacarepaguá antes do meio dia? Eles só têm ambulatório de manhã e precisa passar pelo ambulatório para ser internado”.(E.3)

“Falam que Fundação faz, nunca paciente meu conseguiu, falam que Santa Casa faz, mas também nunca consegui, nunca conheci ninguém que fizesse neurólise”.(E.3)

“A dificuldade é essa de mandar o paciente para cirurgia que agente nunca consegue”.(E.2)

“O maior problema é não responder, as informações não ficam registradas (para o paciente), até porque o nível deles é muito baixo. O segundo é nem receber, muitos tem uma dificuldade muito grande de ir e as vezes nem são recebidos.” (E.3)

Quanto ao tratamento dos estados reacionais, durante a observação direta, observou-se à disponibilidade de prednisona, talidomida e pentoxifilina. Todos estes medicamentos eram armazenados e dispensados pela farmácia da unidade, que era climatizada e possuía um farmacêutico responsável pela mesma. A talidomida só era liberada mediante ao preenchimento e assinatura do termo de uso e orientações de restrição pelo médico e paciente. A liberação dos medicamentos era registrada no prontuário do paciente e controlada através de cópia das receitas emitidas. A relação entre acesso, tratamento e o uso de medicamentos alternativos, a equipe do programa referiu dificuldades de executar as orientações da referência pela falta de alguns recursos, como relato a seguir:

“... eu já mandei paciente para a Fiocruz e o Dr. colocou, não lembro se foi azitriotina ou ciclosporina, só que eu não tenho na rede. De que adianta a minha referência me colocar um remédio, que eu não tenho na rede esperada.” (E.3)

Os curativos eram realizados na unidade, pela equipe de enfermagem, e supervisionados pelo profissional médico do programa quando necessário. A unidade de saúde dispunha de esfigmomanômetro e estetoscópio para verificação da pressão arterial, glicosímetro para aferição da glicemia capilar e balanças tanto adultas quanto infantis. Tais equipamentos localizavam-se na sala de pré-consulta da clínica médica e pediatria, onde a equipe de enfermagem da unidade realizava as respectivas aferições. Os profissionais de saúde quando questionados sobre o monitoramento de pressão arterial, peso e glicemia dos pacientes em uso de corticoterapia confirmaram que antes da consulta médica todos passavam pela pré-consulta e as informações eram registradas no prontuário central do paciente.

“Os pacientes chegam, eles vão para a sala vinte, ali é verificada a pressão, são pesados e visto a glicemia, e anotado no prontuário central”.(E.3)

A equipe não dispunha de viatura para realização de visitas domiciliares aos pacientes do PCH. Quando questionados sobre a realização de busca ativa de pacientes em abandono do uso de drogas anti-reacionais, apenas 33% dos profissionais referem que a realizam. Tal resposta gerou uma dúvida, visto que, em primeiro lugar não há nenhuma recomendação do PCH que esta atividade seja realizada sistematicamente. Uma segunda hipótese foi à compreensão sobre a diferença entre abandono ao tratamento com a PQT e abandono ao tratamento com drogas anti-reacionais. Por último, o questionamento de como a equipe pode realizar tal atividade se todos os seus membros ao serem questionados sobre o conhecimento do quantitativo de pacientes em tratamento de quadros reacionais, nenhum soube precisar o quanto e qual forma de registro usam para tal, como descrito nas falas a seguir:

“Eu até conheço os pacientes que estão em estados reacionais, mas a quantidade não. Mais ou menos uns quatro.” (E.1)

“Mais ou menos trinta e cinco pacientes, porque os de reação não ficam aqui, eles ficam direto na sala da dermatologista. (...) Esse arquivo, o de reação, fica lá na sala dela, só quando ela chama lá ... por isso eu não tenho exatamente.” (E. 2)

“Eu conheço todos, agora você me perguntar quantos são, eu posso te dar uma média. Mais ou menos uns quinze.” (E. 3)

Os profissionais da unidade quando perguntados sobre o número de casos novos de hanseníase registrados na unidade no ano corrente declararam quantitativos não condizentes com os registrados. O registro das informações em prontuário tanto faz parte da coordenação do cuidado quanto do monitoramento e avaliação do processo de trabalho das equipes do PCH, porém este não é o único instrumento a ser usado para tais finalidades. Durante a observação direta vimos que o livro de registro de casos novos estava atualizado e que neste livro já constava o campo “reação durante o tratamento”. Observou-se também que a equipe registrava os casos de reação no livro, mas esta ação se dava ao término do tratamento, quando a equipe preenchia e enviava a gerência o Boletim de Acompanhamento dos casos. No dia da visita foram observadas a existência do registro ativo de pacientes em tratamento com a PQT, que estava organizado e atualizado segundo as normas do PNCH.

Ao verificarmos a existência de outros tipos de registros voltados ao paciente em estados reacionais durante e após o tratamento com a PQT encontramos relatos no Livro de Ordens e Ocorrências da enfermagem e nos prontuários do PCH que ficavam arquivados

separadamente dos demais prontuários da unidade. Os prontuários eram a única fonte para se obter informações como: quantos pacientes estão em tratamento de estados reacionais no momento, quantos durante e quantos após alta, tipo de tratamento usado e possíveis abandonos. Quando perguntado aos profissionais sobre a existência de tais registros os mesmos referiram não haver nenhum tipo de arquivo ou material específico para registrar os casos que apresentavam estados reacionais, como no exemplo abaixo:

“Eu tenho pacientes só com prontuário central. (...) Estes pacientes se eu não lembrar o nome, eles não tem registro em lugar nenhum. Os meus que são daqui a gente tem prontuários separados que agente faz, mas esses que vem tratar somente tratar a reação de outros postos, isso não tem.” (E.3)

O registro no prontuário é fundamental para coordenação do cuidado. Entretanto, para o planejamento do processo de trabalho da equipe (destinação de 25 a 30% dos atendimentos para pacientes com estados reacionais, visitas a pacientes em abandono de prednisona e talidomida, temática da educação em saúde, atividades de prevenção de incapacidades, por exemplo) ele é uma ferramenta de pouca agilidade, visto que os prontuários são constituídos em papel e não meio eletrônico ainda.

O sistema de informações locais (GIL) estava implantado na unidade e todos os profissionais foram orientados quanto ao preenchimento das informações para alimentá-lo, como verificado na entrevista. Na observação direta vimos que existia ficha de registro de atendimento para o GIL e que o mesmo era digitado regularmente na unidade. A unidade dispunha de CID-10 para consulta e os profissionais tinham acesso ao mesmo quando necessário. Outros registros também foram encontrados como o Registro Mensal de Atividades da Dermatologia Sanitária e o Boletim de Controle de Estoque para liberação de medicamentos do PCH que eram enviados a CAP mensalmente.

O caso 1 teve apenas três prontuários analisados, visto que, o ano escolhido para análise dos prontuários dos casos novos detectados naquele ano, foi o ano de implantação do programa. Deste modo, dos quatro casos novos detectados em 2005, um prontuário foi descartado por ter sido abandono de tratamento. Quanto aos dados coletados podemos observar que dois pacientes foram classificados como paucibacilares e um como multibacilar, todos fizeram baciloscopia e tinham seus resultados anexados e descritos no prontuário, apenas um paciente era grau um de incapacidade no momento do diagnóstico, nenhum deles tinha grau de incapacidade registrado na alta, todos apresentaram reações durante o tratamento. Dois pacientes tinham registrado apenas um surto reacional, um deles dois surtos

registrados, dois apresentaram reação tipo 1 e uma reação tipo 2, dois apresentaram surto reacional após a alta pela PQT, dos três pacientes dois não foram avaliados e um não foi registrado em prontuário e em nenhum deles foram encontrados registros de avaliação do grau de incapacidade um ano após a alta.

Quanto à qualidade dos registros em prontuários, todos eles tinham preenchidos os dados de identificação do paciente e a ficha de avaliação do grau de incapacidades. Além disso, todos tinham registradas as informações referentes à anamnese. Quanto à evolução e tratamento em todos estavam registradas as informações sobre alta da PQT, surtos reacionais e terapêutica utilizada, encaminhamentos, exame dermatoneurológico, orientações para o auto-cuidado e exercícios. Não foram encontrados registros sobre atendimento por psicólogo, assistente social ou dentista e GI no decorrer do tratamento das reações, bem como, do grau de incapacidade na alta e orientações para o autocuidado na alta. A qualidade dos registros foi comprometida por alguns relatos médicos serem ilegíveis.

Um dos questionamentos feitos a equipe e sua coordenação foi se havia um momento para reunião de equipe, por compreender que o pleito deste espaço é necessário para discussão e monitoramento dos casos e para o planejamento das atividades. Observamos que não havia uma rotina sistematizada de reuniões, embora os profissionais entendessem a necessidade da mesma, como os relatos abaixo:

“... teria que ter o envolvimento dos outros profissionais. Estes casos deveriam ser discutidos para todos da unidade (...) até mesmo para alertar os clínicos, ginecologistas, os médicos que estão mais ali frente a frente com os pacientes.” (E.1)

“Eu acho necessária a equipe multidisciplinar, eu preciso dela para me reunir.” (E.3)

A prevenção de incapacidades por técnicas simples era desenvolvida na unidade tanto pelo profissional médico quanto pela enfermagem, no que se refere a educação em saúde para os pacientes. Esta atividade se dá através das orientações e estímulo para o autocuidado individualmente durante as consultas e em grupos de mutua-ajuda. A avaliação simplificada da função neural era realizada apenas pelo médico, que encaminhava os pacientes para acompanhamento pelo terapeuta ocupacional na unidade de referência, de acordo com o caso.

Quanto ao monitoramento do potencial incapacitante pós-alta por cura a equipe refere realizar seu monitoramento, porém não possuíam estratégias pré-estabelecidas para tal. O monitoramento era realizado desde que o paciente tivesse iniciado quadro reacional durante o tratamento e permanecido no pós-alta a PQT. O paciente que não manifestou surto reacional

durante o tratamento e venha desenvolvê-lo apenas no pós-alta era recebido como demanda espontânea, não havendo monitoramento. As falas a seguir exemplificam esta situação.

“Se ele está em estado reacional ele continua indo para a TO”.(E.3)

“Alguns até procuram e a Dra é quem avalia”.(E.1)

Os materiais necessários para o desenvolvimento das técnicas de prevenção de incapacidades encontravam-se disponíveis na unidade, ou seja, álcool (utilizado como alternativa ao éter para sensibilidade térmica), algodão, conjunto de monofilamentos de Semmes-Wenstein, hidrocor ou lápis de cor para marcação, ficha de registro da avaliação neurológica simplificada, lupa e fio dental (para avaliação de olho), materiais educativos sobre hanseníase e suas reações (panfletos, cartazes, cartilha de direitos e deveres do portador de hanseníase e sobre realização de auto cuidado). Não foram encontrados materiais para confecção de órteses e próteses.

A partir da descrição do caso e do preenchimento da matriz de análise e julgamento (Quadro 16) podemos perceber que o componente estrutural insumos encontra-se implantado (83,7%) e o componente estrutural atividades está parcialmente implantado (63,4%). Entretanto, o somatório dos componentes revela que o Caso 1 apresenta-se parcialmente implantado, visto que seu escore total é igual a 74,6%.

Quadro 16: Matriz de Análise e Julgamento – Caso 1.

Componente Estrutural	Dimensão	Subdimensão	Indicadores ou Critérios	Relevância	Pontos Esperados (PE x GR)	Pontos de Corte	Pontos Observados (PO x GR)	Grau de Implantação GI = PO/PE x 100
Insumos	Conformidade	Disponibilidade	Recursos humanos de acordo com o tipo de serviço (tipo I, II ou III).	RRR	100	Adequado =10 Pouco Adequado = 5 Inadequado = 0	0	0%
			As Normas técnicas e protocolos são 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%
			Acesso 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	50	100%
			Existência de laboratório equipado para apoio diagnóstico na área.	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	0	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	100	100%
			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	50	100%
			Existência de equipamentos para pré-consulta (esfigmomanômetro, balança adulta e infantil, glicosímetro).	RRR	100	Esfigno: S=3 / N=0 Glicosímetro: S=3 /N=0 b. adulta: S=2 /N=0 b. pediátrica : S=2 /N=0	100	100%
			Farmácia Climatizada.	RRR	100	SIM= 10 NÃO = 0	100	100%
			Medicamentos anti-reacionais (prednisona, talidomida e pentoxifilina).	RRR	100	Prednisona: S=4 / N=0 Talidomida: S=4 / N=0 Pentoxifilina: S=2 / N=0	100	100%
			Material para educação em saúde para hanseníase (panfletos, cartazes e cartilhas).	RR	50	Cartilhas: S=4 / N=0 Panfletos: S=4 / N=0 Cartazes: S=2 /N=0	40	80%
			Monofilamento para avaliação da função neural de pés e mãos.	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%

			Lupa e fio dental para avaliação dos olhos	RRR	100	Lupa: S=5 / N=0 Fio dental: S=5/N=0	100	100%			
			Material para confecção de órteses e próteses.	RRR	100	SIM= 10 NÃO = 0	0	0%			
			Existência de viatura para realização de Visita domiciliar.	RR	50	SIM= 10 NÃO = 0	0	0%			
			Existência de mapeamento das unidades para referência.	RR	50	Existe = 10 Não Existe = 0	100	100%			
			Preenchimento dos Instrumentos de registro legais.	RRR	100	SIM= 10 NÃO = 0	100	100%			
			Preenchimento adequado dos instrumentos de registros legais	RRR	100	Adequado =10 Pouco Adequado = 5 Inadequado = 0	50	50%			
			Total de pontos do componente estrutural insumos	----	1600	-----	1340	83,7%			
			Atividades.	Conformidade	Qualidade Técnico Científica	Conhecimento técnico-científico dos profissionais (formação em Hanseníase).	RRR	100	Adequado =10 Pouco Adequado = 5 Inadequado = 0	100	100%
						Acesso dos profissionais a capacitações em estados reacionais.	RR	50	SIM = 10 NÃO = 0	50	100%
						Utilização de Normas e Protocolos.	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%
						Organização dos fluxos de atendimento.	RR	50	Adequado=10 Pouco Adequado = 5 Inadequado=0	25	50%
						Conhecer o Número de Casos Novos de Hanseníase diagnosticados no ano.	RRR	100	SIM = 10 NÃO= 0	0	0%
						Conhecer o número de usuários que apresentam Estados Reacionais.	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 Ações Educativas que abordam os ER	RR	50				Grupo=5 Individual=5 Não realizam =0	50	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%			
Confecção de órteses e próteses.	RR	50				SIM = 10 NÃO= 0	0	0%			
Acesso aos serviços de referência	RRR	100				Adequado= 10 Pouco Adequado =5 Inadequado= 0	50	50%			
Preenchimento pela equipe da Guia de Referência e Contra-Referência	RRR	100				SIM = 10 NÃO= 0	100	100%			
Respostas dos casos encaminhados as referências	RRR	100				Adequado= 10 Pouco Adequado =5 Inadequado= 0	50	50%			

			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.	RR	50	Adequado= 10 Pouco Adequado =5 Inadequado= 0	50	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	0	0%
			Total do Componente Estrutural Atividades	----	1300	----	825	63,4%
Nível de Implementação			Somatório dos componentes estruturais (Insumos + Atividades)	----	2900	----	2165	74,6%

4.4. Descrição do Grau de Implantação do Caso 2:

A unidade B funciona a vinte e três anos com a mesma área física construída inicialmente. A estrutura física se dá em um pavimento com área construída de 300m², onde estão instalados treze consultórios médicos e não médicos (destes três são das ESF), uma sala de imunização, um consultório de odontologia (com dois equipos), uma sala de hipodermia, uma sala de atendimento ao pé-diabético, uma sala de curativos, uma sala de esterilização, uma sala de coleta de material biológico, uma sala de reunião, uma sala de acolhimento, um setor de documentação médica, um almoxarifado, uma sala de direção, uma farmácia, um setor de expurgo, dois banheiros para funcionários e dois banheiros públicos.

Trata-se de uma unidade de Atenção Primária tipo B, visto que, desde janeiro de 2010 incorporou ao quadro da unidade, três equipes de saúde da família e duas equipes de saúde bucal. O PCH funciona como referência para doze equipes de saúde da família pertencentes à área de dois complexos da AP 5.3. A equipe do PCH era formada por uma médica dermatologista, uma enfermeira e uma auxiliar de enfermagem caracterizando o serviço como Serviço de Atenção Integral a Hanseníase Tipo I.

O tempo mínimo de atuação dos profissionais no programa era de três anos e o máximo de nove anos. Todos os profissionais da equipe passaram por cursos de capacitação em controle da hanseníase que abordaram os estados reacionais. O conhecimento dos profissionais sobre o que é reação pode ser exemplificado a seguir:

“Reação hansênica é um mecanismo do sistema imunológico em relação ao bacilo.” (E.5)

“Reação hansênica eu entendo que é um processo inflamatório e existem dois tipos de reação. A tipo 1 e a tipo dois. A tipo 1 a gente trata com os corticóides e a tipo 2, normalmente aqui a gente trata com talidomida.” (E.6)

“Ah... porque a reação hansênica muita gente pensa que começa a tomar o remédio, acha que é do remédio e querem parar e a reação hansênica não é, né? Reação hansênica é reação da doença.” (E.4)

As normas e manuais sobre hanseníase estavam impressos, acessíveis (dispostos na direção da unidade) e eram utilizadas pelos profissionais da equipe, quando necessário. Os profissionais também eram liberados para participar de atividades de educação continuada em hanseníase e seus estados reacionais.

Todos os profissionais da equipe realizavam identificação dos sinais e sintomas da hanseníase e seus estados reacionais através do exame da pele e a avaliação da função neural era feita por médica e enfermeira da equipe. O atendimento aos pacientes em acompanhamento de estados reacionais era agendado e os casos de abertura de quadro reacional eram considerados prioridade de acordo com a gravidade do caso. Apenas em três turnos de trabalho durante a semana não existia nenhum profissional do PCH de plantão. O horário de atendimento aos casos de hanseníase e seus estados reacionais era prioritariamente o matutino, porém quando necessário os pacientes eram atendidos à tarde. O acolhimento era feito pela técnica de enfermagem do programa na sala onde se realizavam os demais acolhimentos da unidade.

Um dos problemas relacionados pela equipe foi à falta de envolvimento de outros profissionais da unidade tanto para o acolhimento quanto para a suspeição diagnóstica e tratamento dos mesmos. Tal fato também refletia no acompanhamento de co-morbidades. Estas situações podem ser exemplificadas nas falas a seguir:

“... eu não sou só do programa, entendeu? Eu conheço os pacientes, eu sei, porque eu to no programa desde que iniciou. Só que agora eu não estou só no programa, trabalho aqui e trabalho em outros setores”. (E.4)

“... eu sou a única médica que atende o programa (...) tem também poucos clínicos, poucos pediatras, então, quando há essas complicações nós temos muitas dificuldades”. (E.5)

“Eu acho que é a atenção na porta de entrada. (...) dificuldade também se torna de alguns profissionais de não encaminhar, de não pedir auxílio a algum enfermeiro e o paciente acaba passando sem perceber”. (E.7)

O prédio foi construído para ser um Posto de Saúde, no entanto, sua conservação e higienização eram dificultadas por sua estrutura em placas de concreto. Este tipo de construção não possui janelas e a iluminação natural é ausente. A infra-estrutura inicial também não foi planejada para receber as ESF e ESB apresentando problemas de ambientação. O local de espera possuía assento para os pacientes, mas não em número suficiente e adequado. A sala de consulta permitia acesso aos portadores de deficiência por considerarmos a largura da porta, entretanto, o espaço físico do consultório com o mobiliário adequado dificultava a circulação de cadeirantes. O atendimento era realizado com porta fechada e sempre que possível apenas examinador e paciente, salvo nos casos que requeriam a presença de acompanhante.

O Caso 2 apesar de estar classificado como serviço de Atenção Integral a Hanseníase Tipo I, pelas categorias profissionais que o compõe, exerce ações relativas ao serviço Tipo II. Ações relativas ao diagnóstico de casos de hanseníase, das reações hansênicas e efeitos

adversos aos medicamentos, das recidivas e de outras intercorrências ou seqüelas, tratamento com esquemas padrão e substitutivos da PQT e ainda, o acompanhamento dos casos pós-alta eram exemplos de atividades desenvolvidas pelo Caso 2 e que não o cabiam como serviço tipo 1.

O diagnóstico, tratamento medicamentoso e acompanhamento dos casos de estados reacionais eram realizados pelo profissional médico do PCH, com o apoio dos outros profissionais da equipe. Através da observação direta notou-se que para a biópsia de pele a equipe possuía punches, fios para sutura, anestésicos locais e materiais de consumo para curativos como gaze e esparadrapo. A biópsia era realizada no próprio consultório médico e o material coletado era protocolado e enviado a CAP 5.3, que enviava para o laboratório de referência municipal, como fluxo comum ao caso 1.

No caso da baciloscopia de linfa a unidade possuía sala destinada à coleta e pessoal treinado para sua realização. Apesar disto, a unidade não realizava a coleta da BAAR e encaminhava todos os pacientes que necessitavam da mesma para a unidade de referência da AP.

Os exames laboratoriais complementares que requerem a coleta de sangue, fezes ou urina eram coletados ou recebidos por equipe de técnicos de enfermagem da unidade diariamente, das 7h às 9h, e enviados para o laboratório de referência, através de viatura da CAP que realizava a rota da área, como fluxo do caso 1. Durante a observação todos os materiais de consumo para coleta estavam disponíveis. Apesar de existir um fluxo para realização dos exames uma das queixas relatadas pela equipe foi à demora para receber os resultados do exame, como na fala a seguir:

“A grande questão agora também é exame laboratorial, porque o exame de urgência leva trinta dias, quando consegue. (...) A gente pede a urgência e não consegue fazer um simples hemograma”. (E. 5)

Quanto ao tratamento medicamentoso dos estados reacionais a unidade possuía farmácia climatizada, onde eram armazenados e dispensados os medicamentos, também contava com farmacêutico responsável. O controle de estoque e a dispensação eram feitos por sistema de informação próprio, alimentado através das cópias dos receituários. Existia o Boletim de Controle de Estoque para a liberação de Medicamentos do PCH que era preenchido e encaminhado a CAP. No momento da visita havia disponibilidade de prednisona e talidomida. A talidomida só era liberada mediante ao preenchimento e assinatura do termo de uso e orientações de restrição pelo médico e paciente. No dia da observação não havia

pentoxifilina disponível remetendo a um problema levantado pela equipe com relação à disponibilidade de medicamentos alternativos sugeridos pelo PCH, como relato abaixo:

“Tem algumas medicações que a Dra. não passa por aqui, por não ter estas medicações na unidade”.

(E. 6)

Os profissionais reconhecem a existência de viatura para realização de visitas domiciliares. Todos os profissionais afirmaram a realização de busca ativa aos pacientes em abandono de drogas anti-reacionais, porém mais uma vez ficou claro que a equipe entendeu o questionamento como abandono a poliquimioterapia. Nos casos de abandono a PQT a equipe utilizava para busca o contato telefônico, as visitas domiciliares e o contato com as equipes de saúde da família. Estas situações são exemplificadas de acordo com as falas abaixo:

“... eu acredito que a gente tenha tido um caso só de abandono, mas sempre tem a possibilidade de acesso ao PSF, também. Teve um caso que aconteceu isso.” (E.5)

“Quando é muito difícil, por visita domiciliar, a gente pede a CAP e a CAP manda um carro. Aí, quando tem telefone e o telefone responde, aí é por telefone. Até ajuda do PSF, a gente pede muito, porque é área que não é do PS. Aí a gente pede ajuda.” (E.4)

A unidade dispunha de esfigmomanômetro e estetoscópio para verificação da pressão arterial, glicosímetro para verificação da glicemia capilar e de balanças adultas e infantis para aferição do peso. Através das falas nas entrevistas notou-se que tais aferições não faziam parte da rotina de pré-consulta de pacientes em estado reacional e quando realizadas eram registradas no prontuário central dos pacientes. O curativo dos pacientes era realizado na unidade tanto por profissional do PCH quanto por outros da equipe de enfermagem da unidade, na sala de curativo, e sempre que necessário a médica avaliava.

A prevenção de incapacidades por técnicas simples era realizada, de modo parcial, pela equipe. A equipe realizava educação em saúde para os pacientes individualmente, a avaliação da função neural simplificada com verificação do grau de incapacidade era realizada de acordo com o caso, visto que a maior parte dos casos eram encaminhados para as terapeutas ocupacionais da referência e o estímulo ao auto cuidado era feito nas consultas médicas.

Quanto à disponibilidade de materiais para realização de atividades de prevenção de incapacidades encontravam-se disponíveis: álcool e éter, algodão, monofilamentos, ficha de

avaliação neural simplificada e material educativo (cartilha de autocuidado e dos direitos e deveres do paciente e hanseníase, bem como, cartazes). Não estavam disponíveis hidrocor ou lápis de cor para preenchimento da ficha, fio dental e lupa para avaliação dos olhos. Também não foram encontrados materiais para confecção órteses e próteses, em virtude do tipo de serviço.

A equipe utilizava como estratégias de monitoramento do potencial incapacitante dos pacientes com estados reacionais pós-alta por cura a educação em saúde e a marcação de consultas periódicas após a alta da PQT, porém não existia uma sistematização destes agendamentos, como mostram as falas a seguir:

“(...) nós marcamos consulta para reavaliar mesmo no pós-alta por cura. Eu nunca dou alta de vez, eu marco um mês três, três meses, eu sempre oriento no caso de qualquer sintoma procurar mesmo depois da alta. Eu falo da possibilidade do período de reações até cinco anos pós-alta.” (E.5)

“(...) eles voltam dois meses depois da alta. Agenda para a doutora e volta dois meses depois.” (E.4)

“A gente faz este controle e dá continuidade com as marcações de consulta. Aí passa pela médica dermatologista, ela avalia e ta sempre voltando com essa marcação. Todo mês, quinzenalmente, depende de cada caso”. (E.6)

A unidade possuía o Guia de Referência e Contra-referência do PCH-Rio que se encontrava na direção da unidade e disponibilidade da guia de referencia e contra-referência para preenchimento dos profissionais para encaminhamento dos pacientes. As entrevistas permitiram perceber que nem todos os profissionais tinham clareza sobre quando encaminhar e para onde encaminhar de acordo com o caso. O acesso aos serviços de referência para internação se configurava em um problema para a equipe, como relato a seguir:

“A dificuldade é mais a internação, quando eles estão em reação e que precisa de vaga.” (E.4)

“A dificuldade é maior em vagas para internação, tem vezes que nós não conseguimos as vagas.” (E.6)

A equipe referiu que os pacientes encaminhados aos serviços de referência retornavam com a guia preenchida. Quanto ao monitoramento dos processos de referência e contra-referência este não era feito sistematicamente apenas quando a equipe recebia supervisão da gerência do programa. Durante as entrevistas também foi questionado sobre a existência de momento (reunião) para discussão dos casos pela equipe, ferramenta que auxiliaria no monitoramento e discussão do processo de trabalho da mesma e apesar de todos corroborarem

a sua necessidade esta não era realizada. Dois motivos, para a equipe, impediam a sua realização eram eles a organização do tempo e a produção de atividades, expostos nas falas a seguir:

“Acho que a gente acaba não discutindo, não tendo tempo de discussão. (E.5)

“... no momento, a gente ta um pouco sem tempo, mas a gente fazia. (...) Ultimamente tem ficado difícil realizar.” (E.6)

“... o número de pacientes é muito grande, aqui é focado apenas na quantidade e não na qualidade do atendimento. Cada vez exigem um número de atendimentos e a gente acaba não tendo tempo para fazer isso o que eu acho fundamental. Eu atualmente nem vejo a enfermeira, porque ela é responsável por milhões de programas.” (E. 5)

Quanto às questões relativas ao monitoramento e avaliação dos sistemas de informação observou-se que o livro de registro de casos novos de hanseníase estava atualizado. Entretanto, o campo “reação durante o tratamento”, apesar de constar no livro, tinha seus últimos registros datados no ano de 2009. O arquivo com o registro ativo dos casos não estava organizado como recomenda pelo PNCH, mas estava atualizado e o Boletim de Acompanhamento dos Casos não foi encontrado.

As entrevistas revelaram que apenas um profissional sabia o número de casos novos registrados até o momento para o ano corrente. Nenhum dos profissionais sabia o número de pacientes exatos com reação hansênica e responderam a partir de estimativas, como nas falas a seguir:

“Em reação uns cinquenta e poucos. Aqui trata mais reação do que casos novos.” (E.4)

“... são muitos, mais ou menos vinte e três. A maioria é pós tratamento com poliquimioterapia.” (E.6)

“Eu tenho uma noção, mas não sei o número exato por isso eu preferi afirmar que não.” (E.5)

Os profissionais quando questionados sobre a existência de algum tipo de registro ou controle dos pacientes em tratamento de estados reacionais tanto durante quanto após o tratamento com a PQT responderam que sim e a forma de registro encontrada foram os prontuários e o livro de registro de casos novos. Durante a observação não foram encontrados outros tipos de registro.

Todos os profissionais tinham acesso ao CID 10 que estava disponível na direção para consultas. Apenas um profissional relatou não ter sido orientado quanto ao preenchimento do GIL, que era digitado regularmente na direção da unidade e suas fichas estavam disponíveis

para uso dos profissionais. Existia o registro mensal de atividades da Dermatologia Sanitária na direção, sendo este preenchido e encaminhado mensalmente a CAP.

No caso 2, dos vinte e quatro prontuários de casos novos registrados na unidade no ano de 2005, foram descartados sete prontuários (dois prontuários não foram encontrados, três prontuários com alta por óbito, um prontuário com alta por transferência e um prontuário por conter anotações totalmente ilegíveis). Dos prontuários avaliados 70,5% eram de paucibacilares e 29,5% de multibacilares. Todos os pacientes realizaram baciloscopia de linfa. Quanto à avaliação do grau de incapacidade viu-se que 23,5% dos pacientes não foram avaliados no momento do diagnóstico e 29,4% não foram avaliados na alta da PQT. Além disso, 64,7% não apresentaram reações durante o tratamento, a maior parte das reações foram do tipo 1 e apenas 23,5% apresentaram reações pós-alta. Os registros evidenciaram que 100% dos pacientes não tiveram seu grau de incapacidade avaliado ou registrado um ano após a alta, bem como, 58,8% não possuíam registros do último grau de incapacidade.

Quanto à qualidade dos registros em prontuário, no que tange a identificação do paciente, verificou-se que em 100% dos registros constavam nome completo, data de nascimento, endereço atualizado e ficha de investigação epidemiológica do paciente. Em nenhum deles estava anexada a ficha de intercorrências pós-alta por cura e em 29,4% não se encontrava anexada a ficha de avaliação neurológica simplificada. Nos dados referentes à anamnese em 100% dos prontuários estavam descritos os sinais e sintomas e a classificação operacional da hanseníase. Em 17,6% não havia descrição do exame dermatoneurológico e em 11,7% não haviam registros do grau de incapacidade durante a anamnese. Em 35,2% e 47% não haviam registros da avaliação de sensibilidade de mãos/pés e olhos, respectivamente. Não foram encontrados, em 58,8% dos prontuários, registros identificando o tipo de reação do paciente.

Para os registros de tratamento e evolução terapêutica foram encontrados em 88% os registros de alta da PQT. Apenas em 29,4% dos prontuários haviam registros de encaminhamentos para outras especialidades ou unidades de saúde. Em 58,8% não foram encontrados descritos o exame dermatoneurológico durante o tratamento e em 88,2% não existiam registros sobre o grau de incapacidade durante o tratamento e evolução. Em 82,3% estavam registradas orientações e estímulo ao autocuidado e em 100% não existiam registros de atendimento por outros profissionais como psicólogo, assistente social ou dentista. Quanto à qualidade dos registros todos eles encontravam-se datados, assinados, carimbados e legíveis.

A partir da descrição do caso e do preenchimento da matriz de análise e julgamento (Quadro 17) podemos perceber que o componente estrutural insumos encontra-se implantado

(85,6%) e o componente estrutural atividades está parcialmente implantado (53,8%). Entretanto, o somatório dos componentes revela que o Caso 2 apresenta-se parcialmente implantado, visto que seu escore total é igual a 70,3%.

Quadro 17: Matriz de Análise e Julgamento – Caso 2.

Componente Estrutural	Dimensão	Subdimensão	Indicadores ou Critérios	Relevância	Pontos Esperados (PE x GR)	Pontos de Corte	Pontos Observados (PO x Gr)	Grau de implantação ou GI= PO/PE x 100
Insumos	Conformidade	Disponibilidade	Recursos humanos de acordo com o tipo de serviço (tipo I, II ou III).	RRR	100	Adequado =10 Pouco Adequado = 5 Inadequado = 0	100	100%
			As Normas técnicas e protocolos são 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	60	60%
			Acesso 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%
			Existência de laboratório equipado para apoio diagnóstico na área.	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	25	50%
			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	100	100%
			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	50	100%
			Existência de equipamentos para pré-consulta (esfigmomanômetro, balança adulta e infantil, glicosímetro).	RRR	100	Esfigno: S=3 / N=0 Glicosímetro: S=3 /N=0 b. adulta: S=2 /N=0 b. pediátrica : S=2 /N=0	100	100%
			Farmácia Climatizada.	RRR	100	SIM= 10 NÃO = 0	100	100%
			Medicamentos anti-reacionais (prednisona, talidomida e pentoxifilina).	RRR	100	Prednisona: S=4 / N=0 Talidomida: S=4 / N=0 Pentoxifilina: S=2 / N=0	80	80%
			Material para educação em saúde para hanseníase (panfletos, cartazes e cartilhas).	RR	50	Cartilhas: S=4 / N=0 Panfletos: S=4 / N=0 Cartazes: S=2 /N=0	80	80%
			Monofilamento para avaliação da função neural de pés e mãos.	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%

Atividades.	Conformidade		Lupa e fio dental para avaliação dos olhos	RRR	100	Lupa: S=5 / N=0 Fio dental: S=5/N=0	100	100%
			Material para confecção de órteses e próteses.	RRR	100	SIM= 10 NÃO = 0	0	0%
			Existência de viatura para realização de Visita domiciliar.	RR	50	SIM= 10 NÃO = 0	50	100%
			Existência de mapeamento das unidades para referência.	RR	50	Existe = 10 Não Existe = 0	50	100%
			Preenchimento dos Instrumentos de registro legais.	RRR	100	SIM= 10 NÃO = 0	100	100%
			Preenchimento adequado dos instrumentos de registros legais	RRR	100	Adequado =10 Pouco Adequado = 5 Inadequado = 0	50	100%
			Total de pontos do componente estrutural insumos	----	1600	-----	1370	85,6%
	Conformidade	Qualidade Técnico Científica	Conhecimento técnico-científico dos profissionais (formação em Hanseníase).	RRR	100	Adequado =10 Pouco Adequado = 5 Inadequado = 0	100	100%
			Acesso dos profissionais a capacitações em estados reacionais.	RR	50	SIM = 10 NÃO = 0	50	100%
			Utilização de Normas e Protocolos.	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%
			Organização dos fluxos de atendimento.	RR	50	Adequado=10 Pouco Adequado = 5 Inadequado=0	50	100%
			Conhecer o Número de Casos Novos de Hanseníase diagnosticados no ano.	RRR	100	SIM = 10 NÃO= 0	0	0%
			Conhecer o número de usuários que apresentam Estados Reacionais.	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 Ações Educativas que abordam os ER	RR	50	Grupo=5 Individual=5 Não realizam =0	25	50%
			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%
			Confecção de órteses e próteses.	RR	50	SIM = 10 NÃO=0	0	0%
			Acesso aos serviços de referência	RRR	100	Adequado= 10 Pouco Adequado =5 Inadequado= 0	50	50%
			Preenchimento pela equipe da Guia de Referência e Contra-Referência	RRR	100	SIM = 10 NÃO=0	100	100%
Respostas dos casos encaminhados as referências	RRR	100	Adequado= 10 Pouco Adequado =5 Inadequado= 0	50	50%			

			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.	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	0	0%
			Total do Componente Estrutural Atividades	----	1300	----	700	53,8%
Nível de Implementação			Somatório dos componentes estruturais (Insumos +Atividades)	----	2900		2040	70,3%

4.5. Descrição do Grau de Implantação do Caso 3:

A unidade C é a mais antiga da área. Em 1918 funcionava em Santa Cruz o Serviço de Saneamento Rural que era inicialmente voltado para atenção dos casos de malária. O recrudescimento da doença levou a ampliação dos serviços e este passou a atender os casos de varíola, febre tifóide e tuberculose. Em 1965 foi inaugurado o Centro Médico da XIX RA englobando todos os serviços de saúde da área. Em 1970, passou a ser denominado Centro Municipal de Saúde. Em sua sede funcionavam os serviços de puericultura, medicina escolar, vacinação e pré-natal. Enquanto, na unidade satélite funcionavam a Tisiologia (com abeugrafia), a Carteira de Saúde - Vacinação antitetânica, a Dermatologia Sanitária e a Epidemiologia, inclusive com visitantes sanitários, conforme descrito pelo Plano Diretor da AP 5.3 em 2008.

Na década de 1980 iniciou-se a expansão dos serviços com a criação dos Programas de Saúde e a sede se tornou pequena para abrigar tantos serviços. Este fato levou a um movimento que culminou na construção de uma nova sede, inaugurada em 1998, que englobava outras especialidades e métodos diagnósticos. Em setembro de 2007 a unidade passa de Centro Municipal de Saúde a Policlínica na nova estrutura publicada pela Secretaria Municipal de Saúde.

Trata-se de uma unidade ambulatorial com atendimento em clínicas básicas (clínica médica, ginecologia e pediatria), que vem sendo reduzidos gradativamente, em virtude da expansão da Estratégia Saúde da Família na área. A unidade presta atendimento em diversas especialidades e/ou serviços como: dermatologia, cardiologia, gastroenterologia, endocrinologia, neurologia, mastologia, oftalmologia, epidemiologia, pneumologia, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), ultrassonografia, eletroencefalograma, endoscopia, patologia clínica, Raio-X e ecocardiograma. Além disso, é referência na área para os seguintes Programas ou Serviços: de DST/AIDS, Tuberculose, Hanseníase, Pólo de Prevenção de Incapacidades de Hanseníase e Diabetes, Pólo de Asma, Pólo de Insulina, Pólo de Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), Núcleo de Atenção Interdisciplinar ao Desenvolvimento Infantil (NAIDI), Pólo de Anemia Falciforme, Pólo de Testagem Anti- HIV (Gestante e Tuberculose), Pólo de Mama, Pólo de Audiometria e Pólo de Raiva.

O PCH nesta unidade era referência para dezenove ESF e para as ações de prevenção de incapacidades e reabilitação na área. Para isso tinha como força de trabalho duas médicas dermatologistas, duas terapeutas ocupacionais, duas enfermeiras e seis auxiliares de enfermagem. A unidade de saúde era caracterizada como Serviço de Atenção Integral a

Hanseníase Tipo 2, em virtude, das atividades desenvolvidas pela mesma e pelas categorias profissionais que compõe a equipe do programa. Além disso, desenvolvia algumas atividades características de serviços Tipo 3 como análise de BAAR de linfa, exames diagnósticos complementares e de imagem (Raio-X e Ultrassonografia) e acompanhamento pré e pós-operatório de procedimentos cirúrgicos como descompressão neural e transposição de tendão.

As entrevistas revelaram que dos dez profissionais entrevistados todos passaram por algum tipo de formação em hanseníase. O tempo mínimo destes profissionais no programa era de três meses e o máximo de vinte anos, sendo que metade atua a mais de cinco anos e a outra metade a menos de cinco anos no PCH da área. Apesar do relato de formação em hanseníase/ estados reacionais e do tempo de atuação dos profissionais no programa, as entrevistas evidenciaram distorções na compreensão sobre o que são os estados reacionais. Estas distorções ou pouca clareza sobre o que é reação caracterizaram-se nas falas exemplificadas a seguir:

“Geralmente, o paciente é reacional depois que ele começa a medicação, a dapsona faz muito quadro de reação do paciente (...) você já vê ele edemaciado, já vê hiperemiado, ele apático, muito quadro algico, muito grande, mediante a medicação .” (E.12)

O que eu entendo de reação é o que eu costumo ver ali dos pacientes chegando (...) se queixando que sente muitas dores nas articulações, que muitas vezes eles não tinham e quando começam a iniciar o tratamento eles começam a sentir e muitas vezes com ruborização, vermelhinhas, né? É edema, eles ficam edemaciados por usar a cortisona e isso é o que eu visualizo ali de reação deles.” (E.15)

As normas técnicas e os protocolos estavam acessíveis e eram utilizados pelos profissionais da equipe. Normas e protocolos se encontravam tanto na direção da unidade quanto no setor. Apenas um profissional relatou não saber da existência das normas impressas. Todos os profissionais eram liberados, mediante a oferta, para participar de treinamentos sobre hanseníase e seus estados reacionais.

O serviço de dermatologia sanitária localizava-se no segundo piso da policlínica, o acesso se dava por escada ou rampa. O setor possuía uma sala para realização de dose supervisionada, consulta de enfermagem e triagem; uma sala do Pólo de Prevenção de Incapacidades e três consultórios médicos (que eram utilizados por outros especialistas em alguns dias da semana). Os usuários aguardam o atendimento no corredor em frente ao serviço de dermatologia, onde não existiam assentos suficientes para todos, visto que em alguns dias da semana ao lado deste serviço funcionava o serviço de infectologia da unidade.

A iluminação e a ventilação nos consultórios tanto eram por meio natural quanto artificial. Os consultórios possuíam ar-condicionado exceto a sala em que se realizava a dose e a consulta de enfermagem. O local de espera dos usuários não possuía ventilador e bebedouro próximos. Não existiam bebedouros para os usuários no segundo piso da unidade. Os banheiros reservados aos usuários, tanto feminino quanto masculino, permitiam acesso a cadeirantes e localizavam-se entre os serviços de dermatologia e pneumologia da unidade.

Sobre a estrutura física do serviço também se destacavam a presença de macas nos consultórios, inclusive a sala do Pólo de Incapacidades e exclusiva a sala onde é feita a dose. O acesso a portadores de necessidades especiais ao segundo piso era por rampa, já que a unidade não dispunha de elevador. As salas não apresentam grandes limitações quanto ao mobiliário para estes usuários. Exceto a sala do Pólo de Incapacidades, pois as duas profissionais terapeutas ocupacionais precisavam dividir o espaço com uma maca, duas mesas, quatro cadeiras, armários e um esmeril utilizado para confecção de órteses. Este espaço era considerado, pelas profissionais, inadequado para o tipo de atividades nele desenvolvidas.

Os atendimentos para os casos de reação hansênica eram agendados quando relativos ao acompanhamento e também aconteciam através do acolhimento na demanda espontânea, onde os casos de reação eram tidos como prioridade. O atendimento aos casos de hanseníase e seus estados reacionais era feito, prioritariamente, pela manhã, no entanto os pacientes que chegavam ao serviço à tarde também eram atendidos, desde que identificados pelo profissional que faz o acolhimento. Estas situações são descritas nas falas abaixo:

“... muito paciente que vem mesmo com quadro reacional e a gente sempre procura priorizá-los porque o horário da manhã é um horário preferencialmente dos hansênicos. Então, muitas vezes o paciente não é ou já terminou o tratamento a muito tempo ou acabou de terminar o tratamento e está em reação. Agente tenta sempre priorizar e identificar o que ele possa estar sentindo.” (E.17)

“ele sabe que aqui ele vai ter socorro, não vai ter problema com o estado reacional de ninguém, porque aqui ninguém deixou de ser atendido por estado reacional (...) Chega paciente aqui uma hora da tarde, duas, três horas da tarde com estado reacional e ele vai ser atendido.” (E.10)

O caso 3 possuía fluxos diferenciados de organização do serviço por ser uma unidade considerada de média complexidade. Os fluxos do mesmo estavam sendo alterados, em virtude da implantação das equipes de saúde da família na área. A princípio o atendimento médico do serviço de dermatologia era organizado em três pacientes por horário, totalizando

doze atendimentos por turno. No horário destinado a biópsia eram atendidos apenas dois pacientes, sempre no turno da manhã. A CAP implantou um sistema de regulação de vagas onde alguns horários eram disponibilizados a unidades de saúde que não possuíam o serviço. Estas unidades encaminhavam o nome dos usuários por planilhas até um determinado período do mês e os mesmos deveriam comparecer a consulta na data agendada munidos da guia de referência. Entre estas unidades estavam aquelas com as primeiras equipes de saúde da família da área.

A implantação das novas equipes e a divisão da AP. 5.3 em macro-territórios (complexos) fez com que os fluxos de encaminhamento fossem modificados e a unidade passou a dividir os atendimentos com outras unidades de referência. No entanto, ainda se mantém como Pólo de Prevenção de Incapacidades em Hanseníase e Diabetes, para onde os pacientes deveriam ser encaminhados munidos de guia de referência e cópia da avaliação neural simplificada.

O mesmo se dá com relação à coleta e análise da baciloscopia de linfa, pois era a única unidade que a realizava e todos os pacientes da área eram encaminhados para ela. A coleta de baciloscopia acontecia às terças feiras das sete às nove horas da manhã e era realizada e analisada por uma única técnica de laboratório. As coletas eram agendadas em quantitativo de cinco por dia de coleta. Durante a observação direta pode-se observar que a marcação estava para três semanas após a data da observação e que não existia sala reservada para coleta, a mesma se dava no espaço disponível naquele dia pelo serviço de dermatologia.

A unidade de saúde possuía um laboratório equipado para apoio diagnóstico. Este laboratório era responsável por receber e processar o material biológico coletado ou entregue em todas as unidades de atenção primária da área, ou seja, vinte e duas unidades. Alguns exames como as sorologias para HIV, LUES (sífilis), Rubéola e Hepatite, bem como, as dosagens hormonais eram realizadas em laboratório de outra AP. As análises tanto da BAAR de escarro quanto de linfa eram processadas na unidade. A unidade dispunha de material para apoio diagnóstico para BAAR e rotinas de sangue, fezes e urina.

Quanto à realização das biópsias de pele, estas eram realizadas exclusivamente pelos dermatologistas, sendo protocoladas e enviadas para a CAP 5.3 que as envia para o laboratório de referência municipal. Durante a observação foi possível consultar os registros protocolados de biópsias e em média os resultados chegam quatro meses após a realização da mesma. No momento da observação havia disponibilidade do material para realização das mesmas como punchs, anestésicos, fio de sutura e material para curativo como gaze e esparadrapo.

O tratamento da hanseníase e de seus estados reacionais era feito na unidade de saúde. No momento da observação direta verificou-se a existência tanto da PQT quanto de prednisona, talidomida e pentoxifilina. Os medicamentos eram liberados na farmácia da unidade mediante receita médica com cópia, exceto a prednisona, e no caso da talidomida mediante a apresentação do receituário especial. A prednisona é liberada pela equipe de enfermagem do programa e a saída deste medicamento é registrada em um livro que contém um número do PCH local, chamado de FIE (Ficha de Investigação Epidemiologia), bem como, acontece à retenção da cópia da receita médica. A farmácia possuía farmacêutico diariamente e era climatizada. A farmácia desta unidade era considerada o apoio do Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF), por distribuir medicamentos para as outras unidades. O farmacêutico responsável pelo programa era quem preenchia o Boletim de Controle de Estoque para Liberação de Medicamentos do PCH.

O acompanhamento dos casos em surto reacional era feito pela equipe através da consulta médica e do terapeuta ocupacional. No que tange a realização de procedimentos na pré-consulta observamos que o serviço possuía esfigmomanômetro e estetoscópio para verificação da pressão arterial e que apesar da existência do glicosímetro, faltava fita para o mesmo, só existindo também uma balança adulta no setor. Verificou-se que apesar da existência destes equipamentos não existia um fluxo de pré-consulta estabelecido e tais aferições só eram realizadas mediante solicitação médica e de acordo com o caso, quando realizadas eram registrados no prontuário. Desta modo, vimos que não fazia parte da rotina do PCH na unidade estes procedimentos, como nas falas a seguir:

“Eu já tentei implantar isso aqui, mas ficou muito difícil pelo desfalque da equipe, por isso que não acontece mais (...) eu já lutei muito, mas por falta de pessoal da equipe, eu desisti”. (E.9)

“No momento só quando as médicas pedem. Porque nós começamos, as médicas acham melhor não, acham que não precisam fazer uso, porque ela acompanha rigorosamente através de exame de laboratório. Então, quando necessita, ela solicita e agente faz. Agente começou a fazer, mas elas questionaram”. (E.16)

Ainda sobre o acompanhamento dos casos temos a questão da realização de curativos para aqueles pacientes que necessitam, quanto a isto, verificou-se através das entrevistas que os curativos eram realizados na sala de curativos da unidade pela equipe de enfermagem da mesma. Os curativos eram avaliados pelas médicas ou terapeutas ocupacionais do programa, apenas quando solicitado pela equipe da sala de curativo.

Outra questão era a realização de busca ativa dos pacientes em abandono de tratamento com drogas anti-reacionais. A equipe do programa afirma realizar esta atividade e ter ciência da existência de viatura para tal. Apenas um profissional negou a realização da atividade. No entanto, apesar das afirmativas nas entrevistas foi possível observar mais uma vez que os profissionais não conhecem o quantitativo de pacientes em surtos reacionais

A observação direta evidenciou a disponibilidade de materiais tanto para realização do exame dermatoneurológico quanto para as atividades de prevenção de incapacidades. No dia da observação estavam disponíveis álcool, algodão, mofilamentos, lupa e fio dental, canetas hidrocor ou lápis de cor (encontrados no consultório de uso das terapeutas ocupacionais), bem como material para confecção de tala gessada e material educativo (cartazes, panfletos e cartilhas de estímulo ao autocuidado e dos direitos e deveres do paciente), materiais para confecção de palmilhas como EVA. Apesar da disponibilidade, no dia da observação, nas entrevistas foram apresentados relatos de desabastecimento dos mesmos.

As ações de prevenção de incapacidades foram relatadas como atribuições das terapeutas ocupacionais e algumas vezes das médicas, quando compreendidas como avaliação da função neural simplificada. A maior parte dos profissionais quando perguntados sobre quem realizava as ações de prevenção de incapacidades respondeu – o terapeuta ocupacional. As ações de educação em saúde para grupos não eram realizadas com frequência, quando eram realizadas atividades com grupos a abordagem estava voltada para captação de casos novos. Esta unidade não realizava grupos de mutua-ajuda.

A frequência da avaliação dos casos em estado reacional variava de acordo com o caso. Durante as entrevistas, notórios foram os entraves na comunicação da equipe para encaminhamentos ao pólo de incapacidades, apesar do fluxo estabelecido. Segundo algumas entrevistas os pacientes saíam da consulta médica e não eram encaminhados ou direcionados pela equipe para esta avaliação, algumas vezes pelo entendimento errôneo do que é um estado reacional.

Quanto aos serviços de referência, o setor possuía o guia de referência e contra-referência do município do Rio de Janeiro elaborado pela gerência de dermatologia sanitária, porém apenas alguns profissionais souberam responder sobre o mesmo e relacionar o tipo de caso a referência específica. Assim como, para as unidades locais, apesar de saber da ampliação das equipes de saúde da família e das mesmas terem responsabilidade em acompanhar os casos, os profissionais também não tinham clareza das equipes para as quais prestavam apoio. Este fato pode ser constatado na observação direta.

As restrições de acesso a outros serviços de saúde também se dá pela distância e burocratização dos serviços, como por exemplo, em uma das entrevistas foi relatado que no Instituto Estadual de Dermatologia Sanitária para o paciente ser aceito não bastava à guia de referência com as informações, também era necessária a cópia do prontuário, que nem sempre era possível de ser enviada. Os profissionais referiram que tanto preenchiam a contra-referência para as unidades que os encaminham quanto recebiam a mesma preenchida das unidades de referência (serviços Tipo III).

Quanto à análise dos processos de referência e contra-referência percebeu-se uma dificuldade de compreender o que seriam estes processos de monitoramento, desta forma foram citados exemplos de possíveis estratégias compreendidas pelos profissionais como monitoramento, a exemplo de reuniões de supervisão, encaminhamento dos usuários a outros setores da unidade para resolução de problemas específicos e contato para solicitar ajuda com a DAPS. Não existia uma sistematização deste monitoramento e momento para discussão do mesmo. Outro fato encontrado nas entrevistas que poderia dificultar este processo era o entendimento sobre trabalho em equipe e equipe do programa, visto que cada categoria se considera uma equipe (médicos, enfermagem e reabilitação) e as interações entre as categorias acontecem de maneira insipiente.

O serviço possuía o livro de registro de casos novos atualizado, mas o campo “reações durante o tratamento” não estava atualizado. O arquivo com o registro ativo estava organizado segundo as normas do PNCH e estava atualizado. Existiam e eram preenchidos o Boletim de Acompanhamento de Casos, ficha de informação de produção para o GIL (digitado na direção da unidade) e o Registro Mensal das Atividades da Dermatologia Sanitária. Para o preenchimento do GIL os profissionais médicos e demais profissionais referiram acesso ao CID 10, porém com algumas restrições visto que o mesmo se encontrava na direção da unidade.

Os profissionais de saúde referiram à realização de ações que necessitavam da informação de quantos pacientes em tratamento de hanseníase e seus estados reacionais o serviço acompanha, mas nem um deles soube precisar o número de casos em ambas as situações. Observando-se que apesar do livro de registro e do arquivo se encontrar atualizados os profissionais não os manuseavam para planejar suas ações. No caso dos estados reacionais, apesar do pólo de incapacidades ter informações sobre os pacientes em estado reacional acompanhados esta informação não era socializada ou discutida com a equipe com frequência.

No caso 3 dos quarenta e oito casos prontuários de casos novos registrados no ano de 2005, três foram descartados por motivo de óbito, transferência e prontuário não encontrado.

Todos os prontuários analisados tinham seus registros datados, carimbados, assinados e legíveis. Destes 45 registros, 24 eram de paucibacilares e 21 de multibacilares, onde 12 apresentaram baciloscopia positiva e 33 baciloscopia negativa, e um prontuário com BAAR não realizado. Quanto ao grau de incapacidade vimos que 62,2% apresentavam GI igual a zero no momento do diagnóstico e 48,8% na alta por cura da PQT. Entre os 45 prontuários 17,7% apresentaram grau I de incapacidade tanto no momento do diagnóstico quanto na avaliação de alta e 15,5% foram diagnosticados como grau II. Nota-se que em 33,3% dos prontuários não haviam registros ou os pacientes não foram avaliados quanto ao grau de incapacidade no momento da alta por cura, lembrando que este dado é um importante indicador operacional das ações do programa.

Surtos reacionais durante o tratamento foram registrados em 57,7% dos casos, sendo 40% registrados como um surto reacional e apenas 4,4% como dois surtos. Nos casos de episódios reacionais verificaram-se que 22,2% eram de Reação Tipo I, 11,1% Reação Tipo II e 6,6% eram de neurite isolada ou associação entre reações. As reações pós-alta a PQT foram registradas em 40% dos prontuários e em 28% destes prontuários encontravam-se registrados apenas um surto reacional no pós-alta, porém não foram verificados o tempo de duração do surto e a possibilidade de reação subintrante. Em 88,8% dos prontuários não foram encontrados a avaliação do grau de incapacidade um ano após a alta por cura ou registros que indicassem a mesma. Em 77,7% não existiam registros do último grau de incapacidade. Tais situações refletem a falta de fluxos de monitoramento de incapacidades no pós-alta a PQT.

A avaliação dos registros no prontuário foi feita pelo instrumento de coleta de dados intitulado Sistema de Informação e Registros no Prontuário – Parte II, através deste podemos perceber que em 100% dos prontuários existiam nome completo do paciente, data de nascimento, endereço atualizado e ficha de investigação epidemiológica anexada. Apenas em 8,8% não foi encontrado em anexo o formulário de avaliação do grau de incapacidade e nenhum deles possuía a ficha de investigação de intercorrências após alta por cura.

Em todos os prontuários foram encontrados na anamnese a descrição dos sinais e sintomas e a classificação operacional, porém em 20% não havia descrito o exame dermatoneurológico. Em 4,4%, 8,8% e 22,2% não existiam registros durante a anamnese sobre o GI no diagnóstico, sensibilidade de mãos e pés, e sensibilidade de olhos, respectivamente. Quanto aos registros relativos ao tratamento e evolução terapêutica: 91,2% tinham registros da alta pelo uso da PQT, 53,3% não possuíam registros de surtos reacionais e terapêutico utilizada, 46,6% tinham registrados encaminhamentos a outros serviços ou especialidades, 28,8% não tinham descrito o exame dermatoneurológico durante o tratamento,

apenas em 20% encontraram-se registros de avaliação do grau de incapacidades durante o tratamento, em 88,8% foram registradas orientações para o autocuidado e apenas em 8,8% foram encontrados registros de atendimentos por outros profissionais como psicólogos, assistentes sociais ou dentistas. Quanto à alta terapêutica dos estados reacionais a maior parte dos prontuários não possuía registro de alta, exame dermatoneurológico e GI na alta, porém a maioria possuía registros de orientações para o autocuidado.

A partir da descrição do caso e do preenchimento da matriz de análise e julgamento (Quadro 18) podemos perceber que o componente estrutural insumos encontra-se implantado (87,5%) e o componente estrutural atividades está parcialmente implantado (55,7%). O somatório dos componentes revela que o Caso 3 apresenta-se parcialmente implantado, visto que seu score total é igual a 73,2%.

Quadro 18: Matriz de Análise e Julgamento – Caso 3.

Componente Estrutural	Dimensão	Subdimensão	Indicadores ou Critérios	Relevância	Pontos Esperados (PE x GR)	Pontos de Corte	Pontos Observados (PO x GR)	Grau de Implantação GI = PO/PE x 100
Insumos	Conformidade	Disponibilidade	Recursos humanos de acordo com o tipo de serviço (tipo I, II ou III).	RRR	100	Adequado =10 Pouco Adequado = 5 Inadequado = 0	100	100%
			As Normas técnicas e protocolos são 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	40	40%
			Acesso 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%
			Existência de laboratório equipado para apoio diagnóstico na área.	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	25	50%
			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	100	100%
			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	30	60%
			Existência de equipamentos para pré-consulta (esfigmomanômetro, balança adulta e infantil, glicosímetro).	RRR	100	Esfigno: S=3 / N=0 Glicosímetro: S=3 /N=0 b. adulta: S=2 /N=0 b. pediátrica : S=2 /N=0	80	80%
			Farmácia Climatizada.	RRR	100	SIM= 10 NÃO = 0	100	100%
			Medicamentos anti-reacionais (prednisona, talidomida e pentoxifilina).	RRR	100	Prednisona: S=4 / N=0 Talidomida: S=4 / N=0 Pentoxifilina: S=2 / N=0	100	100%
			Material para educação em saúde para hanseníase (panfletos, cartazes e cartilhas).	RR	50	Cartilhas: S=4 / N=0 Panfletos: S=4 / N=0 Cartazes: S=2 /N=0	50	100%
			Monofilamento para avaliação da função neural de pés e mãos.	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%

Atividades.	Conformidade		Lupa e fio dental para avaliação dos olhos	RRR	100	Lupa: S=5 / N=0 Fio dental: S=5/N=0	100	100%
			Material para confecção de órteses e próteses.	RRR	100	SIM= 10 NÃO = 0	100	100%
			Existência de viatura para realização de Visita domiciliar.	RR	50	SIM= 10 NÃO = 0	50	100%
			Existência de mapeamento das unidades para referência.	RR	50	Existe = 10 Não Existe = 0	50	100%
			Preenchimento dos Instrumentos de registro legais.	RRR	100	SIM= 10 NÃO = 0	100	100%
			Preenchimento adequado dos instrumentos de registros legais	RRR	100	Adequado =10 Pouco Adequado = 5 Inadequado = 0	50	50%
			Total de pontos do componente estrutural insumos	----	1600	-----	1400	87,5%
	Conformidade	Qualidade Técnico Científica	Conhecimento técnico-científico dos profissionais (formação em Hanseníase).	RRR	100	Adequado =10 Pouco Adequado = 5 Inadequado = 0	100	100%
			Acesso dos profissionais a capacitações em estados reacionais.	RR	50	SIM = 10 NÃO = 0	50	100%
			Utilização de Normas e Protocolos.	RRR	100	SIM = 10 NÃO = 0	100	100%
			Organização dos fluxos de atendimento.	RR	50	Adequado=10 Pouco Adequado = 5 Inadequado=0	25	50%
			Conhecer o Número de Casos Novos de Hanseníase diagnosticados no ano.	RRR	100	SIM = 10 NÃO= 0	0	0%
			Conhecer o número de usuários que apresentam Estados Reacionais.	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 Ações Educativas que abordam os ER	RR	50	Grupo=5 Individual=5 Não realizam =0	25	50%
			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%
			Confecção de órteses e próteses.	RR	50	SIM = 10 NÃO= 0	50	100%
			Acesso aos serviços de referência	RRR	100	Adequado= 10 Pouco Adequado =5 Inadequado= 0	50	50%
			Preenchimento pela equipe da Guia de Referência e Contra-Referência	RRR	100	SIM = 10 NÃO= 0	100	100%
Respostas dos casos encaminhados as referências	RRR	100	Adequado= 10 Pouco Adequado =5 Inadequado= 0	50	50%			

			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.	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	0	0%
			Total do Componente Estrutural Atividades	----	1300	----	725	55,7%
Nível de Implementação			Somatório dos componentes estruturais	----	2900	-----	2125	73,2%

4.4. Síntese dos Casos com Nível de Implementação:

Quadro 19: Síntese dos Casos com Nível de Implementação:

Componente e Estrutural	Dimensão	Subdimensão	Indicadores ou Critérios	Grau de Implantação		
				CASO 1	CASO 2	CASO 3
Insumos	Conformidade	Disponibilidade	Recursos humanos de acordo com o tipo de serviço (tipo I, II ou III).	0%	100%	100%
			As Normas técnicas e protocolos são acessíveis a equipe.	100%	100%	100%
			Estrutura para acolhimento aos usuários (cadeiras, bebedouros, banheiro F e M).	100%	60%	40%
			Acesso a portadores de deficiência.	100%	100%	100%
			Espaço físico com mobiliário adequado	100%	50%	50%
			Existência de laboratório equipado para apoio diagnóstico na área.	100%	100%	100%
			Existência de sala para coleta de BAAR.	0%	50%	50%
			Material para apoio diagnóstico (BAAR , biópsia de pele e rotina de sangue/fezes e urina) .	100%	100%	100%
			Material de Consumo (algodão, éter ou álcool, impressos, fitas de HGT).	100%	100%	60%
			Existência de equipamentos para pré-consulta (esfigmomanômetro, balança adulta e infantil, glicosímetro).	100%	100%	80%
			Farmácia Climatizada.	100%	100%	100%
			Medicamentos anti-reacionais (prednisona, talidomida e pentoxifilina).	100%	80%	100%
			Material para educação em saúde para hanseníase (panfletos, cartazes e cartilhas).	80%	80%	100%
			Monofilamento para avaliação da função neural de pés e mãos.	100%	100%	100%
			Lupa e fio dental para avaliação dos olhos	100%	100%	100%
			Material para confecção de órteses e próteses.	0%	0%	100%
			Existência de viatura para realização de Visita domiciliar.	0%	100%	100%
			Existência de mapeamento das unidades para referência.	100%	100%	100%
			Preenchimento dos Instrumentos de registro legais.	100%	100%	100%
			Preenchimento adequado dos instrumentos de registros legais	50%	100%	50%

			Total de pontos do componente estrutural insumos	1340	1370	1400
			Total Percentual com componente estrutural insumos	83,7%	85,6%	87,5%
Atividades.	Conformidade	Qualidade Técnico Científica	Conhecimento técnico-científico dos profissionais (formação em Hanseníase).	100%	100%	100%
			Acesso dos profissionais a capacitações em estados reacionais.	100%	100%	100%
			Utilização de Normas e Protocolos.	100%	100%	100%
			Organização dos fluxos de atendimento.	50%	100%	50%
			Conhecer o Número de Casos Novos de Hanseníase diagnosticados no ano.	0%	0%	0%
			Conhecer o número de usuários que apresentam Estados Reacionais.	0%	0%	0%
			Conhecer o Número de Pacientes em tratamento de Estados Reacionais.	0%	0%	0%
			Realização de Ações Educativas que abordam os ER	100%	50%	50%
			Realização de atividades de Prevenção de Incapacidades.	100%	100%	100%
			Confecção de órteses e próteses.	0%	0%	100%
			Acesso aos serviços de referência	50%	50%	50%
			Preenchimento pela equipe da Guia de Referência e Contra-Referência	100%	100%	100%
			Respostas dos casos encaminhados as referências	50%	50%	50%
			Análise sistemática dos processos de referência e contra-referência	0%	0%	0%
			Registro das informações sobre o usuário em prontuário.	50%	50%	50%
			Atualização do Sistema de Informação	100%	100%	100%
			Monitoramento do Sistema de Informação.	0%	0%	0%
			Total de pontos do componente estrutural Atividades	825	700	725
			Total percentual do Componente Estrutural Atividades	63,4%	53,8%	55,7%
			Implantação			Somatório dos componentes estruturais
Percentual total do nível de implantação	74,6%	70,3%				73,2%

5. Lições Aprendidas:

Historicamente podemos perceber que os processos de urbanização e estratificação social foram fundamentais para a caracterização de algumas doenças, entre elas, a Hanseníase. Ao analisarmos a constituição histórica da AP 5.3 podemos perceber que a formação dos bairros se deu principalmente por processos migratórios do proletariado em busca de oportunidades de trabalho. Ao que tudo indica o desenvolvimento da área não acompanhou o crescimento populacional, no que tange a implantação de serviços de educação e saúde. Tal fato gerou um déficit nos indicadores de desenvolvimento humano e social destes bairros. Esta deficiência reflete na atenção integral aos portadores de estados reacionais quando compreendemos a inserção dos mesmos neste contexto.

A análise do contexto externo associada a algumas entrevistas, realizadas com profissionais do programa, nos mostra que o baixo grau de escolaridade e de renda são fatores que podem interferir tanto nos processos de adoecimento quanto no cuidado aos pacientes com hanseníase e seus estados reacionais. Esta interferência se dá, principalmente, em três níveis: desencadeamento de situações que propiciem quadros reacionais, compreensão das informações para realização do cuidado e acesso aos serviços de saúde.

Andrade et al. (1994) em seu estudo sobre fatores associados ao domicílio e a família na determinação da Hanseníase referem que desde 1936 vários estudos vem sendo realizados para identificação de prováveis determinantes da hanseníase. Alguns destes estudos suscitaram a correlação entre modos de vida e alta incidência da hanseníase na população, bem como, o aumento da qualidade de vida (através de indicadores sócio-econômicos) com o declínio dos indicadores epidemiológicos em países desenvolvidos.

A questão da melhoria das condições de vida ou modos de viver também foi discutida no estudo realizado por Queiroz e Carrasco (1995), porém sob uma perspectiva sócio-antropológica. Assim estes autores identificaram através de entrevistas com pacientes de hanseníase e seus familiares que a doença está relacionada a um processo de desequilíbrio no relacionamento com a vida, com o meio ambiente ou o meio social e familiar. Do ponto de vista, mais amplo, do meio ambiente entende-se a falta de controle do indivíduo sobre o mesmo, lhe impondo situações que refletem em má qualidade de vida, como por exemplo a alimentação pobre ou insuficiente, condições adversas de trabalho ou falta de recursos de assistência a problemas de saúde.

Ao compararmos o coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase da AP 5.3 com o de áreas de planejamento com os melhores IDH do município percebemos que as condições de educação, renda e habitação são fatores que influenciam no adoecimento desta população por hanseníase e seus estados reacionais. Tal afirmação se dá ao considerarmos a possibilidade aumentada de exposição a situações que favorecem ao contágio da doença e também ao estresse físico, mental ou social que são possíveis desencadeadores de surtos reacionais. Apesar de o contexto externo influir tanto para o adoecimento quanto para produção e reprodução do cuidado devemos considerar a vulnerabilidade e a resiliência dos indivíduos e grupos sociais.

Souza (2008) refere que a resiliência são processos adaptativos e conservadores de propriedades básicas dos sistemas mediante aos impactos ou variações do meio, enquanto, a vulnerabilidade é a incapacidade de um sistema conservar algumas propriedades durante ou após a atuação dos impactos. Partindo desta definição podemos dizer que o contexto externo estimulou a conformação do contexto organizacional dos serviços de saúde na AP 5.3.

Durante décadas esteve presente, na AP 5.3, a capacidade da população de adaptar-se a reduzida oferta de serviços de saúde da área. Os investimentos em implantação e manutenção dos serviços de saúde estão diretamente relacionados a fatores políticos e econômicos de cada época. Assim ao estudarmos o contexto histórico de distribuição dos serviços de saúde nos bairros de Santa Cruz, Paciência e Sepetiba podemos perceber que as últimas quatro décadas (1980, 1990, 2000 e 2010) formam um marco de ampliação do acesso a saúde. Na década de 1970, os três principais serviços de saúde eram o Centro de Saúde Lincoln de Freitas Filho, o Hospital Estadual Pedro II e a Casa de Saúde República da Croácia, sendo apenas um deles uma unidade de saúde voltada para atenção primária.

A OMS já em 1978, na conferência de Alma-Ata, deixava claro que os bons sistemas de saúde estavam pautados na atenção primária a saúde. A década de 1980 foi marcada pela expansão deste tipo de serviço na AP 5.3 seguindo o modelo de atenção à saúde regente daquela época, ou seja, baseado em ações programáticas em saúde. Entre estas ações encontravam-se as propostas pelo PNCH. O serviço de atenção à hanseníase neste período até quase o final da década de 1990 foi concentrado no Centro de Saúde e esteve voltado para o controle da endemia.

Nos anos seguintes, década de 2000, após um período de estagnação da implantação de serviços (anos de 1990) e consolidação dos princípios e diretrizes do SUS, uma nova perspectiva de atenção à saúde da população aponta na AP 5.3. A Estratégia Saúde da Família surge no país em 1994, porém as primeiras equipes só são implantadas em Santa Cruz no ano

2000. A expansão da ESF leva a discussão sobre a descentralização das ações de controle da hanseníase e da assistência aos estados reacionais.

A descentralização é uma das diretrizes do SUS, que consta na lei 8080/90 e refere-se à descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo atendendo a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (BRASIL, 1990). Moreira (2002) em sua tese de doutorado sobre a avaliação da descentralização das ações de controle de hanseníase no estado do Rio de Janeiro estabelece uma discussão sobre os conceitos de descentralização e sobre este processo no PCH.

Para esta autora vários são os conceitos de descentralização e estes abordam o tema nas seguintes perspectivas: proporcionar ao nível de decisão-execução o poder operativo com apoio necessário; desconcentração através da dispersão física e territorial das instituições localizadas na esfera central; para a atenção primária a atenção prestada à população pelos serviços de saúde da esfera municipal e transferência de autoridade e funções administrativas, aplicado em diferentes contextos políticos.

Segundo a mesma a discussão sobre a descentralização das ações de controle da hanseníase nos municípios do Brasil teve início em 1985 fomentada pela reestruturação do sistema de saúde. O passar dos anos, discussões a nível internacional e nacional, e a implantação da PQT levaram a desconcentração do tratamento e ampliação para outros serviços. Em 2006 com a PNAB a hanseníase torna-se uma das metas do pacto pela saúde e pela vida provocando uma ampliação do escopo de unidades de saúde e profissionais envolvidos com as ações de controle da Hanseníase.

A ampliação da ESF durante a década de 2000 e o ano de 2010 na AP 5.3 induziu a um processo de reestruturação da rede de atenção a saúde tendo como princípios norteadores os atributos da atenção primária a saúde propostos por Starfield (2000), ou seja, acesso, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado. Este processo de reformulação de redes assistenciais fomentou a descentralização de várias ações programáticas, como no caso do controle da hanseníase. Através dos dados coletados evidenciou-se que houve a desconcentração do cuidado através da incorporação de novos serviços de atenção integral a hanseníase do tipo I, representados pelas equipes de saúde da família.

Os serviços de atenção integral a hanseníase tipo I ou II que existiam na AP 5.3 eram formados por médicos especialistas em dermatologia e tornaram-se serviços de referência para as equipes. Esta alteração no contexto organizacional obrigou a construção de fluxos organizativos de referência e contra-referências do PCH, entre as equipes exclusivas do programa e as equipes de saúde da família. Associado a tal fato também houve o

desencadeamento de processos de educação continuada, a fim de aumentar a captação de casos novos de hanseníase, a vigilância dos contatos e a prevenção de incapacidades.

O PNCH (2008), através do seu relatório anual de atividades, admite as dificuldades dos profissionais generalistas em reconhecer e tratar os estados reacionais. Desta maneira, a coordenação da assistência e os processos de trabalho das equipes do programa tornam-se elementares para a qualidade da assistência aos estados reacionais em hanseníase. Esta situação pode ser analisada através do reconhecimento das equipes do PCH, na área, como serviços de referência para tratamento dos estados reacionais. Destaca-se, ainda, que o PNCH acompanhando a política do Ministério da Saúde para programação, monitoramento e avaliação, nos anos de 2007 e 2008, delineou cinco componentes técnicos ou eixos estruturantes, entre eles, está à atenção integral (diagnóstico, tratamento, prevenção de incapacidades, reabilitação e resgate social).

O componente Atenção Integral foi subdividido em três subcomponentes: 1. Diagnóstico, Tratamento e Vigilância de Contatos; 2. Prevenção de Incapacidades Físicas e Reabilitação e 3. Resgate Social. Caso analisássemos cada subcomponente perceberíamos que os estados reacionais perpassam todos eles e ao mesmo tempo deveriam ser considerados como um quarto subcomponente. No entanto, as ações de assistência aos estados reacionais estão fortemente ligadas a Prevenção de Incapacidades e Reabilitação.

Neste estudo, tratou-se a Assistência aos Estados Reacionais como um subcomponente técnico da Atenção Integral, visto que, tal manifestação requer conhecimento técnico-científico específico, no que tange ao seu diagnóstico, tratamento, cura e recuperação. Ao negligenciarmos esta especificidade do cuidado aos estados reacionais comprometemos aquilo que denominamos atenção integral, ou seja, o cuidado do indivíduo como um todo e o seu acesso às ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. A partir desta consideração analisou-se a conformidade da assistência, tanto no que se refere à disponibilidade dos insumos quanto à qualidade técnico-científica das atividades, com base nos achados comuns aos três casos, inicialmente, e a seguir a análise de cada caso.

O componente estrutural insumos foi considerado implantado nos três casos de estudo. Este componente alcançou grau de implantação, em cada caso, entre 83,7% e 87,5%. Apesar de implantado chamo atenção para os principais problemas detectados. O primeiro diz respeito à composição da equipe do PCH, ou seja, o tipo de recurso humano disponível para prestação do cuidado, problema detectado nos três casos. No caso 1 trata-se da falta de duas categorias profissionais na equipe. No Caso 2 e no Caso 3, apesar da equipe completa, falta clareza nas atribuições para o tipo de serviço considerado (Tipo I ou II).

A portaria MS/SAS 594/2010 regulamenta três tipos de serviço de atenção integral a hanseníase, para cada tipo existe um escopo de ações ou atividades a serem desenvolvidas. A ausência de uma categoria profissional na equipe, não apenas descaracteriza o tipo de serviço, mas pesa nas atividades desenvolvidas e por quem são desenvolvidas. De fato observou-se que quando uma categoria não está presente alguma outra assume as suas atribuições. Tal situação acontece, principalmente, com a equipe de enfermagem. Observou-se tanto através das entrevistas quanto na observação direta o desconhecimento das atribuições e responsabilidades do enfermeiro e dos auxiliares ou técnicos de enfermagem, através de uma confusa imbricação dos papéis.

A falta de clareza nas atribuições também estava presente na relação entre a equipe de enfermagem, médicos e a reabilitação, representada pelas terapeutas ocupacionais do programa. A partir do momento em que se compreende que as atividades de prevenção de incapacidades (tratamento dos estados reacionais, avaliação da função neural simplificada, educação em saúde e estímulo ao autocuidado) são responsabilidade de todos da equipe em diferentes graus de complexidade e quando cada profissional reconhece, de modo amplo, a sua atribuição obtêm-se a melhoria nos processos de comunicação entre a equipe e conseqüentemente a prestação do cuidado.

O segundo problema de maior evidencia diz respeito não ao diagnóstico dos estados reacionais e sim ao acompanhamento do tratamento. O uso da corticoterapia requer cuidados básicos, porém essenciais para evitar complicações associadas à mesma (BRASIL, 2010). A disponibilidade de insumos para o tratamento e acompanhamento destes casos é fundamental para evitar a instalação de incapacidades e de complicações pelo uso prolongado destes medicamentos. De modo geral, os três casos possuem a maior parte dos insumos pesquisados, o que levou a reflexão que o problema não estava na disponibilidade do insumo, mas na organização do processo de trabalho para utilização dos mesmos.

Baseado nesta reflexão podemos nos referir a duas situações no caso 3. A primeira é a verificação da pressão arterial e do peso visto que existem os insumos materiais, porém falta o fluxo para realização da mesma e conhecimento da norma técnica pela equipe. Norma esta que recomenda aferição de peso e pressão arterial em todas as consultas subseqüentes do paciente em uso de corticoterápicos (BRASIL, 2010b).

O segundo exemplo, diz respeito à afirmação da maior parte dos profissionais nos três casos que é a realização de busca ativa dos pacientes em abandono de tratamento com drogas anti-reacionais. Verificou-se a existência do insumo para realização das buscas, ou seja, viatura ou contato telefônico com pacientes ou equipes de saúde da família. O questionamento

feito foi como realizar busca ativa destes pacientes sem reconhecê-los. Cabe ressaltar que a norma técnica sobre o uso de corticoterápicos em hanseníase não menciona os termos busca ativa e abandono ao tratamento aos mesmos, porém recomenda o acompanhamento rigoroso, em virtude da síndrome de retirada abrupta provocada pela suspensão incorreta do medicamento.

A falta de um sistema de informação de fácil acesso, que permita reconhecer o quantitativo de pacientes em tratamento com drogas anti-reacionais e identificar quem são estes usuários, pode ser um fator limitante do planejamento de ações voltadas para o tratamento destes pacientes, isto configuraria o terceiro problema relacionado ao componente insumos. Nenhum dos profissionais entrevistados sabia o real quantitativo de pacientes em tratamento de estados reacionais, dado este que reflete a falta de planejamento organizacional e monitoramento deste tipo de assistência.

Martelli et al. (2002) na discussão sobre os desafios e perspectivas de investigação científica em hanseníase chamam a atenção para a necessidade de mensurarmos os eventos reacionais, neste período em que o PCH tem por objetivo a eliminação da hanseníase. Estes autores referem-se ainda ao fato das pesquisas para os estados reacionais estarem voltadas para o manejo clínico das reações e da existência de uma lacuna na literatura sobre os fatores desencadeantes ou predisponentes da mesma.

Importante destacar que as evidências clínico-epidemiológicas são fundamentais, mas elas devem estar vinculadas às ações do programa de controle da hanseníase em nível dos prestadores de cuidado, nos diferentes níveis de atenção. Caso contrário o que vimos foi o conhecimento técnico-científico presente nas normas, protocolos e nas atividades de educação continuada com uma baixa possibilidade de operacionalização, como por exemplo, no caso do acompanhamento do tratamento medicamentoso dos estados reacionais.

Nos Casos 1 e 2 verificou-se a falta de medicamentos, que constam na portaria MS/SAS 3.125 de outubro de 2010, alternativos a prednisona ou a talidomida e que poderiam ser prescritos pela equipe local ou medicamentos prescritos pela referência. Ao analisarmos os contextos organizacional e externo podemos refletir sobre esta situação sob dois ângulos. O primeiro diz respeito ao aumento da possibilidade de abandono do tratamento aos estados reacionais por desabastecimento da rede e o segundo falta de recursos financeiros do usuário para comprar o medicamento. Em ambos podemos ter como consequência o agravamento do quadro e a possibilidade de instalação de uma incapacidade temporária ou até mesmo permanente. Desta forma, em um nível que supera a governabilidade das equipes também deve-se refletir sobre a possibilidade de ampliar a grade de medicamentos disponíveis na

atenção primária (Serviços de Atenção Integral a Hanseníase tipo 1 e 2) para o tratamento dos estados reacionais.

O componente estrutural atividades está parcialmente implantado em todos os casos. Verificando-se uma pequena diferença em pontos percentuais entre cada caso. Mais uma vez o conhecimento e a utilização da situação epidemiológica da hanseníase e de seus estados reacionais para o planejamento das ações aparecem com destaque.

Brito (2008) em sua tese de doutorado refere que os episódios reacionais não estão incluídos no SINAN por não serem considerados eventos infecciosos. Através das entrevistas vimos que apesar da introdução do campo estados reacionais durante o tratamento no Boletim de Acompanhamento de Casos ainda não se tem, por parte das equipes e suas gerências, a cultura do planejamento, monitoramento e avaliação das ações com base nos dados produzidos.

O acesso e utilização dos serviços de referência aparecem como um dos entraves para a continuidade do cuidado nos três casos. A distância geográfica, as limitações quanto ao transporte, a baixa escolaridade e a baixa renda configuram-se em fatores restritivos as ações para coordenação do cuidado. Entretanto, vencidas estas barreiras o usuário enfrenta as relativas ao acolhimento e utilização dos serviços de referência.

A falta de fluxos claros e conhecidos pelas equipes das referências, segundo relatos dos profissionais, faz com que as referências não sejam serviços e sim pessoas específicas dos serviços. Na ausência destes profissionais o fluxo parece não funcionar como relatado para as situações de intervenção cirúrgica (neurólise, transposição de tendão ou drenagem de abscesso de nervo). Por outro lado, algumas referências têm sua resolutividade reconhecida por excelência na prestação do cuidado e na comunicação, através da guia de contra-referência preenchida e encaminhada para os serviços de atenção integral de tipo I ou II.

A análise sistemática dos processos de referência e contra-referência não ocorre por parte das equipes que apenas sinalizam, para a gerência local ou municipal do programa, os problemas encontrados. Nota-se que as referências disponíveis para os serviços de atenção tipo III não estão sob a gerência e governabilidade municipal e sim de outras esferas, ou seja, unidades de saúde estaduais ou federais. Este fato pode gerar conflitos de interesse, porém a mediação é parte fundamental do processo de construção de redes de assistência.

Os problemas com os serviços de referência não ocorrem apenas ao nível de diagnóstico, tratamento e reabilitação. Ao considerarmos a biópsia de pele como um exame importante para alguns diagnósticos diferenciais de hanseníase e seus estados reacionais temos a garantia do fluxo e dos insumos para realização da mesma. No entanto, a análise do

material ultrapassa os limites de resolução da área de planejamento, visto que um único laboratório no município a realiza. Tal fato leva a um longo tempo de espera por equipe do PCH e paciente com a possibilidade de comprometer diagnósticos e tratamentos.

A exemplo da biópsia temos o caso da baciloscopia de linfa, onde dos três casos apenas um colhe o material para realização do exame. A unidade de saúde referente ao caso 3 é responsável pela coleta e análise da baciloscopia em toda AP 5.3, logo um dos achados corresponde à demora de três semanas para o agendamento do exame. Estas duas situações refletem o comprometimento do diagnóstico precoce de hanseníase como ação preventiva ao desenvolvimento de quadros reacionais. Além disso, demandam medidas de intervenção organizacional ao nível de município e área de planejamento, como contratação de profissionais ou estabelecimento de convênios para ampliação da rede para análise de histopatológico e treinamento de profissionais para coleta de baciloscopia.

As atividades para monitoramento do potencial incapacitante dos pacientes com estados reacionais, apesar de relatadas e de ter grau de implantação igual a cem por cento, apresentam variações de organização, visto que os fluxos, apesar de existirem, são cumpridos de acordo com o caso e os profissionais que atendem. Desta forma, vimos que a organização de um protocolo de encaminhamento e monitoramento para acompanhamento dos estados reacionais pós-alta seria importante para organização do processo de trabalho das equipes.

E por último, apesar de não constar nos objetivos e na descrição dos resultados, é importante registrarmos o contexto das relações interpessoais entre os profissionais do programa. Estas relações perpassaram algumas entrevistas em todos os casos. Apesar da existência de conflitos e dificuldades para entender o trabalho em equipe (com diferentes atribuições), observou-se a existência de profissionais dedicados a prestação de cuidados aos usuários com hanseníase e seus estados reacionais, mesmo frente às limitações relatadas nos resultados.

A maior parte das questões, como visto, são comuns aos três casos. No entanto, podemos observar que o Caso 1 e o Caso 2 apresentam problemas semelhantes como ausência de registros sobre avaliação do grau de incapacidade durante o tratamento e no momento da alta por cura. A avaliação do grau de incapacidade no diagnóstico e na alta são indicadores operacionais do PCH e ajudam a medir a qualidade da assistência ao paciente com hanseníase. A falta de registros tanto compromete a atenção durante e no pós-alta quanto interfere no monitoramento e avaliação dos estados reacionais pelo programa. Um questionamento surgiu diante dos achados nestes casos, ou seja, se existem profissionais treinados para realização das ações de prevenção de incapacidades (o que inclui a avaliação neurológica simplificada e o

monitoramento do grau de incapacidade), o que restringiria a realização destas pelos mesmos. Uma diz respeito à compreensão dos profissionais sobre suas atribuições quanto à prevenção de incapacidades. A outra é a falta de um fluxo claro, construído e discutido com a equipe para o monitoramento do grau de incapacidade dos pacientes com hanseníase e quadros reacionais.

Em ambos os casos foram observados a não realização da baciloscopia de linfa, apesar de disporem dos insumos necessários para a coleta da mesma. Para a coleta de baciloscopia, além dos insumos, são necessários: um profissional treinado para a técnica de coleta e conservação da amostra para envio ao laboratório e ainda, um fluxo garantido de envio, análise e emissão de resultados entre a unidade de coleta e a unidade que realiza a análise. No que tange a simplificação do cuidado, a coleta da baciloscopia na unidade de investigação do caso de hanseníase atende ao atributo do acesso ao cuidado previsto pela atenção primária.

No Caso 2, especificamente, vimos que o arquivo de registro de casos não está organizado de acordo com as normas do PCH. Nesta unidade foi possível perceber a ausência de espaço ideal para arquivar os prontuários do programa, que se dá tanto pelas dimensões do consultório médico quanto pela ausência de mobiliário (arquivo em aço com gavetas para pastas suspensas, por exemplo) para armazenamento dos mesmos.

Outro problema detectado foi a não atualização do livro de registro no campo estados reacionais durante o tratamento, situação comum ao Caso 3. Neste caso nota-se que a falta de compreensão e uso do dado pela equipe para o planejamento de suas ações, não torna o seu preenchimento parte da rotina e sim uma obrigação mediante a atividade de supervisão e entrega de estatísticas.

Por último temos o Caso 3, neste caso a dificuldade de compreensão por parte de alguns profissionais sobre o que são os estados reacionais, suas manifestações e as diferenças entre os mesmos e efeitos adversos da poliquimioterapia ou corticoterápicos podem comprometer a atenção aos estados reacionais prestada pela equipe. Em várias falas durante as entrevistas ficou claro este fato e também a percepção de outros membros da equipe sobre isto. Entretanto, todos os profissionais entrevistados participaram de treinamentos oferecidos pela gerência de dermatologia sanitária ou pela DAPS onde foram abordados o tratamento com a PQT e os estados reacionais. Ao analisarmos este fato podemos supor que o currículo das capacitações gerais em hanseníase ou a metodologia usada para as mesmas não aborda suficientemente o cuidado para os estados reacionais lembrando tal afirmação demanda um novo estudo.

Em todas as possibilidades sugeridas pelas informações coletadas fica claro que o que compromete a qualidade das ações de assistência aos estados reacionais na AP 5.3 é a organização do processo de trabalho referente às atividades propostas e desenvolvidas para cada tipo de serviço de atenção a Hanseníase. Mediante a exposição e discussão dos achados de cada caso e comuns a todos seguem no último capítulo algumas recomendações.

6. Conclusão:

Este estudo constituiu-se em um esforço para avaliar sistematicamente a qualidade das ações de assistência aos estados reacionais na atenção primária tomando por base a AP 5.3 e, também, para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, assim se reconhecem as suas limitações quanto ao tempo para realização e questões abordadas.

Os três casos estudados refletem o contexto externo e organizacional da área, porém por esta avaliação não conhecer o quantitativo exato de pacientes em tratamento de estados reacionais e não abordar os outros serviços de atenção integral, considerando a descentralização das ações de controle da hanseníase para as equipes de saúde da família, não é recomendável generalizar os achados para todas as unidades da AP 5.3.

Por considerar que a assistência aos estados reacionais feita por equipe multiprofissional do PCH na atenção primária, na AP 5.3 do município do Rio de Janeiro, não estava totalmente implantada e não atendia a dimensão conformidade e suas sub-dimensões disponibilidade de insumos e qualidade técnico-científica das atividades, esta avaliação buscou responder as seguintes perguntas quanto à intervenção: Como se dava a assistência ao portador de estados reacionais de Hanseníase na atenção primária? ; Existia conformidade entre o preconizado pelo Programa e a assistência desenvolvida na AP 5.3? e Qual o grau de implantação da assistência aos estados reacionais na AP 5.3?.

Para responder a primeira pergunta foram descritos tanto o contexto externo quanto o contexto organizacional da AP 5.3 e a situação de cada caso de estudo. A assistência aos portadores de estados reacionais da Hanseníase acontece na AP 5.3 nas unidades, consideradas de referência para cada território ou complexo, bem como, nas unidades de saúde da família, respeitando o grau de complexidade das ações, de acordo com o tipo de serviço integral de atenção a Hanseníase. De um modo geral, os três casos, realizam ações de diagnóstico das reações hansênicas, avaliação da função neural e do grau de incapacidade, tratamento clínico dos estados reacionais, prevenção de incapacidades, educação em saúde para usuários e referenciam casos cirúrgicos, de alguns diagnósticos diferenciais e tratamento de certos tipos de incapacidades.

Quanto à conformidade entre o preconizado pelo Programa e a assistência desenvolvida podemos observar que o componente insumos encontra-se conforme, na maioria dos indicadores, nos três casos. As exceções a esta conformidade são percebidas nos indicadores que tratam a disponibilidade de recursos humanos para o tipo de serviço de

atenção integral, de estrutura para acolhimento dos usuários, de mobiliário adequado para atendimento, sala para coleta de raspado intradérmico (baciloscopia de linfa) e preenchimento dos instrumentos legais.

A análise da sub-dimensão qualidade técnico-científica evidenciou as fragilidades do processo de trabalho das equipes de atenção integral a Hanseníase e assistência aos usuários do programa, baseado no preconizado pelas normas existentes. Um dos principais dificultadores, deste processo, foi o não reconhecimento por parte dos profissionais do quantitativo real de pacientes em estados reacionais atendidos nos serviços de saúde, em virtude da ausência de um sistema de informação acessível e claro para o monitoramento pelos mesmos. Outro indicador de destaque, quanto à conformidade da qualidade técnico-científica, são as respostas aos casos encaminhados aos serviços de referência de maior complexidade. Ambos os indicadores indicaram a necessidade da discussão sobre sistemas de informação e fluxos de referência e contra-referência para a atenção primária em hanseníase.

Como visto, o componente insumos encontra-se implantado nos três casos de estudo. No Caso 1 (83,7% de implantação) vimos que a interferência na disponibilidade se dá pela ausência de profissionais na equipe, inexistência de sala para coleta de raspado intradérmico de linfa, material para confecção de órteses e próteses, inexistência de viaturas para visita domiciliar e preenchimento adequado de instrumentos legais. Semelhante ao Caso 1, o Caso 2 com 85,6% de implantação neste componente difere apenas por não possuir estrutura adequada para acolhimento e espaço físico com mobiliário adequado, além de ter o preenchimento correto dos instrumentos legais. O Caso 3, com o maior grau de implantação de insumos (87,5%), difere dos outros casos pela disponibilidade da maior parte dos indicadores, exceto pela falta de alguns materiais de consumo e da existência de equipamentos para pré-consulta.

O componente atividades encontra-se parcialmente implantado nos três casos, com 53,8% o Caso 2, 55,7% o Caso 3 e 63,4% o Caso 1. Os indicadores que diferenciaram o percentual do grau de implantação nos três casos foram à organização dos fluxos de atendimento, a realização de ações educativas que abordassem o tema estados reacionais, a confecção de órteses e próteses de acordo com o tipo de serviço e disponibilidade de profissionais, acesso e respostas dos serviços de referência, registro das informações nos prontuários dos usuários e monitoramento do sistema de informação existente.

Diante do exposto, conclui-se que a assistência aos estados reacionais em Hanseníase, na Atenção Primária, na AP 5.3 do município do Rio de Janeiro, encontra-se parcialmente

implantada e requer medidas de conformidade tanto para a disponibilidade de insumos quanto para a qualidade técnico-científica das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde.

7. Recomendações:

Compreende-se que uma avaliação abre caminhos para novos questionamentos ou novas avaliações e que deve ser útil para os seus beneficiários, por isso seguem algumas recomendações gerais aos contextos externo e organizacional e em seguida aos casos por subdimensões da conformidade.

Quanto ao contexto externo, os casos apresentam semelhanças nos critérios e indicadores, por isso sugerir recomendações que possibilitem sua mudança, envolvem ações intersetoriais nos serviços de educação, geração de trabalho ou renda, saúde e assistência social. Desta forma, para minimizar o efeito do contexto externo sob a assistência aos estados reacionais sugere-se uma maior interação com as equipes de saúde da família para mapeamento das famílias de risco ou em situação de vulnerabilidade e assim desenvolver ações a nível local para redução de danos como o analfabetismo e fome, ou inserção destes pacientes em programas sociais governamentais.

Quanto ao contexto organizacional recomenda-se adequar os casos ao tipo de serviço de atenção integral a Hanseníase, tanto no que diz respeito à composição profissional quanto às ações desenvolvidas pelos mesmos. Tanto os serviços de saúde da área, de modo geral, quanto o PCH tiveram os seus contextos organizacionais modificados com o aumento da oferta de serviços à saúde. Ainda é cedo para afirmarmos o aumento do número de consultas médicas ambulatoriais por habitante/ano nesta área, mas esse é um indicador importante de acesso aos serviços e ao cumprimento da descentralização do cuidado. Esta afirmação se dá também por não ser possível, ainda neste momento, avaliarmos o impacto da descentralização das ações de controle da hanseníase na área, porém esta é uma ação que deve ser realizada nos próximos anos.

Outra questão importante é a institucionalização de espaços de discussão das equipes do PCH, de Saúde da Família e respectivas gerências. De modo a criar a cultura de planejamento, monitoramento e avaliação. Para isso, entende-se que um dos passos é a realização de oficinas de Monitoramento & Avaliação nos moldes do PNCH e reuniões de equipes periódicas com a participação dos profissionais da rede local.

A inclusão do dermatologista nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família da área proporcionando a interação dinâmica do processo de trabalho, tanto através de interconsultas e sessões clínicas com médicos e enfermeiros quanto da participação nas reuniões de equipe

para discussão e planejamento do plano de cuidado de cada caso, seria considerado um avanço para a descentralização das ações do PCH.

Quanto ao acesso às referências aos serviços de atenção integral a hanseníase tipo III este deve ser pauta de negociação e avaliação da gerência municipal do programa com as coordenações estaduais e federais dos mesmos. De modo que possibilite a melhoria dos fluxos de atendimento, acolhimento, utilização e comunicação destes com a atenção primária, para a construção de redes assistenciais sólidas e efetivas. Além disso, recomenda-se ampliar a divulgação dos fluxos de referência e contra-referência entre as unidades de atenção primária da área.

Recomenda-se também a divulgação de relatórios sobre a situação epidemiológica da hanseníase na área e a utilização destes para o planejamento das atividades locais. A partir deste entendimento, tem-se a necessidade de uma análise epidemiológica dos últimos 20 anos, mais aprofundada utilizando ferramentas do geoprocessamento e da análise de situação de saúde. A compreensão da influência da dinâmica de cada território e dos determinantes sociais da hanseníase e dos seus estados reacionais possibilitaria as equipes tanto da Saúde da Família quanto do PCH em planejar suas ações com base nas suas áreas adscritas.

Quanto aos Sistemas de Informação vimos que existe a necessidade eminente de apropriação e discussão dos dados correlacionando-os com o território e as ações de controle da hanseníase. A proposta deste estudo não é a criação de mais um sistema de informação, mas sim a melhoria e utilização dos já existentes. A melhoria com inclusão de informações que permitam o planejamento, monitoramento e avaliação da prestação do cuidado, sendo acessíveis aos profissionais da equipe.

E por último, no contexto organizacional, o estímulo a realização de pesquisas operacionais por parte dos profissionais através da criação de núcleos de pesquisa vinculados a instituições científicas. Estimular a produção e o compartilhamento do conhecimento na área e em outros espaços.

Quanto ao componente estrutural insumo no Caso 1 recomenda-se a aquisição de profissionais para completar a equipe e adequar o tipo de serviço de atenção integral; treinamento de profissional e estabelecimento de fluxo para coleta da baciloscopia de linfa; revisão do estoque de medicamentos para tratamento de estados reacionais da farmácia da unidade e solicitação dos mesmos ao órgão competente e no caso de medicamentos especiais entrar em contato com a gerência do programa; providenciar material para confecção de órteses e prótese mediante a adequação da equipe e tipo de serviço ofertado.

No Caso 2 recomenda-se que as normas e protocolos permaneçam junto à equipe e não na direção da unidade; organização para coleta de baciloscopia, visto que já existe o profissional treinado; realização e registro em prontuários sobre o grau de incapacidade no início, durante e na alta por cura do paciente; providenciar junto aos serviços competentes a aquisição de medicamentos anti-reacionais; organizar o arquivo de registros de acordo com as normas do PNCH e atualizar o livro de registros no campo “estados reacionais durante o tratamento”.

No Caso 3 recomenda-se a adequação na estrutura de acolhimento dos usuários com a aquisição de um bebedouro para o andar onde se localiza o serviço de dermatologia sanitária; adequação de sala para o Pólo de Prevenção de Incapacidades; a aquisição de fitas para teste de glicemia capilar e preenchimento adequado dos registros legais.

Quanto ao componente estrutural atividades no Caso 1 recomenda-se a revisão dos fluxos acolhimento e atendimento da equipe; a apropriação dos dados sobre hanseníase e estados reacionais pela equipe; a análise e discussão junto a gerência local e municipal do programa quanto aos processos de referência e contra-referência e registro adequado nos instrumentos legais como o prontuário, livro de registros do PCH e arquivo de doses e realização e registro das atividades de prevenção de incapacidades pela equipe.

Para o Caso 2 recomenda-se a realização de reuniões de equipe periódicas para discussão dos casos e avaliação do PCH local; realização de atividades de educação em saúde em grupo como grupos de mutua-ajuda; realização e registro da avaliação do grau de incapacidade; discussão dos processos de referência e contra-referência com a gerência local e municipal; registro adequado das informações no prontuário; realizar atividades de educação permanente com os demais profissionais de saúde a fim de esclarecer sobre a hanseníase e seus estados reacionais, discutir as questões relativas ao acolhimento na unidade e a apropriação dos dados para planejar as ações do PCH.

No Caso 3, recomenda-se a realização de educação permanente dos profissionais de nível médio sobre os estados reacionais; o estímulo a reuniões periódicas da equipe do programa inclusive para trabalhar questões de relacionamento interpessoal; a organização dos fluxos de acolhimento e atendimento com disposição em local visível aos usuários; a realização de atividades de educação em saúde em grupo como grupos de mutua-ajuda; a análise e discussão dos processos de referência e contra-referência locais e municipais com as respectivas gerências; o registro adequado das informações em prontuário e atualização do campo estados reacionais durante o tratamento no livro de registro de casos novos.

Todas as recomendações propostas buscaram ser práticas e úteis para melhoria da assistência aos estados reacionais em hanseníase e serão discutidas em uma oficina de Monitoramento e Avaliação junto às equipes dos respectivos casos. Espera-se com isso atender a uma questão inerente a este tipo de avaliação, ou seja, contribuir para a formação e melhoria dos serviços.

8. Referências Bibliográficas:

ADAMI, N.P. Acesso , Utilização e Aceitação dos Serviços de Dermatologia de um Centro de Saúde Escola sob o Modo de Ver dos Hansenianos. Ver. Latino-am. Enfermagem – Ribeirão Preto – v. 1 – n.2 – p. 53-67 – julho 1993.

ALMEIDA, V. de P. Avaliação de Programas Sociais: De Mensuração de Resultados para uma Abordagem Construtivista. Pesquisa e Práticas Psicossociais, v.1, n.2, São João del-Rei, dez. 2006.

ALVES, C.K.A; NATAL, S.; FELISBERTO, E.; SAMICO, I. Interpretação e Análise das Informações: O Uso de Matrizes, Critérios, Indicadores e Padrões. Cap.8, pag. 89-107. In: Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. Organizadores: Isabella Samico et al – Rio de Janeiro: MedBook, 2010. 196p.

AMADOR, M.P.S.C.; CUNHA, M.H.C.M; DA CRUZ, C.A.V. Análise Imunodiagnóstica do Teste Anti-PGL-I na diferenciação entre hanseníase clínica e reação hansênica pós-cura. Cad. Saúde Colet., Rio de JANEIRO, 15(3):357 -368, 2007.

AMORM, E.; BLANCO,M.. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) na cidade do Rio de Janeiro. P. 206-241. In: Desenvolvimento Humano na Cidade do Rio de Janeiro. Adalberto Cardoso (coord) - convênio IUPERJ/IPEA/IPP/Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Coleções Estudos Cariocas. 2004.

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, 10 (supl.2): 281-292, 1994.

ANDRADE, V.L.G. Evolução da Hanseníase no Brasil e perspectivas para sua eliminação como um problema de Saúde Pública. Tese de doutorado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Instituto Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, jul – 1996.

ANDRADE, L.O.M; BARRETO, I.C.H.C; BEZERRA, R.C. Atenção Primária a Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Tratado de Saúde Coletiva/Gastão Wagner de Souza Campos e cols. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. 871p. Cap.25. 783-836p.

ARAÚJO, M.G. Hanseníase no Brasil. Artigo de Atualização. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 2003; 36(3):373-382. mai-jun.2003.

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977, pp. 95 a 102.

BASTAZINI, Ivander. Contribuição ao Estudo da Reação Hansênica. Tese apresentada ao Departamneto de Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu, para obtenção do grau de Doutor em Ciências. Botucatu – São Paulo, 1973. Disponível em: <http://hansen.bvs.ilsl.br>
Acesso em: 24 de novembro de 2009.

BRASIL, Constituição Federal. Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990. Capítulo II: Dos Princípios e Diretrizes. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em: 25 de novembro de 2009.

BRASIL, Política Nacional de Promoção da Saúde (Documento para discussão). Brasília - DF. Novembro de 2002.

BRASIL, Lei nº10.651, de 16 de abril de 2003. Dispõe sobre o controle do uso de talidomida. Acesso em 05/02/2011 por: www.saude.gov.br/hanseníase.

BRASIL, *Monitoramento da Eliminação da Hanseníase (LEM)*. Brasil, 2003. Brasília, DF, 2004. 39p. Disponível em: <<http://www.paho.org/Portuguese/AD/DPC/CD/lep-LEM-2003.htm>>. Acesso em: 24 set. 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Caderno do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS. Edição 2004/2005. Brasília – Ministério da Saúde, 2004. 69p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Documento técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 108 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família)

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/ Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4.ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (a). 68p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v.4)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose/ Ministério da Saúde, Secretária de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica/ Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 199p.

BRASIL. Diário Oficial da União. Portaria N°.125/SVS-SAS, de 26 de março de 2009 (a). Define ações para o controle da hanseníase. Imprensa Nacional. Ano CXLVI N°.59. Brasília – DF, sexta-feira, 27 de março de 2009(a).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle da Hanseníase. Relatório de Gestão maio de 2007 a dezembro de 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2009 (b). 91p.

BRASIL. Diário Oficial da União. Portaria n° 3.125 de 07 de outubro de 2010. Aprova as diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. 2010a Disponível em: www.saude.gov.br/hansenia. Acesso em: 03 de janeiro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Orientações para uso de Corticóides em Hanseníase. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 52p. (Série A- Normas e Manuais Técnicos). 2010b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do Instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde: primary care assessment tool pcatool – Brasil. Brasília – 2010c. 80p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Diário Oficial da União. Portaria n° 594, de 29 de outubro de 2010. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Brasília – 2010. Imprensa Nacional, n°211 – 04/11/2010 – p.78.

BRITO, M.F.M. Associação entre reação hansênica após tratamento (Poliquimioterapia Multibacilar –PQT/MB) e a carga bacilar através de detecção de anticorpos IgM (Imunoglobulina M) contra PGL-1 (Glicolípide Fenólico-1) do *Mycobacterium leprae*./ Maria de Fátima de Medeiros Brito. – Recife: O Autor, 2008. xiv, 90 folhas; il., tab.,gráf.

CAMPBELL, S.M, ROLAND, M.O, BUETOW,S.A. Defining quality of care. *Social Science & Medicine* 51 (2000) 1611 – 1625.

CASTELLANOS, P.L. Epidemiologia, Saúde Pública, Situação de Saúde e Condições de Vida. Considerações Conceituais. In: *Condições de Vida e Situação de Saúde* (Org. Rita Barradas Barata). Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997.

CLARO, Lenita B. Lorena. Hanseníase: representações sobre a doença. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. 195p.

CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.L. & PINEAULT, R. A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos. In: Hartz, Zulmira M.A. (Org.) – *Avaliação de Saúde. Dos Modelos Conceituais à Prática na análise de Implantação de Programas*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 1997.

CROFT, R.P. et al, A clinical prediction rule for nerve-function impairment in leprosy patients. *Lancet* (2000) 355: 1603-6.

DENIS, J.L. & CHAMPAGNE, F. Análise da Implantação. In: Avaliação de Saúde. Dos Modelos Conceituais à Prática na análise de Implantação de Programas (Hartz, Zulmira M.A., Org.) Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 1997.

DONABEDIAN, A. Sete Pilares da Qualidade. Versão ligeiramente adaptada e resumida do artigo The Seven Pillars of Quality, Arch Pathol Méd. 1990; 114: 1115 – 1118, por Roberto P. Nogueira.

ECOMUSEU. História de Santa Cruz: das Terras de Piracema ao NOPH/ECOMUSEU. Disponível em: <http://www.quarteirao.com.br/historia.html>. Acesso em: 03 de dezembro de 2010.

FERREIRA, Helder, CASSIOLATO, Martha, GONZALEZ, Roberto. Como Elaborar Modelo Lógico de Programa: um roteiro básico. Instituto de Pesquisa Aplicada. Nota Técnica. Brasília, fev – 2007. 19p.

FOSS NT. Episódios reacionais na Hanseníase. **Medicina, Ribeirão Preto**, 36: 453-459, abr./dez. 2003.

FRIAS, P. et al. Atributos da Qualidade em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro. Medbook, 2010.

GUBA, E.G. & LINCOLN, Y.S. Comparing Evaluation Models. In: GUBA & LINCOLN, Effective Evaluation. Jossey-Bass Publishers, San Francisco -1981. p.1-22.

HARTZ, Z.A. Avaliação de Saúde. Dos modelos Conceituais à Prática na Análise de Implantação de Programas. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 1997.

HARTZ, Z. M. A. Pesquisa em avaliação da atenção básica: a necessária complementação do monitoramento. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n.21, p.29-35, dezembro 2000.

IILEP Action Group. Como reconhecer e tratar reações hansênicas. Guia Didático de Lepra 2. Publicado por: The International Federation of Anti-Leprosy Associations (IILEP). Londres -2002. Traduzido por Priscila Leiko Fuzikawa.

IPP, Instituto Pereira Passos. Desenvolvimento Humano e Condições de vida na cidade do Rio de Janeiro. Adalberto Cardoso (Coord.) Série Estudos Cariocas. Estudo 20040101. 2004. Disponível em: www.rio.rj.gov.br/ipp/ . Acesso em: 03 de dezembro de 2010.

IPP, Instituto Pereira Passos. Santa Cruz e a Fazenda Nacional: Notas sobre a situação Fundiária. Série Estudos Cariocas. Estudo 2004.0801. 2004. Disponível em: www.rio.rj.gov.br/ipp/ . Acesso em: 03 de dezembro de 2010.

IPP, Instituto Pereira Passos. Estimativas do Município do Rio de Janeiro. Série Estudos Cariocas. Estudo 2407. 2008. Disponível em: www.rio.rj.gov.br/ipp/ . Acesso em: 25 de novembro de 2009.

IPP, Instituto Pereira Passos. Índice de Desenvolvimento Social – IDS: comparando as realidades micro-urbanas da cidade do Rio de Janeiro. Série Estudos Cariocas. Estudo 2008.0401. 2008. Disponível em: www.rio.rj.gov.br/ipp/ . Acesso em: 25 de novembro de 2010.

LAGO, E.R.L. & CRUZ, R.B. Atención Primaria de Saludy medicina general integral. In: ANDRADE, L.O.M; BARRETO, I.C.H.C; BEZERRA, R.C. Atención Primária a Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Tratado de Saúde Coletiva/Gastão Wagner de Souza Campos... (et al.). São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. 871p. Cap.25. 783-836p.

LEVINS, R.; LOPEZ, C. “Toward an ecosocial view of health”. International Journal of Health Services, vol.29, N.2: 262-293.

LOVE, A. Implementation Evaluation. In: Handbook of Pratical Program Evaluation. 2. ed., San Francisco: Jossey-Bass, 2004. p. 63-97

MARTELLI,C.M.T.; STEFANI, M.M.A.; PENNA, G.O., ANDRADE,A.L.S.S. Endemias e epidemias brasileiras, desafios e perspectivas de investigação científica: hanseníase. Rev. Bras. Epidemiologia. Vol. 5, n°3, 2002.

MEDINA, M.G, SILVA, G.A.P., AQUINO,R., HARTZ, Z.M.A.. Uso de Modelos Teóricos na Avaliação em Saúde: Aspectos Conceituais e Operacionais. In: Hartz, Zulmira & Vieira-da-Silva LM (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.

MENDONÇA, V.M, COSTA, R.M, MELO,G.E.B.A, ANTUNES,C.M.A, TEIXEIRA, A.L. Imunologia da Hanseníase. An Bras Dermatol. 2008; 83 (4):343-50.

MOREIRA, T.M.A. Avaliação da descentralização das ações programáticas de hanseníase: um estudo de caso. Tese apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do grau de Doutor em Saúde Pública. Junho/2002. 228p.

NERY, J.A.C., SALES,A.M, ILLARRAMENDI,X., DUPPRE, N.C., JARDIM, M.R, MACHADO,A.M. Contribuição ao diagnóstico e manejo dos estados reacionais. Uma abordagem prática. Artigo de revisão. Anais Brasileiros de Dermatologia. 2006; 81(4):367-75.

OLIVEIRA, C.R, ALENCAR, M.J.F, SANTANA, S.C, SENA NETO, S.A, RAMOS JUNIOR, A.N. Fatores que influenciaram a inadequação do diagnóstico e do acompanhamento dos estados reacionais em hanseníase no Estado de Rondônia, Brasil. Hansen Int 2007; 32 (2): 185-96.

OMS. Organización Mundial da Salud. Atención Primária de Salud. Informe conjunto Del Director de La organizacion Mundial de La Salud e Del director Ejecutivo Del fondo de lãs nacions unidas para La infância. Conferencia Mundial de Alma-Ata (URSS), 6-12 de septiembre de 1978.

OPROMOLLA, Diltor Vladimir Araújo. Manifestações Clínicas e Reações. In: OPROMOLLA, Diltor Vladimir Araújo. Noções de Hansenologia. Bauru. Centro de Estudos “Dr. Reynaldo Quagliato”, 2000. p.51 -58. Disponível em: http://hansen.bvs.ils.br/textoc/livros/OPROMOLLA_Diltor_nocoos/PDF/manifes_rea.pdf/pt

PATROCLO, M.A.A; SANTOS, E.M; NATAL, S; CRUZ, M.M, OLIVEIRA, M.L.W. Análise de dois modelos para avaliação de Programas de Hanseníase no Brasil. Cad. Saúde Coletiva., Rio de Janeiro, 16 (2): 257 - 272, 2008

POTVIN, L; GENDRON, S;ILODEAU, A. Três posturas ontológicas concernentes à natureza dos programas de saúde: Implicações para a Avaliação. In: Bosi, MLM; Mercado, F.J. Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde. Petrópolis – RJ: Editora Vozes, 2006.

QUEIROZ, M.S.; CARRASCO, M.A. O doente de Hanseníase em Campinas: uma Perspectiva Antropológica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 11 (3): 479-490, jul/set, 1995.

REIS, E.F.J.B.; SANTOS, F.P.; CAMPOS, F.E.;ACÚRCIO, F.A.; LEITE, M.T.T.; LEITE, M.L.; CHERCHIGLIA, M.L.; SANTOS, M.A. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: Notas Bibliográficas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 6 (1): 50-61, jan/mar, 1990.

RODRIGUES, A.L.P. et al. Ocorrência de reações em pacientes pós-alta por cura de hanseníase: subsídios para implementação de um programa de atenção específica. Hansen. Int., 25111: 7-16, 2000.

SAUNDERSON, P. Como reconhecer e tratar reações hansênicas/ editores e revisores, Ana Regina Coelho Andrade... [et al.]. 2.ed. – Belo Horizonte: Coordenadoria Estadual de Dermatologia Sanitária, Secretaria do Estado da Saúde de Minas Gerais, 2007. 90p. Tradução e adaptação da obra: How to recognise and manage leprosy reactions/ Paul Sanderson, publicada pela ILEP.

SBH & SBD. Projeto Diretrizes. Hanseníase Episódios Reacionais. Autoria: Sociedade Brasileira de Hansenologia & Sociedade Brasileira de Dermatologia. Elaboração final: 4 de julho de 2003. Participantes: Foss NT, Souza CZ, Goulart IMB, Gonçalves HS, Virmond M.

SCRIVEN, M. O Conceito de Avaliação. In: Introdução à avaliação de programas sociais. – coletânea de textos. São Paulo. Instituto Fontes, 2004, p.8-33.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v.23, n.53, p.81-92, 1999.

SIGAUD, Márcia. Caracterização dos Domicílios na Cidade do Rio de Janeiro. Série Estudos Cariocas. Instituto Pereira Passos (IPP)/ Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. N° 20070402. Abril. 2007. Disponível em: www.armazemdedados.rio.rj.gov.br. Acesso em: 10 de fevereiro de 2011.

SMSDC-RJ, Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Guia de Referência Rápida. Carteira de Serviços:Relação de Serviços Prestados na Atenção Primária à Saúde. Versão Profissionais. Data da Publicação: Ago/2010. Disponível em: http://200.141.78.79/dlstatic/10112/137240/DLFE-209410.pdf/guia_versao_profissionais.pdf. Acesso em: janeiro de 2011.

SOUZA, C.S. Hanseníase; Formas Clínicas e Diagnóstico Diferencial. Medicina, Ribeirão Preto, 30: 325-334. jul./set.1997.

SOUZA, M.F. Uma Ecologia Política dos Riscos. O Conceito Transdisciplinar de Vulnerabilidade (Cap. 4). Editora Fiocruz, pag 19-59. 2008.

SOUZA, R.B.C. Avaliação de Implementação das Ações de Prevenção de Incapacidades e Reabilitação em Hanseníase, no município de Cabo Frio – RJ. Dissertação para obtenção do grau de mestre pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2009, por Rafaela Barros Chagas de Souza.

STARFIELD, B. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO – Ministério da Saúde, 2002.

THOMPSON, Paul. A entrevista. In: *A voz do passado*. São Paulo: Paz e Terra, 1991.

VASCONCELOS, E.M. O desenho de pesquisa em investigações complexas e interdisciplinares. In: *Complexidade e Pesquisa Interdisciplinar: Epistemologia e Metodologia Operativa*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2002, 2ª Edição, p. 157 – 167.

VASCOCELLOS, M.M., ZACKIEWICZ, C., CAVALCANTE, M.T. IDH e Condições de Saúde no Município do Rio de Janeiro. In: *Desenvolvimento Humano e Condições de vida na cidade do Rio de Janeiro*. N°20040101. Janeiro- 2004. Instituto Pereira Passos/Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. 2004. Disponível em: www.armazemdedados.rio.rj.gov.br. Acesso em: 10/02/2011.

VICTORA, Ceres. G; KNAUTH, Daniella. R.; HASSEN, M. N. A. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000, cap. 1.

VIEIRA DA SILVA, L.M FORMIGLI, V.L.A. Conceitos, Abordagens e Estratégias para a Avaliação em Saúde. 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*. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

VUORI, H. A Qualidade da Saúde. Texto apresentado originalmente com o título “Estratégias para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde”, no Seminário de avaliação dos serviços de saúde – Aspectos metodológicos, OPAS, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Brasil, novembro (21 a 25) de 1988. Tradução: Maria José Lindgren Alves.

URA, S. & OPROMOLLA, D.V.A. Epidemiologia. In: OPROMOLLA, Diltor Vladimir Araújo. *Noções de Hansenologia*. Bauru. Centro de Estudos “Dr. Reynaldo Quagliato”, 2000a. p. 101 -107. Disponível em:

http://hansen.bvs.isl.br/textoc/livros/OPROMOLLA_Diltor_nocoos/PDF/epidemio.pdf/pt

URA, S. & OPROMOLLA, D.V.A Controle. In: OPROMOLLA, Diltor Vladimir Araújo. Noções de Hansenologia. Bauru. Centro de Estudos “Dr. Reynaldo Quagliato”, 2000b. p. 109 -112. Disponível em: http://hansen.bvs.isl.br/textoc/livros/OPROMOLLA_Diltor_nocoos/PDF/control.pdf/pt

WHO, World Health Organization. Enhanced Global Strategy for Further Reducing the Disease Burden due to Leprosy. (Plan Period: 2011 – 2015), 2009.

WORTHEN, BLAINE R. Avaliação de programas: concepções e práticas/ Blaine R. Worthen, James R. Sanders, Jody L, Fitzpatrick; tradução Dinah de Abreu Azevedo. – São Paulo: Editora Gente, 2004.

9. Apêndices:

9.1. Instrumentos para Coleta de Dados:



Projeto de Dissertação de Mestrado: “Avaliação de implementação das ações de assistência aos estados reacionais de Hanseníase na Atenção Básica: o caso da AP 5.3 no município do Rio de Janeiro”.

1. Roteiro de Observação nas Unidades Básicas de Saúde

1. Registro de Informações	Sim	Não	OBS
1.a. O livro de registro de casos novos está atualizado?			
1.b Existe o campo “reação durante o tratamento” no livro de registro de casos?			
1.c Os casos de estados reacionais estão registrados no livro de registro?			
1.d. O arquivo com o registro ativo é organizado conforme preconizado pelo PNCH?			
1.e O arquivo com o registro ativo é atualizado?			
1.f Existe Boletim de Acompanhamento de Casos?			
1.g Existe ficha de registro de atendimentos para o GIL?			
1.h O GIL é digitado regularmente na unidade?			
1.i Existe CID-10 disponível para que os profissionais do Programa possam consultar ?			
1.j Existe o Registro Mensal de Atividades da Dermatologia Sanitária?			
1.l Existe registro de liberação de medicamentos anti-reacionais?			

1.m Se sim, que tipo?			
1.n Existe o Boletim de Controle de Estoque para Liberação de Medicamentos do PCH?			
1.o Existem outros tipos de registro voltados ao paciente com reação durante o tratamento ou no pós-alta?			
1.p Caso afirmativo, quais?			
2. Estrutura Física	Sim	Não	OBS
2.a O atendimento para casos de reação hansênica é agendado?			
2.b O atendimento para casos de reação hansênica é por ordem de chegada?			
2.c Qual o horário deste atendimento pela manhã?			
2.d Qual o horário deste atendimento a tarde?			
2.e O local de espera para atendimento possui assento?			
2.f A(s) sala(s) permite(m) acesso aos portadores de deficiência?			
2.g O atendimento é realizado com porta fechada?			
2.i A sala possui maca?			
2.j O atendimento é reservado (apenas examinador e paciente)?			
2.l O consultório possui iluminação natural?			
2.m O consultório possui ventilação natural?			
2.n Existe local próprio para a coleta de baciloscopia de linfa?			
2.o Os medicamentos anti-reacionais são armazenados na farmácia da unidade?			
2.p Se não, quais?			
2.q Os medicamentos anti-reacionais são dispensados na farmácia da unidade?			
2.r Se não, onde?			
3. Recursos Materiais	Sim	Não	OBS
3.a Disponibilidade de material educativo de hanseníase na UBS?			
3.b Disponibilidade de material educativo sobre reação hansênica?			

3.c. Existem normas técnicas impressas disponíveis no Programa?			
3.d As normas técnicas impressas estão acessíveis aos profissionais?			
3.e. Disponibilidade de álcool e/ou éter nos consultórios?			
3.f. Disponibilidade de algodão?			
3.g. Disponibilidade de caneta hidrocor ou lápis de cor?			
3.h. Disponibilidade de kit de monofilamento ou estesiômetro?			
3.i. Disponibilidade de material para confecção de tala gessada?			
3.j. Existe impresso de referência e contra-referência disponível para utilização?			
3.l. O Guia de Referência e Contra-referência do PCH-RJ (2008) está acessível para consulta dos profissionais?			
3.m. Existe talidomida disponível no dia da observação?			
3.n. Existe prednisona disponível no dia da observação?			
3.o Existe pentoxifilina disponível no dia da observação?			
3.p Existe material para coleta de baciloscopia de linfa (pinça, lamina de bisturi, lamina fosca, algodão, cuba redonda, bandeja, entre outros)?			
3.q Existe material para realização de biópsia de pele (ex. punch, fio para sutura)?			
3.r Existe material para coleta de exames laboratoriais de rotina?			
3.s Existe esfigmomanômetro e estetoscópio para verificação da pressão arterial?			
3.t Existe glicosimetro para verificação da glicemia capilar?			
3.u. Existe balança infantil e de adulto para acompanhamento do ganho de peso?			

- Anotar “não se aplica” no campo observações quando o item não fizer parte da rotina da unidade.

Observações: _____ Observador: _____ Data da Observação: _____



Projeto de Dissertação de Mestrado: “Avaliação de implementação das ações de assistência aos estados reacionais de Hanseníase na Atenção Básica: o caso da AP 5.3 no município do Rio de Janeiro”.

2. Instrumento para Coleta de Dados – Gestor Municipal do Programa

1. Entrevistador: _____ Data: ____/____/____

2. Cargo do Entrevistado: _____

3. Categoria Profissional: _____

4. Tempo de Atuação no Cargo: _____

5. Descreva a sua atuação no PCH na SMSDCRJ:

6. Como o (a) Sr. (a) descreve a situação epidemiológica atual da hanseníase no município do Rio de Janeiro? _____

7. E na AP 5.3?

8. Assinalar com **X** as atividades realizadas no município relacionadas aos estados reacionais durante o tratamento e no pós-alta por cura de hanseníase:

Atividade/ Situação de tratamento	Durante	Após
Exame dermatológico		
Exame neurológico		
Exame oftalmológico		
Diagnóstico diferencial entre os estados reacionais, recidivas e outras morbidades		
Tratamento medicamentoso com drogas anti-reacionais		
Prevenção de incapacidades		
Reabilitação (nível secundário)		
Tratamento Cirúrgico		
Reabilitação cirúrgica		
Avaliação das condições bucais e tratamentos		
Apoio Emocional		

Apoio Social		
Educação Continuada		
Educação em Saúde (população)		
Pesquisa		
Sistema de Informação GIL		
Monitoramento e Avaliação		

9. Quantitativo de profissionais que atuam nas ações de assistência aos estados reacionais nas UBS/ESF e pólos do PCH da AP 5.3:

Profissionais	Quantitativo atuante no PCH-RJ/AP 5.3	Não Sabe
Psicólogos		
Médicos Generalistas		
Médicos Dermatologistas		
Médicos Neurologistas		
Médicos de Saúde Pública/ Sanitaristas		
Médicos Oftalmologistas		
Médico Patologista		
Fisioterapeutas		
Terapeutas Ocupacionais		
Enfermeiros		
Farmacêuticos		
Técnicos de Enfermagem		
Agentes Comunitários de Saúde		
Técnicos de laboratório		
Assistentes Sociais		
Cirurgiões Dentistas		
Farmacêuticos		

10. Quantidade de Unidades Básicas de Saúde que oferecem assistência e tratamento aos estados reacionais na AP 5.3: _____

11. Quantidade de UBS/ESF que realizam atividades de prevenção de incapacidade na AP 5.3: _____

12. Quantidade de UBS que são Pólo de Prevenção de Incapacidades e Reabilitação Na AP 5.3: _____

13. Quantidade de UBS que realizam coleta de baciloscopia de linfa na AP 5.3:

14. Quantidade de laboratórios que realizam análise da baciloscopia de linfa na AP 5.3:

15. Quantidade de UBS que realizam biópsia de pele na AP 5.3: _____

16. Quantidade de laboratórios municipais que realizam análise de biópsia de pele no município: _____

17. Houve cálculo do número esperado de casos saídos de registro para este AP 5.3 no ano de 2008? () Sim () Não () Não sabe

Se **sim**, quantos casos? _____

18. As UBS planejam seus atendimentos do PCH reservando trinta por cento destes para os casos de reação pós-alta por cura? () Sim () Não () Não Sabe

Em caso afirmativo, de que maneira? _____

19. O PCH- RJ adota na íntegra as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde para:

	Sim	Não	Não Sabe
Diagnóstico Diferencial entre as Reações e Recidivas			
Exame dermatoneurológico			
Diagnóstico/ Classificação dos estados reacionais			
Tratamentos com drogas anti-reacionais			
Avaliação/ prevenção/ tratamento das incapacidades físicas e reabilitação			
Armazenamento e dispensação de medicamentos			
Coleta e Análise de Baciloscopia de Linfa			

20. Existem referências, pré-estabelecidas, no município para:

	Sim	Não	Não Sabe
Diagnóstico Diferencial das reações e outras patologias			
Esclarecimento diagnóstico			
Definição de condutas em estados reacionais graves			
Tratamentos com drogas anti-reacionais alternativas			
Internação para quadros reacionais graves			
Confecção de órteses e próteses			
Internação cirúrgica para neurólise			
Internação cirúrgica para transferência de tendão-pé e mão			
Osteomielite			
Oftalmologia			

21. Esta gerência monitora e discute os processos de referência e contra-referência com as áreas de planejamento? () Sim () Não

22. Quais as dificuldades encontradas por esta gerência para apoiar as UBS na parte das referências? _____

23. Número de profissionais treinados na assistência aos estados reacionais na AP 5.3:

Profissional	Treinados	
	UBS	ESF
Médicos (qualquer especialidade)		
Enfermeiros		
Fisioterapeutas		
Terapeutas Ocupacionais		
Técnicos de Enfermagem		
Agentes de Saúde		
Outros (especificar)		

24. Esta gerência organiza e disponibiliza atividades de educação continuada sobre assistência aos estados reacionais? () Sim () Não

Em caso **afirmativo**, qual o critério de distribuição de vagas?

25. Existem reuniões/seminários com os profissionais para debater/apresentar a situação da endemia de Hanseníase da AP 5.3? () Sim () Não

Em caso **afirmativo**, é abordada também a assistência aos estados reacionais?

() Sim () Não

26. Esta gerência realiza o monitoramento e avaliação da assistência aos estados reacionais no município? () Sim () Não () Não sabe

Em caso **afirmativo**, de que maneira? Em caso **negativo**, por quê?

27. Os profissionais de saúde que atuam na assistência participam das atividades de M&A? () Sim () Não

Em caso **afirmativo**, como? _____

28. Na sua opinião, as ações de assistência aos estados reacionais estão implantadas no município do RJ?_____

29. Quais as principais facilidades para essa implantação? E quais as principais dificuldades?

30. O(a) que o Sr(a) sugere para melhorar a assistência aos estados reacionais na AP 5.3?



Projeto de Dissertação de Mestrado: “Avaliação de implementação das ações de assistência aos estados reacionais de Hanseníase na Atenção Básica: o caso da AP 5.3 no município do Rio de Janeiro”.

3. Instrumento para Coleta de Dados – Responsável pelo PCH na AP 5.3

1. Entrevistador: _____ Data: ____/____/____

2. Cargo do Entrevistado: _____

3. Categoria Profissional: _____

4. Tempo de Atuação no Cargo: _____

5. Descreva a sua atuação na AP 5.3 relacionada ao PCH:

6. Como o (a) Sr.(a) descreve a situação epidemiológica atual da hanseníase na AP 5.3? _____

7. Assinale X nas atividades realizadas nesta AP relacionadas aos estados reacionais pós-alta por cura de hanseníase:

Atividade/ Situação de tratamento	Durante	Após
Exame dermatológico		
Exame neurológico		
Exame oftalmológico		
Diagnóstico diferencial entre os estados reacionais, recidivas e outras morbidades		
Tratamento medicamentoso com drogas anti-reacionais		
Prevenção de incapacidades		
Reabilitação (nível secundário)		
Tratamento Cirúrgico		
Reabilitação cirúrgica		
Avaliação das condições bucais e tratamentos		
Apoio Emocional		
Apoio Social		
Educação Continuada		

Educação em Saúde (população)		
Pesquisa		
Sistema de Informação GIL		
Monitoramento e Avaliação		

8. Quantitativo de profissionais que atuam nas ações de assistência aos estados reacionais nas UBS e pólos do PCH nesta AP:

Profissionais	Quantitativo atuante no PCH-AP 5.3	Não Sabe
Psicólogos		
Médicos Generalistas		
Médicos Dermatologistas		
Médicos Neurologistas		
Médicos de Saúde Pública/ Sanitaristas		
Médicos Oftalmologistas		
Médico Patologista		
Fisioterapeutas		
Terapeutas Ocupacionais		
Enfermeiros		
Farmacêuticos		
Técnicos de Enfermagem		
Agentes Comunitários de Saúde		
Técnicos de laboratório		
Assistentes Sociais		
Cirurgiões Dentistas		

09. Quantidade de Unidades Básicas de Saúde que oferecem assistência aos estados reacionais na AP 5.3: _____

10. Quantidade de UBS que realizam atividades de prevenção de incapacidades na AP 5.3: _____

11. Quantidade de UBS que são Pólo de Prevenção de Incapacidades e Reabilitação na AP 5.3: _____

12. Quantidade de UBS que realizam coleta de baciloscopia de linfa na AP 5.3: _____

13. Quantidade de laboratórios que realizam análise da baciloscopia de linfa na AP 5.3: _____

14. Quantidade de UBS que realizam biópsia de pele na AP 5.3: _____

15. Quantidade de laboratórios que realizam análise de biópsia de pele na ou para AP 5.3:

16. Houve cálculo do número esperado de casos saídos de registro para esta AP no ano de 2008? () Sim () Não () Não sabe

Se **sim**, quantos casos? _____

17. As UBS planejam seus atendimentos do PCH reservando trinta por cento destes para os casos de reação pós-alta por cura? () Sim () Não () Não Sabe

Em caso **afirmativo**, de que maneira? _____

18. O PCH-AP 5.3 adota na íntegra as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde para:

	Sim	Não	Não Sabe
Diagnóstico Diferencial entre as Reações e Recidivas			
Exame dermatoneurológico			
Diagnóstico/ Classificação dos estados reacionais			
Tratamentos com drogas anti-reacionais			
Avaliação/ prevenção/ tratamento das incapacidades físicas e reabilitação			
Armazenamento e dispensação de medicamentos			
Coleta e Análise de Baciloscopia de Linfa			

19. Existem referências, pré-estabelecidas, no município para AP 5.3 para:

	Sim	Não	Não Sabe
Diagnóstico Diferencial das reações e outras patologias			
Esclarecimento diagnóstico			
Definição de condutas em estados reacionais graves			
Tratamentos com drogas anti-reacionais alternativas			
Internação para quadros reacionais graves			
Confecção de órteses e próteses			
Internação cirúrgica para neurólise			
Internação cirúrgica para transferência de tendão-pé e mão			
Osteomielite			
Oftalmologia			

20. Os pacientes assistidos nas unidades de referência retornam com a ficha de contra-referência preenchida? () Sim () Não () Não sabe

21. Esta gerência monitora e discute os processos de referência e contra-referência com o nível central do PCH-RJ? () Sim () Não

22. Quais as dificuldades encontradas por esta gerência para apoiar as UBS na parte de referências? _____

23. Número de profissionais treinados na assistência aos estados reacionais nesta AP:

Profissional	Treinados	
	UBS	ESF
Médicos (qualquer especialidade)		
Enfermeiros		
Fisioterapeutas		
Terapeutas Ocupacionais		
Técnicos de Enfermagem		
Agentes de Saúde		
Outros (especificar)		

24. Os profissionais de saúde, desta AP, são liberados para participarem de atividades de educação continuada sobre estados reacionais oferecidas em âmbito municipal ou estadual? () Sim () Não

25. Esta gerência organiza atividades de educação continuada sobre assistência aos estados reacionais a nível local? () Sim () Não

26. Existem reuniões/seminários com os profissionais para debater/apresentar a situação da endemia de Hanseníase nesta AP? () Sim () Não

Em caso **afirmativo**, é abordada também a assistência aos estados reacionais pós-alta por cura? () Sim () Não

27. Esta gerência realiza o monitoramento e avaliação da assistência aos estados reacionais no município? () Sim () Não () Não sabe

Em caso **afirmativo**, de que maneira? Em caso **negativo**, por quê?

28. Na sua opinião, as ações de assistência aos estados reacionais estão implantadas na AP 5.3? _____

29. Quais as principais facilidades para essa implantação? E quais as principais dificuldades? _____

30. O(a) que o Sr(a) sugere para melhorar a assistência aos estados reacionais na AP 5.3? _____



Projeto de Dissertação de Mestrado: “Avaliação de implementação das ações de assistência aos estados reacionais de Hanseníase na Atenção Básica: o caso da AP 5.3 no município do Rio de Janeiro”.

4. Instrumento para Coleta de Dados – Profissionais de Saúde.

Entrevistador: _____ Data: ____/____/____

Código da entrevista: _____

Categoria Profissional: _____

1. Descreva sua formação profissional (detalhar): _____

2. Há quanto tempo atua no Programa de Controle da Hanseníase? _____

3. Descreva a sua atuação no Programa: _____

4. O que o(a) Sr (a) entende por reação hansênica?

5. O(a) Sr(a) conhece o número de casos novos de Hanseníase registrados nesta unidade até o momento, neste ano? () Sim () Não () Não sabe

6. 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? _____

7. O(a) Sr (a) sabe se existe algum tipo de registro/controle dos pacientes em tratamento de estados reacionais durante o tratamento e no pós-alta por cura?

() Sim () Não () Não sabe

Em caso **afirmativo**, qual(is)? _____

8. O(a) Sr.(a) realiza o exame dermatológico (inspeção de manchas ou nódulos e teste de sensibilidade térmica e/ou tátil da lesão)? () Sim () Não () Não sabe

9. O(a) Sr(a) realiza o exame neurológico (avaliação neurológica simplificada com palpação de nervos e testes de força muscular)? () Sim () Não () Não sabe

10. É feita busca ativa dos pacientes em abandono do tratamento com drogas anti-reacionais (corticóide e talidomida)? () Sim () Não () Não sabe

Em caso **afirmativo**, como é feita a busca?

() contato telefônico () visita domiciliar () aerograma () contato com equipe de Saúde da Família () outros, especificar: _____

11. O(a) Sr(a) tem conhecimento da existência de viatura para realização de visitas domiciliares pela equipe? () Sim () Não () Não sabe

12. Existe momento (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? _____

13. Existem referências, pré-estabelecidas, nesta UBS para:

	Sim	Onde?	Não	Não Sabe
Diagnóstico Diferencial das reações e outras patologias				
Esclarecimento diagnóstico				
Definição de condutas em estados reacionais graves				
Tratamentos com drogas anti-reacionais alternativas				
Internação para quadros reacionais graves				
Confecção de órteses e próteses				
Internação cirúrgica para neurólise				
Internação cirúrgica para transferência de tendão-pé e mão				
Osteomielite				
Oftalmologia				

14. Os pacientes assistidos nas unidades de referência retornam com a ficha de contra-referência preenchida? () Sim () Não () Não sabe

15. O(a) Sr(a) ou a equipe monitora e discute os processos de referência e contra-referência com a gerência local do PCH? () Sim () Não () Não sabe

Em caso **afirmativo**, como e quando? _____

16. Quais as dificuldades encontradas, pelo(a) Sr(a), relacionadas ao sistema de referência e contra-referência para assistência aos estados reacionais?

17. No paciente 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

18. O monitoramento é registrado em instrumento específico? () Sim () Não () Não sabe

Em caso **afirmativo**, qual (is)? _____

19. Os curativos são realizados na UBS? () Sim () Não () Não sabe

Em caso **afirmativo**, são realizados pela equipe do programa ou apenas avaliados por esta? _____

20. 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

21. A avaliação do grau de incapacidade e da função neural nos estados reacionais é realizada em qual intervalo de tempo:

() semanal

() quinzenal

() mensal

() apenas quando solicitada pelo médico

() de acordo com o caso

() não é feita

22. Esta equipe monitora o potencial incapacitante dos pacientes com estados reacionais pós-alta por cura? Sim Não Não sabe

Em caso **afirmativo**, quais estratégias são utilizadas?

23. O(a) Sr(a) têm acesso e utiliza as normas e manuais do Ministério da Saúde?

Sim Não Não sabe

24. O(a) Sr(a) é liberado para participar de atividades de educação continuada sobre estados reacionais oferecidas em âmbito municipal ou estadual? Sim Não

Em caso **negativo**, por quê? _____

25. O(a) Sr(a) foi orientado quanto ao preenchimento do registro de atendimentos diários e sobre o GIL? Sim Não Não sabe

26. O(a) Sr(a) tem acesso ao CID 10 quando necessário? Sim Não Não se aplica

27. 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 são abordados os estados reacionais?

Sim Não Não sabe

28. Na sua opinião, o que facilita e o que dificulta a assistência aos estados reacionais na sua unidade? _____

29. O(a) que o Sr(a) sugere para melhorar a assistência aos estados reacionais na sua unidade?



Projeto de Dissertação de Mestrado: “Avaliação de implementação das ações de assistência aos estados reacionais de Hanseníase na Atenção Básica: o caso da AP 5.3 no município do Rio de Janeiro”.

5. Instrumento para Coleta de Dados – Coordenador de Programas

Questionário n°: _____

Categoria Profissional: _____

Entrevistador: _____ Data: ____ / ____ / ____

1. Descreva sua formação profissional (detalhar): _____

2. Há quanto tempo atua como Coordenador de Programas? _____

3. Descreva a sua atuação no Programa: _____

4. O(a) que o Sr (a) entende por reação hansênica?

5. Quadro de profissionais da unidade de saúde que atuam no programa:

Profissional	Quantitativo	Tempo médio de atuação no PCH	Treinados em estados reacionais	Treinados em prevenção de incapacidades
Médicos (qualquer especialidade)				
Enfermeiros				
Fisioterapeutas				
Terapeutas Ocupacionais				
Técnicos de Enfermagem				

Psicólogo				
Assistente Social				
Cirurgião Dentista				
Farmacêutico				
Técnico de Laboratório				
Outros (especificar)				

6. Dias de funcionamento do PCH/ Profissionais presentes:

Dia da Semana	Profissional Presente	
	Manhã	Tarde
segunda-feira		
terça-feira		
quarta-feira		
quinta-feira		
sexta-feira		
Sábado		

7. Conhece o número de casos novos de Hanseníase registrados até o momento nesta UBS, neste ano? () Sim () Não () Não Sabe

Em caso **afirmativo**, quantos? _____

8. Conhece o número de pacientes que apresentam estados reacionais em tratamento nesta unidade? () Sim () Não () Não sabe

Em caso **afirmativo**, quantos? _____

9. Existe algum tipo de registro/controlado dos pacientes em tratamento de estados reacionais durante o tratamento e no pós-alta por cura? () Sim () Não () Não sabe

Em caso **afirmativo**, qual (ais)? _____

10. Que (ais) profissional (ais) realiza (m) exame dermatológico?

() médico () enfermeira(o) () técnico de enfermagem () terapeuta ocupacional/fisioterapeuta
() qualquer profissional

11. Que (ais) profissional (ais) realiza (m) exame neurológico?

() médico () enfermeira(o) () técnico de enfermagem () terapeuta ocupacional/fisioterapeuta () neurologista () qualquer profissional

12. É feita busca ativa dos pacientes em abandono do tratamento com drogas anti-reacionais (corticóide e talidomida)? () Sim () Não () não sabe

Em caso **afirmativo**, como é feita a busca?

() contato telefônico () visita domiciliar () aerograma () contato com equipe de Saúde da Família () outros, especificar: _____

13. Existe viatura disponível para realização de visitas domiciliares pela equipe?

() Sim () Não () Não sabe

14. Existe momento (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? _____

15. Existem referências, pré-estabelecidas, nesta UBS para...

	Sim	Não	Não Sabe
Diagnóstico Diferencial das reações e outras patologias			
Esclarecimento diagnóstico			
Definição de condutas em estados reacionais graves			
Tratamentos com drogas anti-reacionais alternativas			
Internação para quadros reacionais graves			
Confecção de órteses e próteses			
Internação cirúrgica para neurólise			
Internação cirúrgica para transferência de tendão-pé e mão			
Osteomielite			
Oftalmologia			

16. Os pacientes assistidos nas unidades de referência retornam com a ficha de contra-referência preenchida? () Sim () Não () Não sabe

17. Esta UBS monitora e discute os processos de referência e contra-referência com a gerência local do PCH? () Sim () Não () Não sabe

Em caso **negativo**, por quê? _____

18. Quais as dificuldades encontradas por esta UBS relacionadas ao sistema de referência e contra-referência? _____

19. 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

20. Esta UBS monitora o potencial incapacitante dos pacientes com estados reacionais pós-alta por cura? () Sim () Não () Não sabe

Em caso **afirmativo**, quais estratégias são utilizadas?

21. Os profissionais de saúde têm acesso e utilizam as normas e manuais do Ministério da Saúde? () Sim () Não () Não sabe

22. Os profissionais de saúde são liberados para participarem de atividades de educação continuada sobre estados reacionais oferecidas em âmbito municipal ou estadual?

() Sim () Não () Não sabe

23. Os profissionais foram orientados quanto ao preenchimento do registro de atendimentos diários e sobre o GIL? () Sim () Não () Não sabe

24. Os profissionais de saúde realizam atividades de educação em saúde com os pacientes do PCH? () Sim () Não () Não sabe

Em caso **afirmativo**, é abordada a temática dos estados reacionais?

() Sim () Não () Não sabe

25. Na sua opinião, as ações de assistência aos estados reacionais estão implantadas na nesta UBS? _____

26. Na sua opinião, o que facilita e o que dificulta a assistência aos estados reacionais na sua unidade? _____

27. O(a) que o Sr(a) sugere para melhorar a assistência aos estados reacionais na sua unidade?

Instruções para preenchimento:

- N° de FIE: o número da ficha de investigação epidemiológica encontra-se registrado no prontuário e no livro de registro dos pacientes. OBS: Não confundir com o número da ficha de notificação que é enviada a gerência do programa para registro no SINAN.

- Forma Clínica - Registrar de acordo com o quadro abaixo:

Cód.	101 - Forma Clínica
1	Indeterminada
2	Tuberculóide
3	Dimorfa
4	Virchowiana
5	Não Classificada
6	Mudança de classificação durante o tratamento

- Classificação Operacional:

Cód.	102 - Classificação Operacional
1	Paucibacilar
2	Multibacilar

- Baciloscopia no momento do diagnóstico de hanseníase:

Cód.	103 - Baciloscopia
1	Positiva
2	Negativa
3	Não Realizada
4	Ignorada

- Grau de Incapacidade no momento do diagnóstico de Hanseníase:

Cód.	104- GI no momento do diagnóstico de Hanseníase
0	Grau zero
1	Grau um
2	Grau 2
3	Não Avaliado

- Grau de Incapacidade na alta por cura de Hanseníase:

Cód.	105 - GI na alta por cura de Hanseníase
0	Grau zero
1	Grau um
2	Grau 2
3	Não Avaliado

- Reações durante o tratamento com Poliquimioterapia:

Cód.	106 - Reações durante o tratamento com PQT
1	Sim
2	Não
3	Ignorado

- Número de episódios reacionais durante o tratamento:

Cód.	107 - N° de episódios reacionais durante o tratamento
1	1 (um)
2	2 (dois)
3	3 (três)
4	Acima de três

- Tipo de Reação durante o tratamento:

Cód.	108 - Tipo de Reação durante o tratamento
1	Reação Tipo 1 ou Reversa
2	Reação Tipo 2 ou Eritema Nodoso
3	Neurite Isolada
4	Associação entre reações

- Reações pós-alta por cura por Poliquimioterapia:

Cód.	109 - Reações pós-alta por cura por PQT
1	Sim
2	Não
3	Ignorado

- Número de episódios reacionais pós-alta por cura:

Cód.	110 - N° de episódios reacionais pós-alta por cura
1	1 (um)
2	2 (dois)
3	3 (três)
4	Acima de três

- Tipo de Reação pós-alta por cura:

Cód.	111 - Tipo de Reação pós-alta por cura
1	Reação Tipo 1 ou Reversa
2	Reação Tipo 2 ou Eritema Nodoso
3	Neurite Isolada
4	Associação entre reações

- Grau de Incapacidade após 1 ano da alta por cura:

Cód.	112 - GI após 1 ano da alta por cura
0	Grau zero
1	Grau um
2	Grau 2
3	Não Avaliado

- Último Grau de Incapacidade registrado após a cura:

Cód.	113 - Último GI registrado após a cura
0	Grau zero
1	Grau um
2	Grau 2
3	Não Avaliado



Projeto de Dissertação de Mestrado: “Avaliação de implementação das ações de assistência aos estados reacionais pós-alta de Hanseníase na Atenção Básica: o caso da AP 5.3 no município do Rio de Janeiro”.

7. Instrumento para Coleta de Dados – Sistema de Informação SINAN e Registros nos Prontuários – Parte II.

Orientação para Preenchimento: Para cada letra indicar entre parênteses S – Sim, N – Não ou I - Ilegível

ITENS PARA AFERIÇÃO DE REGISTROS					
Nº FIE	Identificação do Paciente/Instrumentos	Anamnese	Tratamento/Evolução Terapêutica	Alta Terapêutica dos Estados Reacionais	Qualidade dos Registros
	A.Nome Completo B.Nascimento C.Endereço Atualizado D. FIE anexada ao prontuário E. Investigação de intercorrências após alta por cura anexada ao prontuário. F. Formulário de avaliação do grau de incapacidade anexado ao prontuário.	A.Descrição de sinais e sintomas B.Exame Dermatoneurológico C.GI no diagnóstico D. Sensibilidade de mãos e pés E. Exame de olhos F. Classificação (MB/PB) G. Classificação da reação (1, 2 ou neurite)	A. Registro da alta da PQT B. Registro de surtos reacionais e terapêutica utilizada C. Registro de encaminhamentos D. Exame dermatoneurológico E. GI no decorrer do tratamento das reações F. Orientações parao auto-cuidado e exercícios G. Atendimento por psicólogo, assistente social ou dentista.	A. Registro da alta B. Exame dermatoneurológico C. GI na alta D. Orientações para o auto-cuidado	A. Dados B. Assinados C. Carimbados
	A () B () C () D () E () F ()	A () B () C () D () E () F () G ()	A () B () C () D () E () F () G ()	A () B () C () D ()	A () B () C ()
	A () B () C () D () E () F ()	A () B () C () D () E () F () G ()	A () B () C () D () E () F () G ()	A () B () C () D ()	A () B () C ()
	A () B () C () D () E () F ()	A () B () C () D () E () F () G ()	A () B () C () D () E () F () G ()	A () B () C () D ()	A () B () C ()
	A () B () C () D () E () F ()	A () B () C () D () E () F () G ()	A () B () C () D () E () F () G ()	A () B () C () D ()	A () B () C ()

9.2 Termos de Consentimento e Anuência.



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(Gestor/ Profissional de Saúde)

O (a) senhor (a) está sendo convidado para participar da pesquisa *Avaliação de implementação das ações de assistência aos estados reacionais de Hanseníase na Atenção Básica: o caso da AP 5.3 no município do Rio de Janeiro*, cujo objetivo é avaliar a qualidade da assistência aos estados reacionais de Hanseníase, utilizando como caso de estudo o Programa de Controle da Hanseníase, na AP 5.3 no município do Rio de Janeiro.

A seleção das pessoas envolvidas será por livre participação, de acordo com interesse demonstrado e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o trabalho, na qualidade de seu atendimento ou com a Secretaria de Saúde.

O seu envolvimento nesta pesquisa consiste em participar de entrevista individual sobre o tema com objetivo de coletar informações a respeito do objeto de estudo. Suas respostas serão anotadas e gravadas. O sigilo de suas declarações não pode ser garantido, pois trata-se de um estudo de avaliabilidade, onde os resultados serão discutidos pelos interessados na avaliação, incluindo o(a) senhor (a). Após a conclusão da pesquisa, seus dados serão armazenados em local seguro e as gravações serão destruídas após 5 anos da realização da pesquisa.

Os riscos relacionados com sua participação são relativos somente a possibilidade de identificação. Os benefícios com a sua participação são relacionados com a contribuição para a melhoria das ações de assistência aos estados reacionais de Hanseníase. Não será oferecida nenhuma remuneração por sua participação bem como não lhe será atribuído nenhum custo.

Os dados coletados serão usados para o estudo. Os resultados serão apresentados como retorno para os sujeitos da pesquisa e também serão usados em publicações científicas.

O(a) Sr.(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional da pesquisadora principal e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Paula Soares Brandão

SMSDC-RIO, Coordenação de Área de Planejamento 5.3

Rua Álvaro Alberto, Santa Cruz – Rio de Janeiro

Tel: 3395-4085 ou 3395-8805

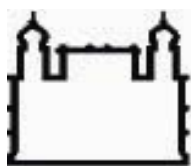
Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Data: ___/___/_____

Assinatura: _____

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ENSP. Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – térreo - Manguinhos – Rio de Janeiro / RJ. CEP: 21041-210 Tel.: (21) 2598-2863. E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Comitê de Ética em Pesquisa – SMSDC-RIO. Rua Afonso Cavalcante, 455 sala 601- Cidade Nova – Rio de Janeiro – cep 20211-901



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Comitê de Ética em Pesquisa



Termo de anuência da unidade

Sr(a) diretor(a),

Solicitamos autorização para que esta unidade de saúde integre a pesquisa *Avaliação de implementação das ações de assistência aos estados reacionais de Hanseníase na Atenção Básica: o caso da AP 5.3 no município do Rio de Janeiro*, cujo objetivo é avaliar a qualidade da assistência aos estados reacionais pós-alta por cura de Hanseníase, utilizando como caso de estudo o Programa de Controle da Hanseníase, na AP 5.3 no município do Rio de Janeiro.

Esta unidade foi selecionada através da análise de dados secundários sobre as atividades e por análise estratégica. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em relação a qualidade do atendimento ou com a Secretaria de Saúde.

A participação da unidade nesta pesquisa consistirá na observação do processo de trabalho na respectiva unidade de saúde. Os dados serão registrados em instrumento específico. Por se tratar de uma avaliação, a sua unidade terá acesso às informações e recomendações pertinentes, viabilizando a melhoria de suas ações. Após a conclusão da pesquisa, os dados serão armazenados em local seguro.

Os riscos relacionados com a participação são nulos. Caso concorde, os benefícios com a sua participação são relacionados com a contribuição para a melhoria das ações de assistência aos estados reacionais pós-alta por cura de Hanseníase. Não será oferecida nenhuma remuneração pela participação, assim como ela não lhe trará nenhum ônus.

Os dados coletados serão usados para o estudo. Os resultados serão apresentados como retorno para os sujeitos da pesquisa e também serão usados em publicações científicas.

O(a) senhor(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional da pesquisadora principal e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Paula Soares Brandão

SMSDC-RIO, Coordenação de Área de Planejamento 5.3

Rua Álvaro Alberto, Santa Cruz – Rio de Janeiro

Tel: 3158-4561 ou 3395-8805

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ENSP. Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – térreo- Mangunhos – Rio de Janeiro / RJ CEP: 21041-210 Tel.: (21) 2598-2863. E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Comitê de Ética em Pesquisa – SMSDC-RIO. Rua Afonso Cavalcante, 455 sala 601- Cidade Nova – Rio de Janeiro – cep 20211-901